

**Colman, Agustina**

## **Reinventando la práctica hospitalaria: las intervenciones del equipo de salud mental de un hospital general en situación de pandemia (Covid- 19)**

---

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

Directora: Petit, María Cecilia

Co-directora: De Biaggio, María del Rosario

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.





**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA**  

---

*Universidad Jesuita*

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

*“Reinventando la práctica hospitalaria: Las intervenciones del equipo de salud mental de un hospital general en situación de pandemia (Covid-19)”*

**Agustina Colman**

**2021**



*“Reinventando la práctica hospitalaria: Las intervenciones del equipo de salud mental de un hospital general en situación de pandemia (Covid-19)”*

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA

## Facultad de Filosofía y Humanidades

### Licenciatura en Psicología



## TRABAJO INTEGRADOR FINAL

### Sistematización de prácticas

### Contexto Clínico

*“Reinventando la práctica hospitalaria: Las intervenciones del equipo de salud mental de un hospital general en situación de pandemia (Covid-19)”*

Autora: Agustina Colman

Directora: Mgter. Cecilia Petit

Codirectora: Lic. Rosario De Biaggio

2021

## **Agradecimientos**

*A la División de Salud Mental del Hospital Córdoba, por permitirme llevar a cabo esta experiencia a partir de sus relatos, calidez y predisposición. Gracias a ellos esta práctica fue posible de ser construida en un momento tan desafiante. A la Lic. Saino, que brindó tranquilidad, constancia, deseo y vocación a cada encuentro que tuvimos.*

*A mis directoras, Cecilia y Rosario, que me guiaron con enseñanzas y escucha, permitiendo que este trabajo fuera tal e inclusive más de lo que esperaba en cuanto a esencia y lo que deseaba transmitir.*

*A la Universidad, que además de formación profesional me ha brindado cinco años de aprendizajes, amistades, proyectos y recuerdos de lo más valiosos para mi formación como persona.*

*A mis seres queridos, familia, amigas y todos aquellos que me acompañan e inspiran desde el amor que me brindan. Algunos a la distancia y otros más cerca, pero todos siempre igual de presentes. Gracias a ustedes crezco y aprendo todos los días desde la alegría y el cariño.*

*A todo el personal esencial, a todos los y las cuidadoras. Esta pandemia resaltó la abnegada y noble tarea que ejercen, y que ojalá como sociedad no lo olvidemos y logremos valorarlo como merecen. Gracias, por llevar las prácticas de cuidado colectivo como bandera. Ojalá aprendamos a nutrirnos de sus accionares empáticos, solidarios, atentos y hospitalarios... han sido el motor y la esperanza para llevar a cabo este trabajo, porque en un momento de tanta incertidumbre, pérdidas y dolor; ustedes son acciones, compromiso, amor y cuidado por la vida.*

# ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS .....	8
1. INTRODUCCIÓN .....	10
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA .....	13
2.1.1 <i>Hacia una definición de la Psicología Clínica: sus especificidades</i> .....	14
2.1.2 <i>La mirada clínica en la actualidad y sus desafíos</i> .....	15
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	17
3.1.1 <i>Hospital general</i> .....	17
3.1.2 <i>Acerca de su conformación</i> .....	18
3.1.3 <i>La actualidad de la división</i> .....	21
3.1.4 <i>Organigrama y actividades realizadas por la División de Salud Mental</i> .....	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN .....	28
5. OBJETIVOS .....	30
5.1 OBJETIVO GENERAL .....	30
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
6. PERSPECTIVA TEÓRICA .....	32
6.1 LA SITUACIÓN DE PANDEMIA ACTUAL .....	32
6.1.1 <i>Acerca de una lectura desde el psicoanálisis sobre la situación de pandemia</i> .....	33
6.2 ACERCA DE LA SALUD PÚBLICA Y SUS ESPECIFICIDADES EN EL HOSPITAL..	39
6.2.1 <i>Respecto a la particularidad de los hospitales dentro del campo de la salud</i> .....	42
6.3 HACIA LAS PARTICULARIDADES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL: INTERVENCIONES E INVENCIONES .....	43
6.3.1 <i>Las intervenciones y su aplicación institucional desde una lectura psicoanalítica</i> .....	44
6.3.2 <i>Una mirada hacia las intervenciones del psicólogo en hospitales de alta complejidad</i> .....	47
7. MODALIDAD DE TRABAJO .....	53
8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA .....	56
8.1 RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO VIVIDO .....	57
<i>Pre pandemia</i> .....	58
<i>Los cambios a partir del ‘asilamiento social preventivo y obligatorio’</i> .....	61
<i>Lo que vendrá</i> .....	73
8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	75
8.2.1 <i>Cambios y continuidades</i> .....	75
<i>Anuncios, directivas y protocolos</i> .....	80
<i>Adaptaciones a las medidas y anhelo de la ‘normalidad’</i> .....	83

<i>Crisis hospitalaria</i> .....	88
<i>El paso del tiempo: sus transformaciones y permanencias</i> .....	90
<i>8.2.2 Transformando la intervención en Salud Mental</i> .....	94
<i>Las demandas en tiempos de Covid-19</i> .....	95
<i>De la intervención y encuadre ‘clásico’, a...</i> .....	98
<i>La creatividad en la intervención como acto desde el cuidado</i> .....	112
<i>8.2.3 Resignificando lo acontecido</i> .....	117
9. CONSIDERACIONES FINALES .....	123
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	131
11. ANEXOS.....	135



## **ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS**

- Covid-19/ Co-vid: Coronavirus.
- DNU: Decreto de Necesidad y Urgencia.
- ECODAIC: Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba.
- EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.

# **1. INTRODUCCIÓN**

## 1. INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Integrador Final intenta dar cuenta de las múltiples formas que puede tomar una práctica, el construir una experiencia y compartirla. Una experiencia situada en el aquí y ahora de esta pandemia, en la División de Salud Mental de un hospital general público de nuestro país. Todo ello hace a la particularidad de este trabajo, a la experiencia transitada y su posterior análisis; siendo un desafío poder responder a esta instancia final estando a la altura de la situación compleja que hoy toca vivir, con una mirada que pueda reflejar los entrecruzamientos y enlaces que se hicieron presentes a lo largo de este proceso.

El período de prácticas transitado en nada puede parecerse a cualquier experiencia pasada. No sólo porque cada experiencia es única y singular, sino porque la pandemia por Covid-19 ha trastocado nuestra sociedad de un modo inédito. Y en ello, la práctica realizada no se exceptuó en tener que amoldarse a esta contingencia en cuanto a forma, tiempos y modalidades: caso por caso, práctica por práctica. En el armado de esta sistematización de práctica, las entrevistas de acercamiento fueron el modo en que puede comenzar a “adentrarme”, desde la virtualidad, en la institución. Las voces del equipo de salud mental se transformaron en la única forma posible de transportarme dentro de la división, y a partir de sus relatos es que se lograron rescatar aspectos respecto a la historia del hospital y el proceso de conformación del servicio, las actividades que allí se realizan y los efectos de la pandemia en cuanto al modo de trabajo en el hospital. Algunas veces por llamada, otras veces sumando el sentido de la vista en el compartir una entrevista “cara a cara” a través de una pantalla. Sea como fuera, a través de estas conversaciones y formas de encuentro es que se comienza a gestar mi experiencia desde el construir una práctica en la virtualidad.

Los tiempos de mi práctica no coinciden con el orden en el que intentaré reconstruir el proceso transitado. La temporalidad de esta práctica se encuentra regida bajo la lógica de esta contingencia mundial. Pero en esta experiencia de sistematización se intentará desafiar sus tiempos, en la búsqueda de crear propios dentro de la misma, que trasciendan lo exclusivamente cronológico, para forjar un reflejo fiel de la complejidad atravesada, aquella que da forma a nuestras historias desde una lógica que permita pensar lo acontecido a través

de una temporalidad cíclica, vital y en devenir; como es verdaderamente sentido el tiempo desde cada sujeto.

Respecto a los enfoques teóricos desde los cuales considero adecuados para posicionarme en el pensar y analizar esta experiencia, toma lugar aquí la Teoría de la Complejidad, donde la misma me permite habitar una mirada multidimensional de lo vivido, a partir de valirme de algunas de sus herramientas como lo fue el cuestionamiento, la conformación de entramados y construcciones en constante transformación; elementos que se hacen presentes en el proceso sistematizado. A su vez, el Psicoanálisis será otro enfoque primordial para abordar este trabajo, ya que esta perspectiva posibilita la elaboración del mismo desde contemplar la singularidad, la reflexión, la escucha y lo particular; brindando así profundidad y un tinte significativo a lo acontecido desde cada sujeto implicado y su propia subjetividad.

En el intento de indagar acerca de los cambios que supuso esta pandemia respecto a las intervenciones psicológicas, mi propósito es poder dar cuenta del lugar que ocupa aquí la creatividad que debe asumirse en estos momentos de crisis; como también el modo de apelar a intervenciones nunca antes pensadas, en pos de continuar la asistencia y la promoción de la salud mental en este contexto. La finalidad de conocer estos inesperados modos de abordaje en un hospital general, al igual que sus efectos en mi período de participación en él, radica en que éstos permitan abrir un nuevo espacio para pensar ambas ‘prácticas’; donde puedan entrelazarse el tiempo pasado, con el actual y contingente, preparándonos desde un lugar de esperanza para lo que vendrá.

Para abordar este trabajo desde una perspectiva integral, el mismo contará con diversos apartados, que permiten dar forma a esta sistematización de práctica. En primer lugar se presenta el *Contexto de Práctica*, conformado por un recorrido acerca del Contexto Clínico, su historia y transformaciones; así como también sus desafíos en la actualidad. En segundo lugar, se introducirá el Contexto Institucional, en el cual esta práctica se enmarca; donde se describirá el funcionamiento y objetivos de la división de Salud mental del hospital, su conformación y sus particularidades bajo el escenario de pandemia atravesado.

Posterior a la presentación del eje de sistematización construido y sus consecuentes objetivos, se brindará un acercamiento a la Perspectiva Teórica desde la diversidad de enfoques presentes para pensar este trabajo -el contexto de pandemia, el campo de la Salud Pública, las intervenciones en el ámbito hospitalario- coexistiendo allí la perspectiva

psicoanalítica, sanitaria y de la complejidad. La finalidad de este apartado radica en posibilitar la creación de un marco de conocimientos teóricos que delimitarán el posicionamiento desde el que se analizará la experiencia.

Luego, se llevará a cabo el *Análisis y síntesis de la experiencia*, en primer lugar compuesta por la Recuperación del Proceso Vivido; apartado que describe lo transitado durante el periodo de prácticas desde un registro continuo de todo lo vivenciado en las actividades y encuentros realizados. Este proceso da lugar al Análisis de la Experiencia, el cual propone una interpretación crítica del proceso, retomando el eje y sus objetivos; desde entramar teoría y práctica para lograr reflexiones teóricas a partir del intercambio con lo transitado.

Arribando, por último, a las consideraciones finales de esta experiencia, que brindan reflexiones, propuestas e interrogantes; en la búsqueda de lograr trascender este concluir a partir de intentar crear nuevas aperturas para posibles comienzos a explorar.

## **2. CONTEXTO DE PRÁCTICA**

## 2. CONTEXTO CLÍNICO

Comprender el contexto y el desarrollo de la Psicología Clínica, ámbito en el que la experiencia fue desarrollada, requiere de diversos enfoques de análisis y perspectivas. De manera separada, sólo veríamos elementos aislados de la misma: su definición, los elementos que la componen, sus especialidades... aspectos que, si uno logra superponerlos y trata de entramarlos, permiten ayudarnos a descubrir su multidimensionalidad, la amplitud y complejidad de este contexto en particular.

### 2.1.1 HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: SUS ESPECIFICIDADES

Pensar la Psicología Clínica en nuestros días es posible gracias a los grandes cambios que la misma ha tenido que atravesar, donde su objeto de estudio se ha ido revisando y complejizando con el paso de los años y épocas. En la actualidad, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) define a la misma como “una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (p.3). En esta definición, la EFPA tiende a aclarar que, más allá de que el objeto de estudio de la Psicología Clínica coincide con el de la Psiquiatría (el trastorno mental y no la enfermedad), el rol profesional de ambas disciplinas tiene sus convergencias. Las principales diferencias entre ambas remiten a la insuficiencia de formación en la psiquiatría para utilizar con destreza los tratamientos psicológicos o instrumentos diagnósticos desarrollados por la investigación psicológica, por un lado, y la inhabilitación legal que posee el psicólogo para hacer uso de terapéuticas farmacológicas. Es por esto que es necesario y de suma importancia la cooperación y la interdisciplina entre psiquiatría y psicología para el abordaje del padecimiento mental desde un enfoque más integral y holístico.

La Psicología Clínica como campo profesional de la Psicología, cuenta con una formación amplia y sólida, donde integra conocimientos de diversos ámbitos de la disciplina, tendientes al estudio y abordaje de los trastornos psicológicos. Dentro de este enfoque se dispone de métodos, modelos y procedimientos propios de la Psicología Clínica, siendo estos los métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos.

Los psicólogos clínicos pueden especializarse en Terapia de Conducta, Terapia Grupal, Terapia Familiar, Psicoanálisis y otras. En estas especializaciones se encuentra la investigación, ya que la misma es fundamental para la formación profesional en el ámbito referido. De este modo, quienes ejercen la clínica, son también concebidos por la EFPA (2003), miembros fundamentales en proyectos de investigación realizados en el ámbito de la Salud Mental.

### 2.1.2 LA MIRADA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD Y SUS DESAFÍOS

Tomando los aportes de Haz, Díaz y Raglianti (2002) se posibilita un análisis desde la mirada del rol del psicólogo clínico y su campo de práctica desde un enfoque actual. Destacándose la importancia de pensar al individuo desde las redes organizacionales y socioculturales que integra, al igual que los complejos entramados de relaciones en los que se desenvuelve. La mirada actual conceptualiza los problemas de salud mental como problemáticas biopsicosociales, los cuales se encuentran influidos por variables de distinto orden lógico, y que se relacionan con el modo con que el individuo interactúa en contextos diversos.

Las variables psicológicas son parte de la cotidianeidad, a nivel individual, social o comunitario. Desde esta comprensión, la salud mental ya no es un área de exclusiva atingencia del psicólogo, sino que está entrelazada en el tejido de relaciones de la cual el “paciente” es parte, y tan parte como el profesional de la psicología. (Haz et. al, 2002, p. 3)

En este campo, y desde la complejidad actual, el accionar del psicólogo también desarrolla cambios, siendo hoy uno de los desafíos para éste, el poder superar su exclusividad respecto al trabajo autónomo; para poder insertarse en un equipo de trabajo en lo institucional,



logrando ser parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario con quien trabaja. La función del psicólogo clínico implica hoy también el aprender a relacionarse con personas de otros ámbitos del saber, y ser miembro activo en la conformación del equipo como tal.

El rol del psicólogo clínico en la actualidad lo lleva también a hacerse preguntas de índole ético. Es así como es fundamental que el profesional de la salud mental tenga la capacidad de poder observar, de manera crítica, los problemas psicosociales. Y, a partir de lograr hacer un aporte particular para la superación de los mismos, puedan sentarse las bases para la construcción de nuevos tipos de intervenciones de índole psicosocial (Haz et. al, 2002). El abordaje de estas problemáticas debe ser enfocado a partir de una mirada interdisciplinaria, un enfoque multidimensional, y una visión desde la red en que se inserta el problema, abocado hacia la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las problemáticas de salud tanto para como desde la comunidad; siendo esta la única manera en la que el psicólogo clínico logrará acercarse de un modo complejo desde su rol, al trabajo con los sujetos que lo demandan.

### 3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

#### 3.1.1 HOSPITAL GENERAL

El Hospital Córdoba es un hospital público de la Provincia de Córdoba, situado en la calle Libertad, que se dedica primordialmente a la atención de la salud de alta complejidad, destacándose en la atención de neurocirugías y trasplantología. La institución se caracteriza también por contar con servicios propios de esta clasificación como lo es su Servicio del Quemado, el Servicio de Diabetes, el Centro de Diálisis, la Red de Infartos Agudos y Laboratorio, este último único en la región por su aparatología y sistema informatizado. La institución cuenta a su vez con una amplia lista de especialidades de la salud, siendo éstas Hematología, Nefrología, Neumonología, Neurocirugía, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Proctología, Reumatología, Terapia Intermedia e Intensiva Adultos, Urología, Vascular Periférico, Salud Mental y Trasplantología, entre otras.

Los orígenes de la institución remontan a 1950, siendo en el año 2020 su 70° aniversario. En la página institucional (2015), se presenta a la División de Salud Mental como un área dentro del servicio de Medicina Interna, que se ocupa de resolver la demanda asistencial de la población con padecimiento mental. Dentro de las prestaciones brindadas se destacan como sus finalidades:

- Resolver la demanda de atención psicológica/psiquiátrica de pacientes que realizan consulta espontánea/derivados de otros servicios/instituciones del sistema de salud/justicia.

- Implementar programas de Salud Mental acorde al perfil institucional: Programa de cirugía bariátrica/ Programa de musicoterapia. Programa de psicoterapia de grupo adultos/jóvenes. Psicoterapia individual. Psicofarmacología.

- Coordinar respuestas intersectoriales con instituciones monovalentes de salud mental/ EAC/ justicia.

- La División de Salud Mental forma parte del Programa de Trasplante renal/ cardíaco/ hepático, llevando a cabo diferentes prestaciones de acuerdo a la etapa en la que se encuentre el paciente (valoración psicológica para lista de espera, apoyo pos trasplante).

### *3.1.2 ACERCA DE SU CONFORMACIÓN*

A partir de lo narrado en la historia del hospital hacia su 50° aniversario, se reconoce la conformación del Servicio de Salud Mental en el contexto del hospital general hacia 1983, lográndose sus primeros esbozos organizativos en 1986 hasta 1988. Estos primeros tiempos de la conformación del servicio estuvieron teñidos, narran sus protagonistas, de discusiones en torno a qué lineamientos debía tomar la salud mental, donde la psiquiatría y los intentos de reconocimiento profesional por parte de la psicología tomaban lugar. Los mismos miembros del aún no servicio, en aquel tiempo denominaron dicha etapa de conformación como “La Admisión”, donde fue difícil cuestionar los modelos médicos vigentes, respondiendo a la demanda del espacio desde éstos. Hacia 1988 se crea formalmente la Unidad de Salud Mental. Aquí comienzan los primeros objetivos de la unidad, siendo algunos de ellos la reorganización del recurso humano de salud mental, con el fin de que se encontraran integrados a un único servicio interdisciplinario. También el reconocimiento por la comunidad hospitalaria y la búsqueda de lograr que la concepción sanitaria vigente se tradujera operativamente en los tres niveles de prevención, promoviendo un modelo sanitario social y participativo, de orientación preventivo primaria que hiciera de la extensión de cobertura su objetivo prioritario.

Durante el período comprendido entre 1989 y 1994, como resultado de su desarrollo, la unidad logró el reconocimiento de la comunidad hospitalaria, obteniendo el nivel jerárquico correspondiente a Servicio. En este tiempo la consulta ambulatoria aumentó un 150%, donde era recibida una creciente demanda especializada derivada de otros organismos estatales. Se organizaron también talleres de Reflexión y Educación para la Salud, Educación Sexual, SIDA y Desgranamiento Escolar. Hacia los años comprendidos entre 1995 y 1999, se

atravesaron grandes dificultades en el sector de la salud por la crisis económica-social, y en la unidad se sufrió el recorte de siete cargos, sumado a la supresión del Sistema de Residencias y Concurrencias Programadas, así como también de algunos programas; y donde los vigentes se debilitaron. Recién en el año 2003 se lograrán algunos de los objetivos propuestos desde el comienzo, cuando se concreta el poder convocar a todos los profesionales de la salud mental en un mismo servicio, de carácter independiente e integrador. Se suma a este acontecimiento, el nombramiento del primer jefe del servicio que fuera exclusivamente psicólogo, sin ser a su vez médico. Los cambios más significativos acontecidos a partir de este tiempo serán retomados a continuación, al retratar la actualidad de la división.

Aludiendo también al lugar que toma en la institución y, particularmente en la división, la Ley de Salud Mental (26.657) se hace presente a través de prácticas y funcionamientos que se rigen a partir de la misma. Tanto en su concepción respecto al abordaje en salud mental, como al enfoque de derechos hacia el paciente y en las intervenciones a considerar en cuanto a la atención del padecimiento mental. Estas cuestiones se pueden ver plasmadas en el cumplimiento del capítulo VII de dicha ley, el cual ahonda en la temática de internaciones, donde la división da cuenta de que a la hora de actuar como profesionales de la salud mental en este tipo de institución, se cumple el artículo veintiocho, el cual refiere:

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerada acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. (Ley Nacional No. 26.657)

Dentro de este capítulo y referido a la internación, el artículo quince también se explicita vigente en el accionar del equipo de salud mental respecto a la prolongación de las mismas y la búsqueda de alternativas de intervención para minimizar sus tiempos.

La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda,

para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. (Ley Nacional No. 26.657)

Por otro lado, en la presentación de la división se da cuenta de otro eje que atraviesa a la división conforme a la Ley 26.657, en cuanto a la conformación del equipo interdisciplinario y su modalidad de abordaje. Respecto a esta temática, el capítulo V de dicha ley refiere en el artículo octavo lo siguiente:

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. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Ley Nacional No. 26.657)

### 3.1.3 LA ACTUALIDAD DE LA DIVISIÓN

Al día de hoy, la División de Salud Mental se encuentra integrada por ocho psicólogas y dos médicos psiquiatras<sup>1</sup>. La división cuenta con tres consultorios propios. Uno de los consultorios se utiliza para el taller de música y las terapias de grupo. Otro de sus talleres es el de Salud Sexual y Reproductiva, donde se acompaña a aquellos pacientes que desean realizar el proceso de hormonización de género, trabajando interdisciplinariamente con el área de endocrinología. La división cuenta con soporte digital y desde comienzos del año 2020 cuentan con las historias clínicas en este formato. Se destaca por los profesionales que integran la división que, el no compartir consultorios con otras áreas es un aspecto positivo ya que, de esta forma, no ocurre de tener camillas o elementos sanitarios de otros servicios en este espacio. Con respecto a los turnos de los consultorios ambulatorios, todos ellos son registrados en un turnero central, siendo éste el modo de funcionar en todo el hospital. Se puede pedir una consulta individual, familiar e inclusive recetas por este medio. En cuanto a las intervenciones en los diversos servicios, los profesionales acuden a éstas por interconsulta o demanda del servicio que lo solicite.

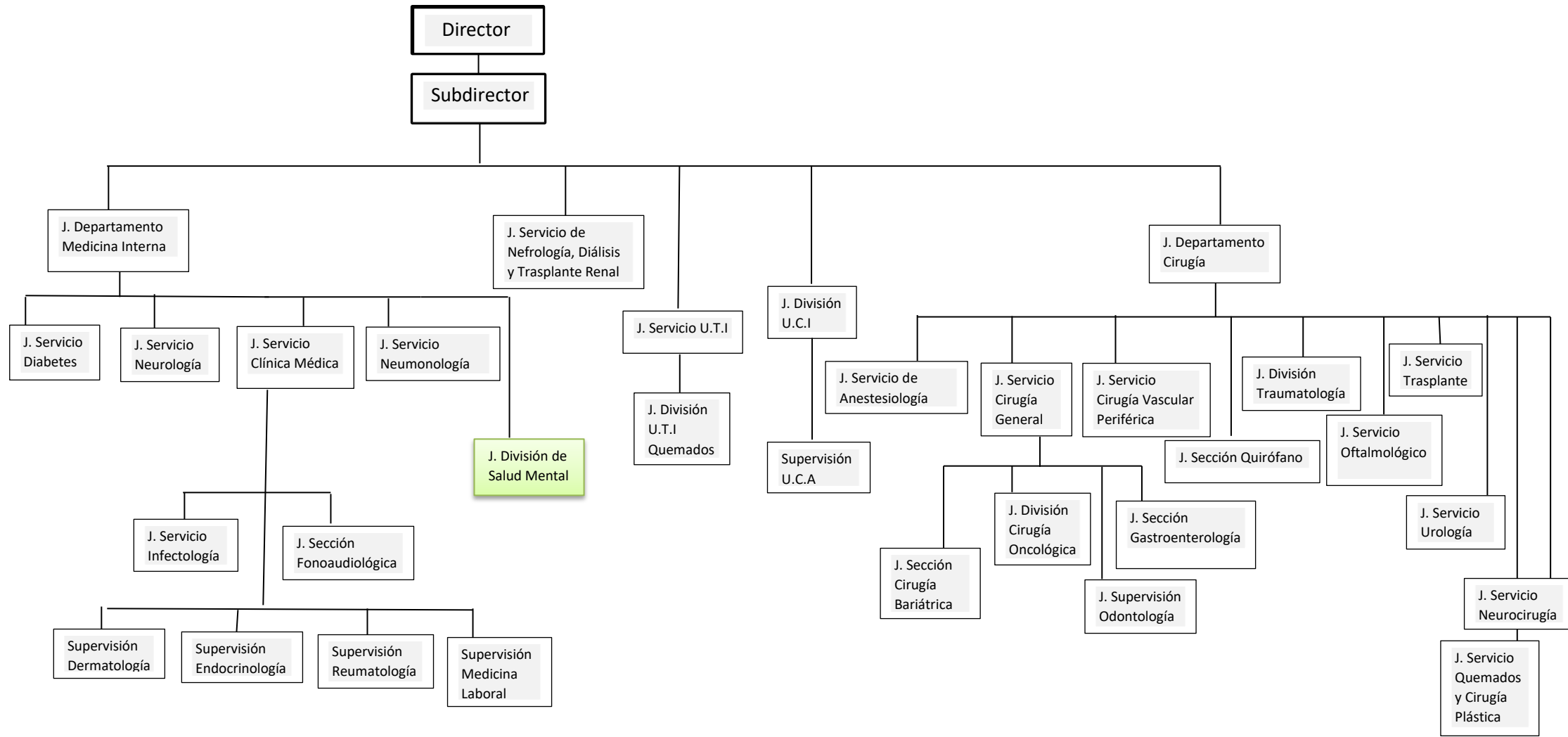
Respecto a cambios significativos en estos últimos años en la división, quien fuera jefe de la misma hasta mediados del año 2020, destaca la incorporación de mayor recurso humano, la inserción institucional, y también el lograr la coordinación de distintas escuelas de pensamiento en un mismo espacio de trabajo. El espacio es concebido por la totalidad de los profesionales entrevistados como un servicio abierto respecto a las líneas de pensamiento profesional, donde abunda la heterogeneidad teórica, pero donde no se olvida el eje del mismo y se trabaja con un norte en común. Se priorizan los valores democráticos, donde hay respeto mutuo y libertad.

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que durante el período de práctica comprendido, dos profesionales de la División de Salud Mental (un psicólogo y una psicóloga) obtuvieron su licencia jubilatoria hacia el mes de junio. Por lo que de ser doce integrantes, permanecieron diez.

Actualmente la división se encuentra atravesada por la situación de pandemia por Covid-19, debiendo modificar su funcionamiento en pos de las medidas nacionales decretadas a partir del día 19/03/2020. Desde aquella fecha, la división trabaja con un sistema de guardias de doce horas (8hs hasta las 20hs) con la presencia de tres integrantes del área por día. Los consultorios externos se encuentran abiertos, siendo solamente atendidas de manera presencial las demandas que los profesionales consideran estrictamente necesarias (valoraciones psiquiátricas, primeras entrevistas o urgencias). La atención psicológica o psiquiátrica se realiza por medio de teleasistencia, a partir de dos líneas telefónicas que el gobierno provincial ha brindado. Con respecto al trabajo en las áreas de internación y sala, los profesionales sólo acuden en caso de pedido de interconsulta. Frente a este último tipo de demanda, los profesionales que asisten a las interconsultas deben cumplir con los protocolos de vestimenta (equipos de protección sanitaria) y su descarte posterior a la intervención, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad para circular dentro de la institución.

3.1.4 ORGANIGRAMA Y ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL





*ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA DIVISIÓN DE SALUD MENTAL*

Programa Procordia y Servicios de diabetes:

Entrevista individual de transición de Centros de atención infanto-juvenil a hospital de adultos

Psicoterapia individual

Atención Institucional (sala de internados)

Programa de Cirugía Bariátrica:

Evaluación psicológica prequirúrgica

Grupos psicoterapéuticos de pacientes candidatos a cirugía bariátrica

Atención Institucional (sala de internados). Psicoprofilaxis-quirúrgica

Psicoterapia Individual

Programa de Trasplante renal y hemodiálisis:

Evaluación psicológica pre trasplante

Psicoterapia individual

Apoyo familiar

Atención en internación y en sala de hemodiálisis

Psicofarmacología

Programa de trasplante cardíaco y servicio de cirugía de tórax y cardiovascular (UCO)

Evaluación psicológica pre trasplante

Psicoterapia individual

Apoyo familiar

Atención Institucional (sala de internados)

Psicoprofilaxis-quirúrgica

Programa de Trasplante Hepático:

Evaluación psicológica pre trasplante

Psicoterapia individual

Apoyo familiar

Servicio de hematológica:

Atención familiar

Evaluación para trasplante

Unidad de Terapia Intensiva:

Psicoterapia individual

Apoyo familiar

Atención Institucional (sala de internados)

Servicio de quemados:

Psicoterapia individual

Apoyo familiar

Atención Institucional (sala de internados)

Interconsulta médico-psicológica del Servicio de Guardia:

Profesionales disponibles al momento de la solicitud

Junta de certificación de discapacidad

Certificación DSM IV para junta de discapacidad

Tribunales (oficios para psicodiagnósticos-solicitud de tratamiento psicológico):

Hormonización de género

Violencia de género

Atención en consultorios externos de salud mental:

Consulta de 1° vez individual y grupal – Se realiza solo individual (pandemia)

Tratamientos individuales

Psicoterapia de grupo – No se está realizando (pandemia)

Tratamiento psicofarmacológico

Musicoterapia – No se está realizando (pandemia)

(Los turnos tienen una duración de 30 minutos) – Por pandemia se toman 60 minutos

### Psicofarmacología y tratamientos psiquiátricos

#### Interconsulta médico-psicológica:

Profesionales disponibles al momento de la solicitud

#### Práctica preprofesional:

Convenio con Universidad Católica de Córdoba – (un alumno desde 2020)

### Participación como integrante del CIEIS, Comité de Capacitación y Docencia del Hospital Córdoba y Comité de Bioética

## **4. EJE DE SISITEMATIZACIÓN**

#### 4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“Reinventando la práctica hospitalaria: las intervenciones del equipo de salud mental en un hospital general en situación de pandemia (Covid-19).”

## **5. OBJETIVOS**

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Comprender las dinámicas que introdujo la situación de pandemia por Covid-19 en la División de Salud Mental y en las prácticas de los profesionales que la integran.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el funcionamiento de la División de Salud Mental en el tiempo previo a la pandemia por Covid-19.
- Identificar las respuestas de la División de Salud Mental a partir de las medidas implementadas en el hospital general determinadas por la pandemia Covid-19.
- Analizar los cambios y adaptaciones de las prácticas profesionales en las diversas intervenciones hospitalarias a partir de la situación de pandemia.
- Indagar los efectos en las prácticas de salud mental durante el tiempo de pandemia desde la perspectiva de los profesionales que integran la división.

## **6. PERSPECTIVA TEÓRICA**



## 6. PERSPECTIVA TEÓRICA

Para pensar la perspectiva teórica de este trabajo, y debido al momento de época que es realizado, es necesario situarse bajo el abordaje de la complejidad para pensar un encuadre de teoría que avale el entramado de dimensiones desde un pensamiento complejo, holístico e integral. En palabras de Najmanovich (2005), un ‘abordaje complejo de la complejidad’ implica desembarazarse de las pretensiones de mantenerla cercada, formalizarla, atraparla en un modelo, de intentar constreñirse a un paradigma. La complejidad se presenta así, no como una meta a la cual arribar, sino como un modo de cuestionamiento e interacción con el mundo; pensándose como un proyecto siempre vigente y a su vez en evolución constante.

Abordando este eje teórico desde la complejidad, es que se desarrollará el mismo comenzando desde lo macro hacia lo micro; intentando que cada desarrollo recupere y haga trama con el anterior, enriqueciendo el enfoque hacia cada particularidad referida como parte de un todo en interacción, con sus entrecruzamientos y enlaces.

Así mismo, se utilizarán aportes desde la perspectiva psicoanalítica, con la finalidad de que los mismos puedan brindar profundidad al posterior análisis de la experiencia, siendo a su vez un valioso soporte teórico para pensar las percepciones y construcciones en esta aproximación realizada en mi período de prácticas acerca rol del psicólogo clínico en una institución polivalente.

### 6.1 LA SITUACIÓN DE PANDEMIA ACTUAL

La Organización Mundial de la Salud (2010) define a una pandemia como la propagación mundial de una nueva enfermedad. Esta es producida cuando un nuevo virus surge y se propaga por el mundo, del cual la mayoría de las personas no tiene inmunidad contra éste. Es decir que, la característica que distingue a la pandemia de las epidemias y

endemias, es el atravesamiento de los límites de los países sin mayores inconvenientes, pudiendo llegar a cualquier lugar del planeta.

A partir de la declaración de la OMS de la enfermedad por coronavirus (Covid-19) como pandemia, los países tomaron distintas medidas sanitarias según las consideraciones de cada región: se interrumpieron las rutas aéreas, marítimas y terrestres para evitar el ingreso de personas, se realizaron controles a los pasajeros con equipos que podían detectar signos de la enfermedad (control de temperatura y cumplimiento de cuarentena), se interrumpieron actividades y eventos que implican una alta concentración de personas (escuelas, universidades y eventos masivos), y fueron promulgadas nuevas medidas de convivencia social como el uso de tapabocas, lavado de manos y distanciamiento social.

En nuestro país, a partir del 20 de marzo del 2020 entró en vigencia un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU), que proclamaba en todo el país el cumplimiento inmediato del ‘aislamiento social, preventivo y obligatorio’ por los siguientes quince días. Dentro de las excepciones para circular, se encontraban las actividades consideradas esenciales, donde el ámbito de salud, judicial, industrias y rubros alimenticios, recolección de residuos, farmacias y otras pocas actividades estaban habilitadas a continuar su funcionamiento. El DNU continuó su prorrogación hasta el mes de mayo en la totalidad del país, donde luego fue adoptando diversas adecuaciones en función de las diversas demandas de las distintas provincias en relación con la incidencia del virus en cada jurisdicción. Al día de la fecha las flexibilizaciones o restricciones en cuanto a protocolos municipales, provinciales y nacionales se encuentran vigentes.

### *6.1.1 Acerca de una lectura desde el psicoanálisis sobre la situación de pandemia*

Ante este escenario actual, protagonizado por un virus que atraviesa fronteras y subjetividades, la teoría psicoanalítica no se ha dejado arrasar por este real de la pandemia y ha decidido buscar modos de nominar y contener lo angustioso de la situación. Vale aclarar que este carácter de tomar posición, de trabajar e ir al encuentro con lo fallido, con las fisuras institucionales y sociales, es un sello que ha nutrido al psicoanálisis desde sus comienzos.

Donde, a pesar del tinte inédito de este suceso, dicha disciplina se ha conformado a través de diversos avatares, enraizando que en la misma no hay una teoría hegemónica; sosteniendo así la importancia de atesorar la pluralidad conceptual que existe en el ámbito del psicoanálisis actual. Bajo esta postura, que apela a construcciones instituyentes, el psicoanálisis se encuentra presente hoy, no sólo a través de la labor de los analistas, sino también desde la teoría, su revisión y su *aggiornamento* para pensar críticamente estos fenómenos.

Frente a este imperativo que se ha impuesto en la sociedad por un bien común, la frase empleada a modo de propaganda, “quédate en casa”, es planteada como una lógica colectiva que, por un lado, ordena lo biológico y lo real del contagio, pero que también modifica y trastoca el lazo social: ordenando separación y distancia física (mas no necesariamente emocional). Buscando diferenciar al aislamiento preventivo y obligatorio de un aislamiento vincular, la sociedad busca alternativas en pos de sostener las relaciones y vincularidades de todo tipo a través de diversas plataformas, como las virtuales.

El contexto actual de la pandemia nos interpela como sujetos de esta cultura y época, y genera los más diversos debates en el seno del psicoanálisis. Pensando desde uno de los escritos más significativos de Sigmund Freud, “El malestar en la cultura” (1930), el ‘aislamiento social preventivo y obligatorio’ constituye una norma impuesta a los individuos que, como tal, conlleva renuncias pulsionales y un re-ordenamiento en los caminos utilizados para la obtención de placer. Es así como el aislamiento social puede analizarse como una restricción, donde los sujetos ya no pueden continuar y ejecutar con normalidad las actividades que antes les procuraban placer y no pueden salir de sus hogares cuando disponga su voluntad, sino que deben acatar una ley que los excede. A su vez, esta disposición además de prohibitiva, tiene como objetivo la protección de la salud y de la vida de los ciudadanos. Aludiendo así a lo ya propuesto por Freud acerca de que, la finalidad última de toda norma o ley procura el permitir a las personas vivir en sociedad, se entiende a aquel malestar subjetivo e ineludible como el precio que los sujetos deben pagar, ante la renuncia pulsional que vivir organizados en sociedad significa. También en este escrito, Freud propone que las normas o leyes surgen, además, con la motivación de dominar las “fuerzas oscuras” de la naturaleza. En este sentido, estos aportes demuestran su profundo carácter de actualidad, si se piensa en cómo las medidas tomadas constituyen un intento por dominar de alguna manera la fuerza amenazante de este virus.

Otro aporte relevante de la teoría psicoanalítica para pensar esta situación, donde lo real irrumpe bajo la forma de pandemia, es el concepto de trauma. Pensar este término desde el psicoanálisis permite comprender que lo traumático es una reacción muy particular en cada sujeto, donde las circunstancias externas juegan un papel igual de primordial que los aspectos internos de cada psiquismo y su conformación. Para entender esto, Mauricio Tarrab (2005) explica al trauma de la siguiente manera:

Hemos sido enseñados por la clínica que eso que llamamos ‘traumático’, eso que cambia una vida de un solo golpe a veces y que va por lo general acompañado del estupor o de la angustia, puede interrumpir por supuesto a partir de situaciones terribles a las que estamos expuestos en la vida cotidiana, pero también sabemos que esa no es una condición para que un acontecimiento sea un trauma. (...) Hay episodios mínimos, menores, intrascendentes, pero que serán decisivos porque el sujeto se encuentra allí con algo inesperado, rechazado o que ignora, que conmueve profunda y bruscamente su vida. (p.59)

Este autor remite a explicar cómo en ciertos casos, un sonido, el relato de una historia, un recuerdo o el rostro de un desconocido pueden devenir en elementos del orden de lo traumático. Afirmando que, lo que tiene ese valor de trauma puede despertar en el sujeto implacablemente, y, a partir de allí irrumpir de manera insoportable, incomprendible; caracterizándose a su vez por ser algo indescriptible para aquel que lo sufre, quien no puede encontrarle ningún sentido. Tanto el estupor como la angustia son efectos y respuestas al trauma. El primero, hace referencia a la detención de las respuestas elaborativas del sujeto, o a que su funcionamiento se vea perturbado; de allí la imposibilidad de encontrarle un sentido a dicha reacción. La segunda, la angustia, “es la certeza de que se debe encontrar una solución, que se la debe encontrar ya, y que se sabe que no se sabe cuál es esa solución” (Tarrab, 2005, p.60). A partir de esta definición de trauma, podemos dar cuenta de que, más allá de que la pandemia por Covid-19 es un real que irrumpe en la sociedad, sin dar tiempo a la elaboración simbólica para poder comprender lo que está ocurriendo, no necesariamente la misma devendrá en trauma para todos, ni para cada sujeto de la misma manera. Eric Laurent (2005), afirma: “La reacción frente al traumatismo es muy particular. Es a la vez simbólica y pánica” (p.37). Este autor afirma que el horror es ‘traumatismo’ en un sentido clínico, en la medida en que se trata de muertos, de heridas que dejarán secuelas físicas y psíquicas (aspectos que esta pandemia vislumbra), pero también en la medida en que se crea un agujero en el discurso común. “Tanto si es en el nivel de lo colectivo como en el de lo singular, nos encontramos

con la impotencia del discurso a la hora de leer el acontecimiento” (p.39), siendo esto su característica principal, el trauma como aquello que no puede ponerse en palabras, pero que marca al sujeto, dejando huellas.

¿Cómo abordar el trauma desde la clínica? Cómo operar con un real fuera de sentido, en palabras de Tarrab (2005). Desde el psicoanálisis es primordial situarse aquí desde la afirmación de que no hay un tratamiento estándar para abordar los efectos de un trauma, donde Laurent (2005) afirma que, más allá de que no se sostenga desde el tratamiento psicoanalítico un carácter específico para las personas traumatizadas, el psicoanalista es quien mejor puede escuchar la singularidad de cada uno. Sin embargo, y sin olvidar el caso por caso, es el objetivo una formación de clínicos que puedan estar presentes en una sociedad e instituciones donde deban ocuparse, hoy más que nunca, del movimiento violento de lo real. Es por ello que este tiempo le pide al analista que invente una nueva práctica con relación al trauma. Desde Laurent (2005), en el trauma, se debe intentar llegar a dar sentido a lo que no tiene. Siendo así el abordaje del trauma un tratamiento por el sentido. El psicoanálisis se inscribe entonces, en una voluntad de no limitar el trauma a un fuera-de-sentido cuantitativo; ya que, “en el accidente más contingente, la restitución de la trama del sentido, de la inscripción del trauma en la particularidad inconsciente del sujeto, fantasma y síntoma, es curativa” (p.47). Finalizando este pensar del abordaje de lo traumático, Tarrab (2005) reflexiona su relación terapéutica posible con el acto de decidir:

Una clínica de la urgencia haría bien en incluir una perspectiva que explorara la relación entre trauma y decisión. Porque al borde del agujero que el trauma produce, no se trata sólo de alentar decididamente la elaboración, la reconstrucción del Otro que se ha perdido, y que hay que obtener para producir la invención de un camino nuevo. Se trata también de situar el tiempo de la decisión que el sujeto habrá de tomar, que tiene la oportunidad de tomar, al borde de ese abismo. Es su oportunidad y es la evidencia de que frente al trauma se trata también de acto e inscripción. (p.62)

Waisbrot (2020), en una conferencia que brinda a partir de esta contingencia que ha irrumpido, se propone abordar la diferenciación entre el trauma, el acontecimiento y la catástrofe. El autor trae a un mundo de pandemia estos términos como modos diferentes de presentar lo nuevo, ya que afirma que la covid-19 nos ha colocado a todos en un punto de impasse.

En su diferenciación, el autor trae en primer lugar al concepto de trauma. Destaca en ésta su característica cuantitativa como esencial, ya que en el trauma algo ingresa de manera excesiva, inundando y paralizando el psiquismo; donde no es suficiente abordarlo con nuestros recursos actuales, pero existiendo la posibilidad de que el mismo pueda ser elaborado. Por otro lado, presenta al acontecimiento como un suceso donde el exceso pertenece al orden de lo cualitativo. Lo diferencia en este sentido del trauma, el cual describe como una inundación de cantidad que irrumpe y se retira. El acontecimiento se trata de una invención, de un impensado hasta el movimiento que adviene. Es decir, a partir de un suceso se inventa un esquema nuevo, crea un recurso nuevo para habitar esa situación. En palabras de Waisbrot (2020), el acontecimiento permite la invención de un recorrido heterogéneo en otro armado de la estructura, donde se inventa una salida diferente ante un impasse porque lo acontecido ya no permite un acomodarse en la estructura previa. Por último introduce a la catástrofe, donde se produce una irrupción en la que no hay recomposición ni invención. En este fenómeno prima el desmantelamiento y la devastación. Se produce aquí un cambio general del medio en el que transcurre la vida social de manera, afirmando a su vez que, lo que sucede en la catástrofe es un desmantelamiento de lo conocido sin una lógica nueva, por lo tanto es desubjetivante. El autor remite a esta situación como una destitución general de todas las maneras donde irrumpe bajo la forma de devastación, es decir, bajo la forma de vacío en la concepción del futuro. Ante lo arrasador de la catástrofe, Waisbrot propone dos formas de pensar lo que se produce luego de que la misma impacta: por un lado, haciendo énfasis en lo que quedó (es decir, el resto, lo arrasado, siendo una experiencia de desarmamiento subjetivo), y por otro, pensando en lo que hay, al modo de pensar un inventario del existente para pensar una nueva operación (priorizando aquí la primacía del cambio por sobre la permanencia, qué se hace con lo que hay).

Es así como, tanto trauma, acontecimiento y catástrofe, son presentados para el autor como tres modos de procesar la irrupción de lo nuevo, tres alternativas que afectan la subjetividad de manera diferente. Lo que cabe preguntar aquí es: *¿Cómo operan estos modos en esta crisis sanitaria mundial? ¿A qué recursos apelarán las diversas subjetividades en las que la pandemia ha teñido con sus efectos?*

Desde el análisis de Alicia Stolkiner (2020), este acontecimiento no debe priorizarse desde su contenido biológico, donde busca dar cuenta de que una pandemia es siempre un fenómeno tanto social, como económico, político y cultural. Y suma a ello “desde el punto de vista de las sociedades, es un dispositivo de producción de subjetividad y de producción de sufrimiento subjetivo colectivo” (p. 6).

Respecto a la situación de pandemia actual, Stolkiner reflexiona acerca de la misma como una situación completamente anómala, que introdujo ritmos que no estaban previstos dentro de la vida; introduciendo también de otra manera la cuestión de la enfermedad y la muerte, reapareciendo la cuestión de los cuidados de la salud y poniendo en escena muchos aspectos sociales que estaban naturalizados, y que este acontecimiento llevó a que sean desnaturalizados. Un fenómeno que esta autora vislumbra al comienzo de esta crisis sanitaria fue la necesidad de comprender lo que acontecía, por lo que se comienzan a utilizar categorías que explicaban o remitían a otras experiencias en situaciones de emergencia o traumáticas colectivas previas, pero donde ninguna ellas podía compararse con esta. Stolkiner resalta que es importante, en esta nueva contingencia, comenzar a pensar las prácticas de cuidado desde su incorporación en la cotidianeidad; no únicamente en términos de infundir miedo y temor, sino en términos de cuidado. A esto agrega comenzar a pensar en cómo construir marcos de socialidad en esta pandemia.

Desde los aportes de Slavoj Žižek (2020), la pandemia por Covid-19 ha dado por creada una nueva clase trabajadora; donde los cuidadores en todas sus formas la integran. Desde las enfermeras a los repartidores que entregan comidas y paquetes, como los servicios de recolección que vacían los desechos de las ciudades. El autor hace una diferenciación de clases en esta contingencia mundial, donde la división la enmarca quienes han podido confinarse (ya sea voluntariamente o por la fuerza) y los cuidadores, o en nuestro territorio los denominados ‘personal esencial’. Respecto a esta distinción, el cansancio de estas clases es objeto de interés del filósofo, quien determina que la extenuación y agotamiento de esta nueva clase cuidadora está vinculado al intercambio con otros, donde se espera que en su rol se introduzca la empatía y la preocupación por su ‘objeto’ de trabajo. Más allá de las dificultades y el cansancio que ha generado en toda la población la situación de confinamiento en nuestros hogares, Žižek no deja de preguntarse por aquellos que tienen que trabajar fuera de casa, en las fábricas y en el campo, en tiendas, en hospitales o en el transporte público; afirmando que hay muchas cosas que tienen lugar en el inseguro exterior para que otros puedan sobrevivir en

su cuarentena privada. Sobre esto una última y muy valiosa reflexión del filósofo es la siguiente:

Sí, hay trabajo arduo y agotador para muchos de los que se enfrentan a los efectos de la epidemia, pero es un trabajo importante en beneficio de la comunidad, que acarrea su propia satisfacción, no el estúpido esfuerzo de intentar triunfar en el mercado. Cuando un trabajador sanitario acaba totalmente exhausto después de trabajar muchísimas horas, cuando un cuidador ya no puede más por culpa de su exigente trabajo, sufren un cansancio muy distinto al agotamiento de aquellos obsesionados por hacer avanzar su carrera. Es un cansancio que vale la pena. (p.35)

## 6.2 ACERCA DE LA SALUD PÚBLICA Y SUS ESPECIFICIDADES EN EL HOSPITAL

Pensar la práctica de los profesionales de la salud mental en una institución de salud pública tiene sus particularidades. Es por eso, que se debe tener en cuenta las complejidades y multidimensionalidades que engloban al campo de la salud en nuestro país, así como también las especificidades propias de un hospital general dentro de estos entramados.

La Salud Pública vive en la actualidad una crisis sin precedentes, una crisis de identidad. Es por ello que, desde los aportes de Sousa Campos (2006), es complejo poder definir su motivo de intervención, sus atribuciones, al igual que sus límites; por lo que no se cuenta actualmente con una definición precisa. La Salud Pública hace su distinción de la clínica ya que, la primera, focaliza en observar los problemas de salud a través de una visión dirigida a lo colectivo. Se acostumbra a pensar al estado como el principal actor a dirigir la Salud Pública, aunque también es posible imaginarse acciones desencadenadas por segmentos u organizaciones de la sociedad civil. Más allá de que el concepto de lo público es mucho más amplio de lo que es lo estatal, ambos términos no pueden ser pensados separados en su totalidad; siendo esta la razón por la cual no pueden distinguirse la crisis del Estado de aquella Salud Pública para el autor.



Los aportes de Almeida Filho & Silva Paim (1999) para pensar este complejo concepto, apuntan, en primer lugar a dar cuenta de que, el área de la salud (la cual explican en su dimensión colectiva, pública y social) ha pasado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición de las prácticas sanitarias. Estas prácticas derivan de las diferentes articulaciones entre sociedad y Estado, y es en esta articulación donde definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y a los problemas de salud. Los autores explican que, las modificaciones del panorama político y social del mundo; así como también de la situación de salud, ponen en jaque las premisas y previsiones de los antiguos modelos con los que se piensa al objeto salud. Frente a un agotamiento de estos antiguos modelos, desafiados por la ‘crisis de la salud pública’, es que surgen demandas por ‘nuevos paradigmas’. Sin embargo, los autores dan cuenta que romper con los paradigmas vigentes no debe significar su rechazo puro y simple, sino que “impone movimientos de crítica, elaboración y superación. Se trata de una construcción en el plano epistemológico al tiempo que se movilizan voluntades en el ámbito de la praxis para alimentar el pensamiento y la acción” (p.11).

Ante estas dificultades y encrucijadas que vive la Salud Pública en nuestra región, y la necesidad y urgencia de discutir la cuestión de la salud en el ámbito público-colectivo-social, nace en América Latina la Salud Colectiva como un modelo alternativo, o más bien como un campo y nuevo modo de pensar la salud, que trascienda al concepto de salud pública. En esta nueva línea de análisis se busca construir nuevos saberes y procesos concretos de producción de salud. Aquí la incorporación de lo social en el análisis de los procesos de salud-enfermedad propone nuevas prácticas tendientes a la ‘promoción de salud’. Este concepto es central en la concepción del campo sanitario, desde el abordaje de la complejidad, donde el modelo de redes posibilita pensarlas como estructuras que se despliegan, configuran y reconfiguran en múltiples escenarios y entrecruzamientos imbricados en procesos históricos y sociales situados. Desde Almeida Filho & Silva Paim (1999) se puede dar cuenta que, la constitución de la Salud Colectiva, se ha podido conformar a partir de sus fecundos diálogos con la Salud Pública y con la Medicina Social, lo cual ha permitido una delimitación comprensiblemente provisoria de ese campo científico, en tanto campos de conocimiento y ámbito de prácticas.

En tanto campo de conocimiento, la Salud Colectiva contribuye con el estudio del fenómeno salud/enfermedad en poblaciones en su carácter de proceso social; investiga la producción y distribución de las enfermedades

en la sociedad como procesos de producción y reproducción social; procura comprender, finalmente, las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, busca su explicación y se organiza para enfrentarlos (...) En tanto ámbito de prácticas, la Salud Colectiva contempla tanto la acción del Estado como el compromiso de la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables, a través de actividades profesionales generales y especializadas. (p.17)

Aunque no constituye en sí mismo un nuevo paradigma Almeida Filho & Silva Paim (1999), afirman que la Salud Colectiva es reconocida como un movimiento comprometido con la transformación social de la salud, cuya aspiración apunta a presentar posibilidades de articulación con paradigmas científicos con capacidad de aproximación al objeto salud-enfermedad-cuidado, preservando el respeto de su historicidad y complejidad. Los autores proponen pensar desde esa perspectiva, a la Salud Colectiva como un campo de conocimiento interdisciplinar conformado por disciplinas como la epidemiología, la planificación/administración de salud y las ciencias sociales en salud. Desde su concepción de la salud pública, “la Salud Colectiva se preocupa por la salud pública en tanto salud del público, sean individuos, grupos étnicos, generaciones, castas, clases sociales, poblaciones. Nada que se refiera a la salud del público, por consiguiente, será extraño a la Salud Colectiva” (Almeida Filho & Paim, 1999, p.20).

Bajo estos aportes, las propuestas de la Salud Colectiva como forma de superación de la mencionada ‘crisis de la salud pública’ pueden significar una oportunidad para lograr la incorporación del complejo ‘promoción - salud - enfermedad- cuidado’ en una nueva perspectiva paradigmática. Estas complejidades continúan entramándose en los modos de pensar la salud hoy, y es por ello que lejos está de tenerse una concepción del campo de la salud homogénea y única; ante ello justamente se opone. Y es interesante cómo en las críticas y reflexiones de las crisis que este campo atraviesa, se puedan escuchar alternativas y propuestas:

La política de salud no puede resumirse a la acumulación estratégica del poder ignorando las dimensiones biológicas, técnicas y subjetivas de las prácticas sanitarias, sin perderse en un mar de buenas intenciones discursivas o convertirse directamente en pura demagogia (...) la clínica no puede refugiarse en el positivismo biológico, en el fetichismo de los medios y de los instrumentos tecnológicos, sin pagar el precio de la disminución de su propia eficacia y sin destruir al propio sujeto de la cura. (...) De lo que se trataría es de que al reconocerse estas ataduras históricas y estructurales se

sugiriesen cambios que alteren situaciones productoras de acciones y de comportamientos antiéticos. Cambios que amplíen las posibilidades de los diferentes agentes sociales-profesionales, pacientes, familiares, etc.- para participar de los procesos sociales, tanto de aquellos de orden político como de los que están vinculados a la microsociología, práctica clínica, educacional, etc. (Sousa Campos, 2006, p. 66)

### *6.2.1 Respecto a la particularidad de los hospitales dentro del campo de la salud*

Adentrándonos en las especificidades de nuestro país, Medina y Narodowski (2015) analizan el subsistema público de salud, afirmando que el mismo se encuentra integrado por los prestadores públicos de servicios y por programas sanitarios, que garantizan acciones de prevención y atención a la salud, orientadas a quienes cuya cobertura formal es la del sector público, o para brindar algunas prestaciones específicas a beneficiarios de los otros subsistemas. El subsistema público provee servicios de salud de acceso libre y su cobertura es de carácter gratuito. Dentro de los tres niveles de atención, el segundo y tercer nivel de atención están constituidos por los hospitales públicos. Estos pueden ser nacionales, provinciales y municipales, y en su diversidad incluyen una serie de servicios y procesos de muy variada índole.

Los niveles de complejidad hospitalaria se clasifican desde que surge la resolución 282/94 del Ministerio de Salud de la Nación como: nivel I, aquel que constituye el ingreso a la red de servicios, realizando acciones de promoción y prevención de la salud, así como el diagnóstico temprano, atención de la demanda espontánea de morbilidad recibida, búsqueda de la demanda oculta, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo, con mecanismos explicitados de referencia y contrarreferencia. El nivel II realiza las mismas acciones que el bajo riesgo (primer nivel), a las que se le agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Por último, el nivel III puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos

diagnósticos o terapéuticos que requieren el mayor nivel de resolución tanto por su recurso humano capacitado como por sus recursos tecnológicos disponibles.

Respecto a la particularidad de los hospitales, Medina y Narodowski (2015) señalan que gran parte del sistema de salud pública depende de los hospitales, y que aquella tendencia seguirá sucediendo por muchos años a pesar de que, a nivel mundial se esté apuntando a unidades de gestión de menor tamaño que operan en red. Esto se debe a que este proceso de cambio es muy lento. El modelo de organización hospitalaria actual reposa en grandes estructuras, incluyendo en ellas desde el cuidado primario y los servicios ambulatorios (donde la atención se realiza en consultorios externos), hasta las tareas de alta complejidad (requiriéndose en éstos del apoyo de unidades de cuidados intensivos, y de una infraestructura especial y específica debido a la especificidad de las patologías abordables).

Pueden verse así las multidimensionalidades de este tipo de institución, inserta en un entramado complejo, que permite contemplar de una manera más integral al sistema de salud en la que los hospitales tienen lugar.

### 6.3 HACIA LAS PARTICULARIDADES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL: INTERVENCIONES E INVENCIONES

El vasto y amplio campo de aplicación de la palabra ‘intervenir’ lejos está de brindar una sola definición a la misma. Nuestro campo ha hecho apropiación de lo que comúnmente denominamos ‘intervención’, pero al remitirnos a su significado nos encontramos con un espectro muy amplio de interpretación.

Algunas de las múltiples acepciones de la Real Academia Española (2019), definen la palabra ‘intervención’ (verbo intransitivo) del siguiente modo: 10. intr. Tomar parte en un asunto., 11. intr. Dicho de una persona: interponer su autoridad., 12. intr. Interceder o mediar por alguien., 14.intr. Sobrevenir, ocurrir, acontecer.

La etiología de la palabra intervenir remite del latín ‘intervenire’, significando “venir a ponerse entre dos o más cosas”. Sus componentes léxicos son: el prefijo inter (entre) y venire (venir).

La psicología ha tomado esta palabra al igual que muchas disciplinas dentro del campo de la salud, donde la acción o práctica de un profesional supone la interacción, el tomar parte en un asunto referido a un otro que explicita una demanda: el paciente. Hasta aquí los puntos en común con otras disciplinas, ya que, una vez que esa demanda es verbalizada, cada profesional puede tomar distintas aristas de la misma según la formación profesional (lo somático, lo anímico, social, etc.). En el caso de la psicología, esta demanda no siempre apunta a lo que está siendo explicitado por el paciente. Desde el psicoanálisis, enfoque desde el que se analizará la palabra intervención y su hacer en las instituciones de salud, muchas veces el contenido manifiesto (lo que se explicita), posee otro contenido velado que deja ver contenidos inconscientes de aquel sujeto que demanda (contenido latente).

### 6.3.1 *Las intervenciones y su aplicación institucional desde una lectura psicoanalítica*

Pensar el psicoanálisis en las instituciones conlleva a posicionarnos desde lo que se ha planteado como *psicoanálisis aplicado*. Lacan (1964) en el acto de fundación de la Escuela francesa de Psicoanálisis, refiere una sección dedicada al psicoanálisis aplicado, lo que define como un psicoanálisis de terapéutica y de clínica médica.

Habrà allí grupos médicos, estén o no compuestos de sujetos psicoanalizados, por poco que se encuentren en condiciones de contribuir a la experiencia psicoanalítica; mediante la crítica de sus indicaciones en sus resultados; mediante la puesta a prueba de los términos categóricos y de las estructuras que en ella introduce como sosteniendo el hilo rector de la praxis freudiana; todo ello, en el examen clínico, en las definiciones nosográficas, en la posición misma de los proyectos terapéuticos. (p. 249)

Contextualizándonos en el tiempo donde este término era propuesto, la psicología no ocupaba el lugar en el que se encuentra hoy en las instituciones hospitalarias, siendo ésta la

razón por la cual el mensaje dirigido, apuntaba exclusivamente a una audiencia médica. Esta propuesta radica en pensar una habilitación dentro del psicoanálisis como tal (en concepciones de Lacan *'puro'*), a ser ejercido dentro de las praxis institucionales sin la necesidad de que sea exclusivamente su efector aquel que cumpliera con la estricta formación de analista.

Esta acepción acerca del psicoanálisis como una terapéutica que pudiera tener lugar en ámbitos más amplios de la sociedad, ya podía vislumbrarse en algunos escritos de Sigmund Freud. En “Los caminos de la terapia psicoanalítica” (1918), uno de sus últimos escritos puramente técnicos, ya se encuentra explorando el desarrollo posible del psicoanálisis. Freud denota aquí una intención de poder posicionar al psicoanálisis al servicio de la sociedad en aquel período de reconstrucción y de gran pobreza, sin dejar de sostener las exigencias que distinguen al psicoanálisis de las otras técnicas terapéuticas y fija los límites de su implicación social.

Cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo. (Freud, 1918, p.163)

Freud plantea que el porvenir impondrá que sea tenida en cuenta la inmensa miseria neurótica, haciendo de ella un reto para la sanidad pública. En aquel escrito alude también al nacimiento de instituciones en las que esos cuidados serán gratuitos (lo que hoy se presentifica como Salud Pública), obligándonos a tener que adaptar la técnica psicoanalítica a esas nuevas condiciones, debiendo tener que encontrar un forma simple y accesible para las masas. Freud inclusive fue más lejos al pensar en las condiciones a disponer para permitir el tratamiento psicoanalítico, evocando la necesidad de sumar a la ayuda psíquica una ayuda material.

Respecto al psicoanálisis en las instituciones, Jean-Daniel Matet (2009) sostiene ciertas afirmaciones respecto a la pragmática en psicoanálisis. El autor afirma que la misma no se reduce únicamente a la práctica del caso clínico, al establecimiento de la transferencia, al ejercicio de una voluntad terapéutica, ni tampoco a la respuesta a una demanda social. Con esto Matet busca explicitar que la práctica del psicoanálisis en una institución supone de una complejidad mayor a la simple intención de ajustar el psicoanálisis a un espacio diferente al consultorio privado, afirmando:

No se trata, pues, de oponer la práctica en consulta privada a la práctica en las instituciones, sino de poner en valor las condiciones que permiten la experiencia analítica, aunque sea en sus efectos parciales” (...) Debemos defender la existencia de instituciones orientadas por el psicoanálisis, sin confundir la independencia del practicante que el psicoanálisis exige y la gestión de los asuntos institucionales. (p.77)

Desde la perspectiva de este autor, la pragmática del psicoanálisis no es sólo una pragmática de la palabra. Ya que, la práctica en instituciones que den la oportunidad a una pragmática psicoanalítica, requiere de la posibilidad de una dirección particular para un paciente o un miembro de un equipo, de una palabra que no sea cautiva de lo colectivo. Matet propone aquí que, si el funcionamiento institucional es rebajado al comportamiento y la comunicación, “será necesario el coraje de tal uno o tal otro para agujerear la tela de un dispositivo tal, y que aparezcan efectos de palabra interpretables” (2009, p.76).

Tomando a Leonora Troianovski (2009) en su reflexión sobre la ‘clínica de la gestión’ en la época actual y sus intervenciones consecuentes, se explicita un borramiento de la clínica en su dimensión subjetiva que, en muchas ocasiones, deja a los profesionales desorientados, recibiendo los efectos de la elisión del acto por el protocolo. Cuestionándose sobre esto y buscando escapar a la lógica de la clínica de la gestión y del protocolo universal y generalizado, esta psicoanalista propone trabajar en las instituciones y con aquellos profesionales que responden a esta lógica de abordajes, el poder superponer otras lógicas posibles en las intervenciones de salud. A partir de poder trabajar desde la transferencia, se busca habilitar un espacio en el que el malestar pueda formularse como pregunta; para poder crear las condiciones para inventar allí alguna respuesta.

Se trata entonces del caso uno por uno y lo que cada caso nos enseña (...) esto permite abrir otro tiempo: el de la presentación de casos, descompletar el todo como vía de poder hacer con el uno, permitiendo pasar del ‘no hay tiempo’, al ‘tiempo para un caso’. (p. 81)

Esta autora remite a pensar a la atención primaria bajo el significante de la accesibilidad, dejando muchas veces a los profesionales de la salud a merced de las más variadas demandas. Esto hace síntoma bajo la queja de la presión asistencial, ante la que pueden llegar a sentirse sobrepasados, desbordados, siendo éste un foco de malestar

importante. La tarea aquí que tiene el psicoanálisis es la de poder sacar estas demandas de la ‘lógica del todo’ para poder dar lugar a la dimensión subjetiva en las consultas que reciben los profesionales, permitiendo darse un tiempo para localizar, limitar, orientar las intervenciones. Para Troianovski (2009), la clínica reintroduce así la forma de regulación allí donde la gestión fracasa. Ante esta superposición de lógicas en los espacios de salud, una propuesta muy interesante que realiza es la de la ‘doble vía’, manteniendo dos espacios de primeras visitas: uno que se ordena según el protocolo, y otro ‘preferente’, que privilegia las derivaciones bajo transferencia (donde se da lugar a aquello que no se deja atrapar en la clasificación) siendo este un espacio orientador para decidir qué recurso, qué indicación puede ser más conveniente.

Para finalizar con esta revisión del psicoanálisis aplicado a la terapéutica en instituciones de salud, tomando las palabras de Eric Laurent (2000): “(...) el analista que toma partido en los debates, el analista útil y ciudadano, es perfectamente compatible con las nuevas formas de asistencia en salud mental, formas democráticas, antinormativas e irreductibles a una causalidad ideal” (p.121).

### *6.3.2 Una mirada hacia las intervenciones del psicólogo en hospitales de alta complejidad*

Benjamín Uzorskis (2002) al escribir acerca de la asistencia directa al paciente internado, comenta la gran dificultad en pensar modelos que logran armonizar el campo médico con el psicológico. En un primer tiempo, cuando la interconsulta médico psicológica se orientaba al modelo de *asistir a la asistencia* (apuntando al trabajo exclusivo de la relación médico-paciente), las resistencias médicas, al tener que pensar sus implicancias subjetivas por la realidad del paciente que se encontraban asistiendo, se hacían presentes. Otra discusión en los primeros tiempos de la atención psicológica al paciente internado se preguntaba, si el psicoanálisis era posible de ser aplicado en un tratamiento donde el sujeto tenía pocas expectativas de vida. Estas cuestiones parecieran haber quedado en otro tiempo del desarrollo de la psicología en los ámbitos hospitalarios, ya que como el autor propone: “se puede decir que las discrepancias teóricas y reparos a la intervención directa son justamente



proporcionales al temor de poner el propio cuerpo y de reconocer que lo que se está planteando son simples excusas” (p.112).

Respecto a la propuesta de Uzorskis (2002) sobre la modalidad de *asistencia directa* del paciente, el autor destaca los logros de los interconsultores del ámbito psicológico; pero también las enormes dificultades para sostener una continuidad en sus experiencias, debido a diversas cuestiones institucionales. Para pensar la interconsulta psicológica, Uzorskis propone que el pedido de interconsulta pueda transformarse, *del papel escrito*, al *encuentro cara a cara* con el profesional que realiza la demanda. Acerca de las intervenciones del profesional de la salud mental en este ámbito, el autor remite, en primer lugar, a tener especial atención para registrar cómo es el interlocutor, el servicio, la institución desde dónde se demanda y el lugar donde se realizará el trabajo. Estas especificaciones buscan alcanzar la implementación de respuestas posibles dentro de límites reales y alcanzables. Las intervenciones consecuentes a este primer paso conllevan a realizar una evaluación de la situación actual y del pronóstico presuntivo a nivel del organismo, donde debe contrastarse si el pedido explicitado nuevamente condice con aquel pedido inicial. Otra intervención sumamente esencial es la de poder dar cuenta de la subjetividad de aquel paciente con enfermedad orgánica (que muchas veces es olvidada por los profesionales que lo asisten desde lo médico), por lo que la ida al servicio donde se solicita la interconsulta es necesaria para poder intervenir a posterior en la subjetividad de aquel que padece; junto con la lectura de su historia clínica (y en caso de ser necesario junto con el médico que lo asiste para pedir aclaraciones respecto a su condición y/o su tratamiento). Uzorskis aclara: “el interlocutor *psi* deberá asentar luego una evaluación y/o indicaciones, en esa misma historia, que deberán ser claras y no siempre muy explícitas (...) pues no es lo mismo lo que puede escribir el médico que lo que puede evaluar o proponer el *psi*” (p. 115). Como último paso antes de proceder a entrevistar al paciente, el autor recomienda que el psicólogo se informe con el personal de enfermería y con los familiares o amigos del paciente internado, con la finalidad de poder caracterizar algunas cuestiones sobre cómo es el paciente por quienes lo acompañan y cómo se encuentra en lo anímico al momento actual. La finalidad de este intervenir remite a la recuperación de la historia personal del sujeto y de lo que comenzaría a ser un diagnóstico presuntivo situacional.

Adentrándose en la primera ‘entrevista-sesión de urgencia’, el autor propone tres pautas básicas a detectar durante el primer encuentro con el paciente en situación de internación: el diagnóstico presuntivo situacional, el punto de urgencia y el objetivo limitado. Sobre estas prácticas, Uzorskis (2002) destaca la importancia de saber escuchar, pudiendo

focalizar con prisa, pero con la pausa necesaria para poder calcular adecuadamente la intervención. En este tipo de sesión, la emergencia de lo urgente resulta acotada por un tiempo que se supone escaso de antemano, por lo que toda intervención analítica implica un recorte del material que aparece en la consulta, y que, aunque pudiera parecer complejo, la experiencia aclara lo que al principio pudiera parecer inabordable. Respecto a la clínica propuesta en el contexto hospitalario destaca:

Con este entorno es más complejo marcar la necesidad de un tiempo lógico, variable para cada sujeto, como para pensar la forma de establecer y encarar esta *clínica de la subjetividad*. Por esta razón marqué desde el comienzo la necesidad de, pese a las dificultades, apostar, *aunque no vayamos sobre seguro*. En algún momento se deberían poder investigar las recidivas, los costos de las complicaciones de las enfermedades médicas, la reiteración de las internaciones, los excesos de gastos en calmantes, etc., etc. Y hacer el balance de lo que verdaderamente termina costando la tarea asistencial, en tanto no se quiere gastar en atender a la subjetividad. (Uzorskis, 2002, p. 118)

Tomando los aportes de Mauricio Chevnik en su texto “La interconsulta médico psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible” (1991), el autor define a la misma como una práctica clínica en esta frontera donde se concibe el abordaje de la enfermedad somática, en el cruce de varias disciplinas. Es interesante la aclaración de este autor al proponer que esta interdisciplina no debe pensarse como equivalente a confusión o anexión de campos. A lo que apunta esta práctica es a transformar las capacidades relacionales, de interacción con fuentes de creatividad, que permitan el surgimiento de instrumentos válidos tendientes a responder a los requerimientos de la salud mental y corporal.

Para Chevnik (1991), el lugar que ocupa el psicoanálisis en la interconsulta médico psicológica, apunta a tanto a forjar el instrumento técnico dirigido al paciente y a los médicos, como también “contribuir al análisis de la relación de los terapeutas con la intuición hospitalaria (con toda la complejidad de vínculos que plantea) y entre sí” (p.67). Es aquí un objetivo prioritario con esta práctica el poder desarrollar formas de comprensión y cooperación, con la finalidad de lograr espacios donde se vuelvan combinables elementos que están separados. Para el autor se debe ir más allá de las distintas técnicas que puedan considerarse más adecuadas o recomendables desde posturas teóricas diferentes, ya que lo

fundamental de este tipo de intervención recae en la comprensión de la situación y el poder explicar con la mayor verosimilitud posible lo que se encuentra sucediendo a todos los intervinientes. Y para ello el intercambio recíproco entre disciplinas es fundamental. En palabras del autor:

Pensamos que en este sentido la práctica y teoría de la interconsulta médico psicológica concebida como aparato mediador ofrece una posibilidad de desarrollo que no sólo sea de utilidad a la medicina sino al psicoanálisis a través de un fecundo intercambio evitando que ambas prácticas se escindan. (Chevnik, 1991, p.69)

El autor propone hacer hincapié en el carácter de transición de esta práctica, de un campo clínico no claramente definido como lo podrían ser el psicoanálisis o la medicina. Es así como la interconsulta, planteada desde dicha perspectiva, se configura cuando el interlocutor logra constituir y sostener el ‘campo de mediación o articulación’ entre el paciente y el ambiente en el que transcurre la internación. Chevnik (1991) afirma que “en esta zona de frontera se requiere una doble tarea: por un lado definir estrictamente los territorios y luego favorecer a través de una especie de ósmosis, las mediaciones, los enlaces posibles” (p.69). Donde este enlace no debe olvidar y procurará enriquecerse de la heterogeneidad de los elementos que la componen.

Para pensar las especificidades en cuanto al abordaje de pacientes internados, Gómez Rojas (2007), desde una perspectiva orientada a la Psicología de la Salud, menciona la existencia de cuatro espacios de atención en un hospital de alto nivel de complejidad, dirigidos tanto a la persona con una enfermedad severa y la familia; como al equipo de salud y a la institución. Los procesos que la autora destaca en cada espacio son: intervención en crisis, evaluación, intervención breve, seguimiento y remisión. Se da cuenta de que la mayoría de estas intervenciones propuestas se realizan en la fase de hospitalización del paciente, pero si el caso lo requiere, en patologías especiales, se continúa por consulta externa.

Respecto a la función del psicólogo en un hospital de alta complejidad, la autora sostiene el amplio terreno de trabajo que el profesional tiene. Desde abordajes con la persona con enfermedad, la familia, los equipos de salud y la misma institución en la búsqueda de un restablecimiento de la calidad de vida y de la salud integral en un paciente con una enfermedad aguda o crónica. También destaca que la participación del psicólogo de la salud en los procesos de humanización de la calidad de la atención, posibilita una visión más integral del ser humano. El trabajo interdisciplinario aparece aquí como una arista

fundamental, al igual que el aporte de otras áreas de la psicología (como la clínica, la social y la comunitaria), para lograr el abordaje integral del fenómeno salud-enfermedad.

Es innegable la importancia de los aspectos emocionales, sociales y espirituales en la comprensión y manejo en la promoción y mantenimiento de la salud y en la prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad; solo si se logra una mirada integral del ser humano, no solo de la persona quien padece una enfermedad y su familia, sino también del equipo de salud que la atiende, se podrá realizar un abordaje holístico, más eficiente y perdurable. (Gómez Rojas, 2007, p.177)

## **7. MODALIDAD DE TRABAJO**

## 7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo es elaborado a partir de lo transitado durante la Práctica Profesional Supervisada de la Universidad Católica de Córdoba. La misma fue realizada en un hospital general de alta complejidad de la ciudad de Córdoba durante el período abril-noviembre del año 2020. Debido a las circunstancias transcurridas en el marco de la pandemia por coronavirus a lo largo del mismo año, la práctica tuvo lugar de manera virtual, sin poder contar con la asistencia presencial a la institución.

La modalidad del Trabajo Integrador Final consiste en una sistematización de experiencia, propuesta por Jara Holliday (2011) 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. (p.4)

El autor se refiere a esta modalidad como un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre y desde la práctica, cuya base se encuentra conformada por la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia. Estas experiencias se caracterizan por su gran riqueza de elementos, siendo procesos vitales, únicos e irrepetibles. Por ello es que nos compete buscar comprenderlas, poder extraer sus enseñanzas y lograr comunicarlas para que luego, desde la apropiación crítica de las mismas, logren ser compartidas. En otras palabras, “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 Holliday, 2011, p.4).

La población con la cual se realiza la experiencia se encuentra conformada por los profesionales que integran la División de Salud Mental de la institución. Se mantuvo contacto virtual con siete integrantes de la misma a través de encuentros telefónicos o vía videollamada. Las voces y relatos de los mismos permitieron el conocimiento de la institución y de sus abordajes, seguimientos de casos e intervenciones cotidianas.

La técnica de recolección de datos fue realizada a través de registros de campo y retranscripción de entrevistas con los profesionales, lectura de bibliografía y material audiovisual aportado por los mismos. También se ha sumado, a las modalidades recién mencionadas, conversatorios, capacitaciones y participaciones en actividades de la división (Junta de Discapacidad y entrevistas de valoración pre-trasplante) mediante la virtualidad. Los registros y retranscripciones engloban la totalidad de las actividades que conformaron la práctica, al igual que los materiales bibliográficos aportados por los profesionales de la división. El análisis posterior de estos registros y entrevistas recolectadas consistió en una lectura y relectura de éstos con la finalidad de lograr profundizar mi comprensión de las situaciones acontecidas, así como también la apertura a nuevas perspectivas e interrogantes dentro del transcurso de práctica. De esta manera se posibilitó una mirada más amplia del trabajo en ‘terreno’ (más allá de la imposibilidad de presencia física), para luego poder focalizar en las categorías consecuentes al eje de sistematización y los objetivos propuestos.

La entrevista fue el método primordial bajo esta modalidad de práctica, y gracias a ella el adentramiento en la división de salud mental asignada fue posible. Los relatos de los profesionales que la integran fueron la fuente más enriquecedora a recolectar, la cual permitió dar cuenta de la diversidad de miradas y posturas dentro de un mismo espacio de intervención. Desde Yuni y Urbano (2006), este recurso es “una técnica de investigación muy utilizada, apelando a un rasgo propio de la condición humana -nuestra capacidad comunicacional- esta técnica permite que las personas puedan hablar de sus experiencias, sensaciones, ideas, etc.” (p.81). El empleo de esta técnica a partir de la virtualidad (debido al contexto de pandemia vivido) y sus efectos en el período de práctica, será un elemento presentado posteriormente en el análisis y síntesis de la experiencia.

Respecto a los aspectos éticos, las actividades realizadas durante la experiencia y su consecuente sistematización, se encuentran enmarcadas bajo los principios establecidos por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). Los mismos refieren al respeto por los derechos y la dignidad de las personas, competencia y compromiso profesional y científico, integridad y responsabilidad social. Rigen dentro del Código de Ética, normas deontológicas, siendo estas: consentimiento informado, secreto profesional, responsabilidad de las relaciones profesionales, investigación, docencia y declaraciones públicas. La confidencialidad respecto a los datos obtenidos y el consentimiento informado se encuentran presentes en las diversas actividades realizadas dentro de la División de Salud Mental, donde se ha explicado mi condición de practicante, siendo dicha presencia

previamente avalada, tanto por los profesionales como por los pacientes. Debido a la situación de pandemia, y de que el material recolectado ha sido en gran parte a través de encuentros virtuales y entrevistas, se informó y esperó al consentimiento de los profesionales respecto a la posibilidad de poder grabar aquellos espacios de intercambio. Por último, tanto la práctica como la elaboración de este trabajo se rigieron bajo el principio de integridad, contemplando la veracidad y honestidad en la experiencia transitada, buscando dar cuenta de ello a través de actitudes y comunicaciones honestas, abiertas y precisas.



## **8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA**

## 8.1 RECONSTRUCCIÓN DEL PROCESO VIVIDO

*¿Qué sucede cuando algo de lo impensado irrumpe en nuestra cotidianeidad, poniendo en jaque nuestra forma de convivir, de relacionarnos, de amarnos, de trabajar, de conformar grupos, de producir y hasta nuestra manera de tocar y respirar?  
(Robles & Satos, 2020, p. 101)*

Aquí narraré la experiencia transitada durante el recorrido de mi práctica en el Hospital Córdoba; donde la misma se ha teñido de los efectos que ha tenido esta situación de pandemia. Desde el día en que se realizó la entrevista a modo de finalizar el proceso de selección de las instituciones, 12/03/2020, una bruma respecto a la llegada de esta situación comenzaba a aparecer, siendo una semana después, momento en el que se nos comunica la institución en la que hemos quedado, el día que se decreta desde Nación el “aislamiento social, preventivo y obligatorio”.

Así como fue mencionado en la introducción de este trabajo, los tiempos de mi práctica no coinciden con el orden en que intentaré reconstruir el proceso transitado hasta aquí. Y, aunque, la temporalidad de mi práctica se encuentra regida bajo la lógica de este contexto de pandemia, buscaré analizar más allá de sus tiempos y vicisitudes, en el desafío de crear propios dentro de la misma; porque el discurso de los profesionales entrevistados me permite ver un tiempo en el que las cosas eran distintas. Hubo un tiempo antes de esta pandemia que no quiero desvalorizar dejándolo en el olvido, por lo que comenzaré intentando traer al presente retazos del mismo, donde la División de Salud Mental de este hospital llevaba otros tiempos, otra conformación, otra lógica; y sus profesionales otros tipos de intervenciones. Este tiempo ha dejado de ser nuestro tiempo actual, y más allá de que esta contingencia incierta hoy, devendrá en pasajera, será inevitable que sus efectos no resuenen cuando nuestro mundo se encuentre sin ella.

Así, pasado, presente y futuro tiñen mi experiencia de discursos, sentimientos, acciones y anhelos que se entraman en las distintas conversaciones que se fueron sucediendo a lo largo de estos meses. Intentaré aquí reflejar los mismos a través de tres tiempos que se suceden y entrecruzan, que toman formas únicas y particulares: la vida previa a la pandemia, el acontecer de esta contingencia, y lo que vendrá (con sus efectos y cambios).

### *Pre pandemia*

En este tiempo los relatos de los profesionales entrevistados se hacen presentes ya que es un tiempo previo a mis prácticas aquí. En un intento de presentarse y condensar sus recorridos por la institución, salen a la luz recuerdos, trayectorias, y resignificaciones del camino transitado desde lo profesional hasta el momento en que la pandemia toma lugar en nuestro país y en la institución.

Respecto a las entrevistas, surgen en ellas viñetas acerca de sus primeros años en el hospital y los distintos recorridos profesionales realizados, de lo más variados en cuanto a áreas:

Yo soy técnica de laboratorio (...) cuando me recibí empecé a trabajar en el hospital, en el laboratorio, y empecé a estudiar Psicología. Trabajé en el laboratorio durante quince años más o menos, o un poco más como diecisiete dieciocho años, y hace diez, doce que estoy en la División de Salud Mental. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

“Al principio estuve abocada a todo lo que era referido a la cuestión de cirugía bariátrica y fue como la puerta de entrada al hospital” (Entrevista núm. 5, 26/05/2020).

Y en cuanto a enfoques teóricos:

Yo fui parte de esa historia, fui concurrente, y ya empezábamos a hacer terapia de grupo, ligado a la ideología dominante. Con esto me refiero a que el encuadre de la psicoterapia de grupo de ese momento era clásico, bien clásico... porque bueno, la psicoterapia de grupo era vista como peligrosa. Así que el encuadre en el que podíamos ejercerlo reflejaba el autoritarismo que se vivía. (Entrevista núm. 2, 06/05/2020, refiriéndose a una pregunta acerca de su práctica profesional durante el período de la última dictadura militar)

“Bueno en la división pasa algo parecido en cuanto a que hay una gran mezcla de enfoques y formaciones. Hay quienes se posicionan desde la sistémica, otros desde la Gestalt, bueno ya te comenté del psicoanálisis lacaniano, y también neurobiología.” (Entrevista núm. 1, 27/04/2020)

Un psicoanálisis ortodoxo nunca sería posible en el hospital (...) En mi caso vas a poder conocer mi práctica desde una mirada psicoanalítica, yo soy psicoanalista. Una psicoanalista que ha tenido que flexibilizarse mucho, una porque llegue al hospital y otra porque estoy rodeada de compañeros y de colegas que muchas veces tienen otros enfoques teóricos, entonces hay que hacer algunos esfuerzos de conversación, porque bueno el discurso psicoanalítico es distinto al discurso clínico. (Entrevista núm. 5, 26/05/2020)

“Así que bueno me funciona mejor lo que es la cognitivo conductual” (Entrevista núm. 4, 19/05/2020).

Por otro lado, los profesionales también se explayan sobre su trabajo en el hospital al día de hoy:

La psicóloga C, relató sobre su inclinación artística en el hospital, donde lleva a cabo el taller de música, al que acuden pacientes con distintos diagnósticos médicos. La finalidad de este taller me comenta, es el de correr al paciente del rótulo y peso que tiene el diagnóstico médico de una enfermedad crónica como las que suelen haber en el hospital. Cuenta que es un espacio donde los pacientes crean lazos y se encuentran con otros, algo no tan común en estos contextos. (Entrevista núm. 3, 11/05/2020)

Cuando llego a la división y el psicólogo A me pregunta dónde quería ir, por supuesto que elegí el Instituto del Quemado, así que estoy allí como servicio asignado desde entonces. Me desempeño ahí desde prácticamente que estoy en la división, es un servicio que es muy ameno para trabajar, por más que se trabaja con pacientes quirúrgicos, quemados o pacientes muy difíciles con problemáticas muy diversas (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

Y en la actualidad me estoy dedicando, hace muchos años ya, a pacientes con diabetes (...) Así que eso es, me dedico a diabetes en todas las edades que el hospital recibe, particularmente con los adolescentes. (Entrevista núm. 5, 26/05/2020)

Yo realizo las valoraciones pre trasplante, donde los pacientes realizan un circuito: tienen que ver a nefrología, cardiología, odontología, entrevista con servicio social, entrevista con salud mental para ver si el paciente está en condiciones de ingresar a la lista de espera y eventualmente ser el receptor

de una donante ya sea por donante en lista de espera o donante vivo. (Entrevista núm. 11, 26/06/2020)

Mi trabajo como psiquiatra es más psiquiatría de enlace. (...) Que es la psiquiatría en hospital general. Si bien atendemos en consultorio externo, por una demanda del hospital, también estamos en las áreas que se nos solicita por interconsulta. Y después de pasar por muchas me he quedado en el área de nefrología, trasplante. (...) Yo me encargo un poco más de trabajar con los efectos adversos de los corticoides, de los inmunosupresores... porque esta medicación en algunos casos genera problemas psiquiátricos a veces graves. (Entrevista núm. 12, 15/07/2020)

También se denota en sus discursos espacios físicos, de trabajo, donde puedo ir haciéndome una imagen en cuanto a la modalidad de sus intervenciones antes de que la pandemia llegara, así como también el modo en que conciben el clima de trabajo en la división:

En general, trabajo en el área. Por qué, primero porque tenemos nada más que tres consultorios. Segundo porque en el Instituto del Quemado las camas son privadas, por lo que cuando se trabaja más con la familia es cuando el paciente está en quirófano (...) Otras veces, cuando no se puede, se trabaja en el pasillo porque bueno, aquí se utilizan los recursos y las herramientas que uno tiene. A veces el pasillo suele ser un buen lugar, un poco alejado a lo mejor, pero es el lugar donde nos encontramos todos los miércoles por decirte. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

Es un grupo muy heterogéneo, en cuanto a modos de intervención y creo que en cuanto a valores también y creo que ese es el gran desafío que tenemos y está bueno. Viste que dicen “en la diversidad está el gusto”. Entonces yo creo que, al tener un grupo tan heterogéneo, te da siempre la posibilidad de crecer y ser más tolerante y de aprender del otro (...) y creo que lo logramos bastante bien. (Entrevista núm. 5, 26/05/2020)

Recuerdo preguntarme hacia comienzos de mi práctica cuándo lograría encontrarme presencialmente con los profesionales, atesorando estos relatos para tener una imagen de cómo sería el encuentro cuando las restricciones mermaran de a poco. La esperanza y la ilusión de poder conocer aunque sea un poco la institución y el accionar de los profesionales me hacía valorar este trabajo de reconstrucción como una herramienta importante para cuando

lograra incorporarme presencialmente, y por eso insistía con tenacidad en poder traer elementos del pasado en cada encuentro virtual. Ya que, sin conocer aquel tiempo sin pandemia, no podría entender la dimensión de los cambios que estaban aconteciendo.

*Los cambios a partir del ‘asilamiento social preventivo y obligatorio’*

Respecto a mi experiencia de práctica, ésta tuvo su comienzo de manera virtual, a partir de trabajar, en un principio a modo general, debates sobre aspectos relacionados con nuestro rol como practicantes, y elementos nodales que atravesarían cualquier práctica, como lo es el marco legal de la Salud Mental y la ética en nuestro accionar. Hacia fines de abril, momento en el que estaríamos ingresando en las instituciones, se nos informó que este año la práctica tendría un matiz diferente debido al contexto que nos acompañaba, pero que la práctica seguiría en pie. Recuerdo la mezcla de sentimientos encontrados cuando se nos anunció esto, pero tener respuestas en tanta incertidumbre ordenaba un poco y permitía mentalizarme en actividad, lo cual me dejaba más tranquila y esperanzada de que serían unas prácticas diferentes, pero prácticas al fin.

Y así con el paso de las semanas comenzaron las clases de supervisión con cada tutor del contexto correspondiente. Recuerdo la primera clase con muchas expectativas respecto a lo que iba a comentarnos nuestra tutora. Ésta dio inicio a este nuevo espacio presentándose, se tomó un momento para hablarnos de la situación que estábamos viviendo con la pandemia (nos preguntó cómo estábamos, cuestión que también había sido abordada previamente vía mail a cada uno), y prosiguió a comentarnos las comunicaciones que había establecido con cada una de las instituciones y cómo íbamos a proseguir en cada una de ellas a modo de primer acercamiento. Me alegró saber que nos contactaríamos tan prontamente, animándome de que la práctica este año estaba teniendo un comienzo.

Luego de una presentación vía mail, y una respuesta muy predisposta del jefe de la división, acordamos un día y horario cercano para realizar la entrevista propuesta por mi

parte. Me emocionó mucho la idea de ya estar casi concretando el primer acercamiento a la institución, más allá de la modalidad “a distancia”. El día de la entrevista me encontraba muy nerviosa y más que nada, un poco preocupada con las respuestas que iba a obtener.

La misma transcurrió de una manera muy agradable, notándose en su comienzo el interés de A por conocer mi situación en esta cuarentena. Me sentí satisfecha acerca de cómo sucedió el encuentro y del trato cálido que A había tenido conmigo, respondiendo a mis preguntas de manera clara y animadamente. Recuerdo también haber quedado muy abrumada de tanta información nueva que estaba intentando procesar, sumado a que había sido engorroso dirigirla, prestar atención a tantos términos y organizaciones nuevas y anotar a la vez. Me entusiasmó mucho pensar en lo que iba a hacer en la práctica y en todo lo que iba a aprender allí; quizás demasiado. Era la práctica que tanto había esperado tener en el contexto hospitalario, y el hecho de saber que iba a ser aún mejor de lo que la imaginaba me entristeció sabiendo que con suerte podría asistir 3/4 meses después de julio... sin contar que tampoco llegaría a conocer presencialmente a quien había entrevistado ya que, como me había comentado en la entrevista, a mediados de año se aprobaba su jubilación. No llegaría a conocer al jefe de la división, quien lo había sido por estos últimos diecisiete años, y eso sumado a esta pandemia, agregaba un significativo cambio cuando lograra integrarme al espacio.

Y trabajo aquí desde hace más de treinta años, todo mi servicio profesional lo hice acá. He crecido en este hospital. Y es muy probable que no lleguemos a conocernos personalmente porque para agosto, que sería cuando puedas incorporarte, ya esté jubilado... (Entrevista núm. 1, 27/04/2020)

Pasada aquella semana y por sugerencia de mi tutora cuando le comenté la buena experiencia de aquel primer acercamiento, me comuniqué nuevamente con el Lic. A consultándole si tenía disponibilidad para un segundo encuentro. La intención aquí sería abarcar cuestiones de la entrevista pasada y nuevas preguntas para ahondar un poco más sobre la historia de la división (material que ya me había enviado, tanto sobre la misma como del hospital), que me había parecido muy interesante. Sumado a la respuesta positiva del licenciado para realizar aquel segundo encuentro, a través de un mail, la Lic. B (coordinadora de mis prácticas) se presentaba y me brindó material para que lea acerca del rol de los

psicólogos en el hospital y sobre la capacitación de los mismos, previo a una entrevista que tendríamos en dos semanas, cuando ésta se encontrara de guardia.

Llegado el segundo encuentro con el jefe de la división, también de forma telefónica, logré conocer mucho más respecto a la división, al rol del psicólogo allí y a la historia que englobaba a la misma y de la cual éste era un protagonista muy importante. Me impresionó mucho su apertura como jefe en cómo respetaba que cada profesional ejerciera desde su escuela de pensamiento, y su interés por fomentar las prácticas dentro de la división (un aspecto que él mismo rescató como muy importante en estos últimos años).

Aquella misma semana recibo un mail de presentación de la Lic. C presentándose y brindándome textos para que pudiera seguir leyendo sobre su trabajo en la división. Continuaba muy entusiasmada de poder conocer más sobre la institución; tenía entrevistas y mucha lectura por delante.

Durante el espacio de supervisión de la primera semana de mayo, hablando acerca de los avances sobre nuestras prácticas, tuvo lugar un tema que a todos nos generaba inquietudes: qué sería de este año con la situación actual y si se estaba pensando un “plan b” respecto a si no se pudieran hacer las prácticas comenzado el segundo semestre. Allí nuestra tutora quiso dejarnos en claro que esto que veníamos realizando ya era nuestra práctica, y que así debíamos verlo, que entendía nuestras expectativas y que esto era muy incierto para todos; pero que debíamos sacarle provecho a esta pandemia ya que era un acontecimiento inédito que atravesaría nuestras prácticas. Coincidió con lo que nuestra tutora nos comentaba, y entendía la tristeza de mis compañeros de saber que quizás no estaríamos “en terreno” el tiempo que se suele dedicar otros años en la práctica. Pero hoy todo ha cambiado y de algún modo tenemos que avanzar y nuestra práctica va tomando la forma que este contexto le permite, y sin dudas saldrán cosas muy interesantes si somos pacientes y nos abrimos a captar otras cosas fuera de lo “presencial”.

Me encontré diseñando la tercera entrevista que realizaría a la Lic. C, la cual abordaba cuestiones de presentación y aspectos que ya le había preguntado al Lic. A, ya que me interesaba contrastar distintas perspectivas dentro de la división. El resto eran preguntas sobre aspectos que la licenciada trabajaba en sus textos, las cuales eran de su autoría y abordaban distintas cuestiones de su trabajo en el hospital. Eran textos bellísimos, literarios y que transmitían tanto al lector que me sentí conmovida de su enfoque a la hora de trabajar. Me encontraba ansiosa y entusiasmada de conocer a la protagonista de tan conmovedores relatos.



Llegada la mañana de la entrevista, la Lic. C se comunicó por videollamada, buscando el conocerme no sólo por la voz, sino también por la mirada, lo cual consideré que era un gesto muy significativo, y que, si el poder entablar una presentación costaba el no poder estar registrando todo textual, lo sacrificaría con la intención de poder conocerla de otro modo. Fue muy distinta la experiencia de hacer la entrevista por videollamada, el poder ver a la otra persona me dio una sensación de mayor cercanía y el ver sus gestos y expresiones me permitía entender mejor todo lo que la licenciada me fue contando. Más que una entrevista fue una presentación de ambas, un conocernos de una manera muy casual y distendida, lo cual me hizo sentir menos nerviosa y muy entusiasmada en poder conocer más ese clima de trabajo tan alegre que transmitía la licenciada en su relato.

Acerca de lo transmitido por la Lic. C respecto de los cambios más notorios que se encontraba atravesando a nivel laboral, fue la interrupción del taller de musicoterapia que ella coordina y que también creó:

La Lic. comenta que en esta situación de cuarentena los integrantes del taller han creado un grupo de WhatsApp para acompañarse en este momento, en donde ella interviene muy poco, que los integrantes son los protagonistas y que ella sólo sube alguna canción ocasionalmente. Me cuenta que de esta forma continúan produciendo; se filman y lo comparten allí (...) reflexiona que el taller ha estado vigente desde que comenzó, hasta este momento en que el coronavirus ha aparecido, y que esto ha generado en los pacientes que atiende muchas tristezas, donde también aparece el temor por las dificultades económicas que se atraviesan y la dificultad de estar lejos de los afectos, de los abrazos... comenta que los efectos de esta situación no van a ser menores. (Entrevista núm. 3, 11/05/2020).

Llegada la semana siguiente, y luego de algunos mails para coordinar el momento de la entrevista, llegó el primer acercamiento con la Lic. B, coordinadora de mis prácticas. Recuerdo que dicho encuentro fue de lo más provechoso para mí, transcurrió de una manera muy animada, donde un tema iba llevando a otro y así por casi una hora y veinte. La Lic. B pudo contarme acerca de todo su recorrido por el hospital, el cual no había sido menor. Disfruté mucho oír la pasión con la que relataba su rol profesional, la dedicación que pone en cada paciente y la importancia que resaltaba al trabajo en equipo en las áreas donde se desenvolvía, al igual que la calidez en los tratos. También resaltó la importancia de la flexibilidad del encuadre y las intervenciones en los dispositivos hospitalarios, cuestión que

graficó con diversos ejemplos de lo más interesantes. Sentí que B disfrutaba de la coordinación de las prácticas y que me haría participar mucho del espacio. Ésta quedó en comunicarse conmigo para informarme acerca de las próximas entrevistas a realizar para continuar conociendo al equipo (lo cual hizo al día siguiente pasándome las fechas de entrevistas previstas a otras integrantes de la división) y para enviarme más material. Le agradecí muchísimo el tiempo y quedamos en seguir contacto.

Respecto al relato de la Lic. B, rescato algunas viñetas de su vivencia profesional en esta situación de pandemia:

Y en este momento hay internado un paciente joven, también con una crisis miasténica (...) por esta situación del co-vid, los familiares no pueden ir y tiene un horario de visitas muy restringido, por lo que yo no he podido ver a los familiares del paciente. Así que estoy trabajando directamente con él, pero si me urge tener una entrevista con la familia. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

“En el Instituto del Quemado sigue por protocolo que haya un familiar por paciente. Lo que ha cambiado en este momento, es que yo estoy yendo por pedido de interconsulta, por una cuestión de protección del paciente y mía” (Entrevista núm. 4, 19/05/2020).

A la semana siguiente, llegado el encuentro con la Lic. D, sentía que de a poco entendía el curso de estos primeros acercamientos. Comenzaba a dejar cada vez más el diseño de entrevista cerrada, ya que este me sesgaba de aspectos muy enriquecedores que los relatos de los profesionales tenían. El acercamiento con la Lic. fue encuadrándose bajo una modalidad abierta, donde la palabra de la psicóloga era la que iba trazando el camino de la entrevista. Esto me supuso un aspecto de interés, ya que me permitía no sólo atender a conocer sobre su trabajo, sino al deseo de la profesional en sus prácticas. La voz cálida y calmada de la entrevistada, narraba su paso por el hospital y contaba particularidades del trabajo con pacientes diabéticos y las implicancias psíquicas que tiene el enfermar en las distintas edades que atiende. Al finalizar la entrevista, D me consultó si estaba interesada en que me enviara algún material para profundizar lo charlado; a lo que le contesté que sí y que de ser posible luego de leerlo podría tener otra conversación para aclarar dudas y profundizar respecto a aquella lectura.

Lo narrado por la Lic. D también encontró espacios compartidos con la situación que estamos atravesando:

“Estamos en una situación delicada porque bueno, no es un momento de ponerse prejuicioso, sino de poder ver, en diferentes fracciones, a esta pandemia que nos está tocando atravesar” (Entrevista núm. 5, 26/05/2020).

Hacia finales de esa semana recibí un mail del Lic. A, en el que me informa que comenzaba su licencia pre jubilatoria y que no tendríamos la posibilidad de conocernos personalmente, pero que contaba con su número telefónico para continuar en contacto en caso de que así lo deseara. Me entristeció un poco esta noticia, lamentaba no poder conocer al jefe de la división por tantos años, ya que se notaba que su gestión había promovido grandes cambios en el ámbito de la salud mental de un hospital tan importante como este. También porque se notaba el gran clima de trabajo que se hacía plausible en las entrevistas de las profesionales en cuanto al respeto y libertad a la hora de trabajar. Por suerte su predisposición seguiría allí y el resto del equipo va a encontrarse presente si es que llego a tener la oportunidad de realizar la práctica de forma presencial. Le respondí el mail con un gran agradecimiento por la contención y el apoyo de la división en esta situación tan particular. Siento que comienzo a ver de forma más clara los efectos tan grandes que tendrá esta pandemia en mi año facultativo, y de a poco comienzo a mentalizarme en ir haciendo camino al andar en este contexto tan incierto.

Conocí a otras de las licenciadas que conforman el servicio. Fue una entrevista en la cual conocí acerca del área de nefrología y trasplante renal, áreas a las que se dedica, y disfruté con la franqueza que me relataba que no era un área fácil para los pacientes que ingresaban ya que el tratamiento en diálisis es muy desgastante, demandante y cambia por completo la vida de aquellas personas. La profesional me comenta que lo que más tienen que hacer en un seguimiento es que el paciente logre una adherencia al tratamiento, que al estar inmunodeprimido previo y pos trasplante, deben tomar muy bien la medicación para que el órgano donado no sea rechazado por el cuerpo del paciente. La licenciada también busca explicarme acerca de los cambios que estos pacientes habían tenido que atravesar durante la pandemia, donde más allá de ser factor de riesgo, debieron acudir siempre las tres veces por semana que lo hacen y pasar las cuatro horas que solían pasar conectados. Incluye en este relato que se preparó al hospital para que estos pacientes tuvieran el menor contacto posible con el resto de la institución y se tomaron medidas acordes para cuidar su salud. Algunas les

fueron difíciles de aceptar a estos pacientes ya que perdieron sus espacios grupales, espacios que para la licenciada eran muy valorados por ellos, como la sala de espera y el comedor. Ahora deben comer cada uno en su silla mientras se dializan, cuestión que no es muy cómoda, pero que de a poco han ido aceptando.

Respecto al ámbito de familiaridad que la licenciada me comenta en esta área, rescato un fragmento de una entrevista posterior a este primer encuentro:

Y así en diálisis antes de la pandemia, se festejaban una vez al mes los cumpleaños de los pacientes. Las enfermeras, todo pago por ellas, se organizaban y traían torta, sándwich de miga y gaseosa. Se festejaba, y además se los decoraba con pelucas, cosas de cotillón. (...) Así que eso también sucede. Es parte del saber que ellos no la pasan muy bien, y tratar de devolverles un poco toda la valentía y el esfuerzo que ponen en venir. En este momento está todo suspendido, pero bueno está también ese lado del servicio. (Entrevista núm. 14, 23/07/2020)

Llega la entrega de lo que sería el primer parcial de la Práctica Profesional Supervisada. El proceso de volcar todo lo recopilado, darle una forma, un orden y transformarlo en una primera entrega de lo que sería más adelante este Trabajo Integrador Final fue muy valioso, ya que me permitió resignificar lo transitado hasta este momento en este contexto tan particular. Y lo que parecían entrevistas sueltas y textos “para llenar el tiempo”, fueron volcándose en una reconstrucción de un proceso vivido que tomó forma de una práctica. Y fue así como en este proceso comencé a enfocarme en cómo las intervenciones del psicólogo en este ámbito dieron un giro drástico donde la innovación, ingenio y creatividad tuvieron que salir a la luz, tema que pienso enfocarme en seguir profundizando.

Otro ritmo en la práctica, un tiempo de búsqueda en ‘encausarla’ para que tome una forma:

Tuvo su llegada el receso académico, pero mi práctica se encontraba lejos de tomarse un descanso. Comencé a querer involucrarme todo lo que fuera posible en un nuevo aspecto en mi práctica: enfocarme en el conocer sobre este tiempo de pandemia y las intervenciones de los profesionales, eje elegido provisoriamente.

Pedí permiso a la Lic. B para seguir entrevistando por mi cuenta a las licenciadas con los que ya había tenido un primer acercamiento. Comencé a escuchar sobre los cambios atravesados por la situación actual, las transformaciones desde lo edilicio, lo profesional y personal de los miembros de la división. Fueron dos semanas de entrevistas casi todos los días. Aparecen nuevos profesionales a entrevistar, pero más que en la presentación, ya me aboco en escuchar a los mismos (que por primera vez lo hago) desde mi nueva perspectiva. En estas entrevistas noto cómo lo personal toma lugar, se cuellan las anécdotas personales, las experiencias en el consultorio privado... y en lo profesional se suma a las entrevistas la propuesta de la Lic. B de enviarme audios, mensajes, archivos de protocolos y fotos para entender mejor los cambios que la pandemia trajo al hospital y a la modalidad de trabajo. En esa recopilación había un seguimiento a través de decretos, mensajes con directivas, opiniones y sucesos significativos desde el 20 de marzo al día de la fecha; y que con las semanas que transcurren, la cronología se agranda con nuevos mensajes que me hace llegar la licenciada. Era mucha información que me serviría a modo de confeccionar una línea de tiempo de la pandemia en la División de Salud Mental. Estaba muy contenta con este aporte, lo siento muy útil para poder trabajar mejor lo descriptivo respecto a esta pandemia.

Las voces de los profesionales me permitían conocer cómo se estaba viviendo la situación de pandemia en las prácticas de los profesionales:

Por ahora, vamos a tomar nuestros recaudos, tanto en lo que es bioseguridad, como lo que es todo lo que implica el cuidado del paciente. Todo lo que sea grupal no lo vamos a retomar ahora, ni el taller de música, ni cirugía bariátrica, ninguno. (Llamado telefónico núm. 1, 08/06/2020)

Algunos de ellos manifestaban su preocupación por el distanciamiento con el hospital que estaban viviendo los pacientes:

Ellos extrañan mucho, algunos lo llevan mejor que otros, viste como esto, cada uno con su subjetividad... y bueno ahora se va a volver a abrir el turnero acá en el hospital, de a poquito, y como que vamos a empezar a atender de vuelta. A lo mejor de manera telefónica, pero van a poder, aunque sea de manera individual venir. (Entrevista núm. 7, 16/06/2020)

Yo propuse que cada profesional decidiera como lo hacía y a su vez cada paciente, porque no es lo mismo cada paciente... y hasta ahora se ha decidido seguir telefónicamente, pero con la flexibilidad de que, si hay algún paciente que necesita y viene con el barbijo, con el distanciamiento se lo puede atender de manera presencial. (Entrevista núm. 7, 16/06/2020)

Otros reflexionan acerca de algunos efectos que comienzan a vislumbrar respecto a esta contingencia:

Creo que la situación de pandemia ha cambiado bastante todo no, acá la gente viene con mucho temor y se va con un poco de temor también, el hecho de entrar a un nosocomio como este asusta un poco, y te preguntan (...) y es difícil para nosotros que trabajamos con el vínculo y que esto sea abrupto. (Entrevista núm. 9, 25/06/2020)

¿Se puede perturbar la defensa al teléfono? Bueno, eso es lo que estamos ahora investigando. Y como te digo yo, no es momento de decir, “sí se puede” “no se puede”. Veamos que pasa en los tratamientos, veamos cómo evolucionan... en lo personal, muchos pacientes míos están trabajando re bien al teléfono. De hecho, pudieron decir cosas que de modo cara a cara no me lo habían dicho nunca. Eso es un dato, no menor. (Entrevista núm. 13, 16/07/2020)

Un tiempo de pausa activa, de cierta espera... para asimilar y repreguntar:

Luego un período con entrevistas casi todos los días de la semana, y de un poco de saturación por tanta información, ya no sabía qué preguntar en mis encuentros; lo que trajo un tiempo casi sin entrevistas. Una pausa para pensar qué seguir preguntando, tiempo para

retranscribir, ver el material y ordenar lo recolectado. Continué con algunas entrevistas pautadas, y luego de esta pausa me propuse retomar de a poco otro ritmo, donde la propuesta principal era hacia la jefa de la división, a quien le proponía realizar un “parte” semanal, como un modo de ponerme en sintonía en cómo suceden los días y las semanas en el espacio, sin otro objetivo específico como en un tiempo anterior. Simplemente que la Lic. B pudiera contarme las novedades de cada semana. Estas llamadas me empezaron a permitir ver lo complejo de la interdisciplina, las directivas, las interconsultas y los casos dentro del hospital. Y en estas llamadas aparecen casos, y seguimientos de éstos, que se retoman semana a semana. Esta actividad me permite entender la complejidad dentro del trabajo institucional y que hay muchas cuestiones a la que se deben atender, todas muy diversas entre sí: desde directivas del hospital, hasta cuestiones respecto al trabajo dentro de la división, propuestas acerca del clima de trabajo, etc.

De a poco aparecen, junto al parte, actividades nuevas: conversatorios y conferencias. Esto me permitió ver por primera vez pacientes y escucharlos en primera persona, me permitió conocer otros discursos. Una de estas actividades fue un conversatorio organizado por el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (ECODAIC). Fue una experiencia muy distinta a las que venía teniendo respecto a mis prácticas virtuales; aquí pude ver el lado de los pacientes, sus familiares, sus inquietudes y consultas sin intermediarios. Un médico infectólogo fue quien llevó adelante el conversatorio, con el objetivo de aclarar las dudas de los pacientes trasplantados en tiempos de Covid-19. Disfruté mucho el encuentro y me gustó mucho saber que se estaban creando estos espacios para aquellas personas que tienen mayores preocupaciones debido a sus estados de salud. Me interesa destacar la voz de algunos pacientes a través de mis registros de la actividad:

Respecto a la ronda de preguntas, comenzó un hombre de mediana edad que consultó si había que aumentar algún cuidado extra en la higiene a las medidas que ya conocen por ser trasplantados. Ante esta pregunta el infectólogo respondió que las medidas accesorias remiten a ser las mismas que para el resto de la población, y que estas son muy importantes: lavado frecuente de manos, el uso de tapabocas bien colocado (tapando también nariz), mantener la distancia social y el intentar quedarse en casa. (Registro ECODAIC, 28/07/2020)

Una madre pregunta sobre el tratamiento de su hija trasplantada, la cual está suspendiendo el control de su hija porque no pueden ir al pueblo más cercano para hacérselo por la gran cantidad de casos positivos de covid-19

en él. Ante esta pregunta, el médico le contesta que su hija y ella deben tomar los recaudos, pero deben ir a hacerlo, ya que los controles de seguimiento son muy importantes para el control de la medicación. Ante esta consulta, la responsable del área social de ECODAIC, interviene sugiriendo el Hospital Córdoba, como institución que conoce a la paciente y como un lugar seguro para que vaya a realizarse los controles. Esta cuestión queda abierta a que se resuelva en el corto plazo. (Registro ECODAIC, 28/07/2020)

El comienzo del segundo semestre fue un momento de confirmaciones difíciles de asimilar, esperaba ansiosamente porque sabía que tendría un panorama un poco más claro respecto a cómo seguiría la práctica. Por cómo estaba toda la situación de pandemia sabía que era muy poco probable que pudiéramos ir presencialmente a las instituciones, pero algo de esperanza guardaba y esperaba que se nos pudiera decir algo al respecto. Sabía que era un “secreto a voces” que no volveríamos, pero nadie nos lo confirmaba. También sabía que la cátedra estaba igual de desorientada en esta situación como nosotros, pero me aferraba a que fueran ellos quienes pudieran darme una respuesta de la cual apoyarme para asimilar este momento. Y la negativa de que fuera factible poder asistir a las instituciones, (y en mi caso de menor probabilidad por ser una institución de salud) era lo que necesitaba escuchar. Más allá de interiormente saberlo, algo de esta afirmación me angustió, me hizo confirmar lo que no quería confirmar y no pude evitar entristecerme mucho después de esa respuesta. Pero también necesitaba de esa confirmación para comenzar a mentalizarme de que así serían estos últimos meses, para posicionarme desde otro lugar, y hacer de mi práctica virtual algo completo y no parcial a la espera de la presencialidad.

#### Un tiempo de urgencia que atravesar, acompañar:

Comienzo a adentrarme en un nuevo tiempo en el hospital y en un acontecimiento que sin dudas tiene efecto en mi práctica. Un momento de urgencia en la división, los casos de covid-19 en el hospital (hospital designado como “blanco”) generan nuevos cambios a raíz de una situación impensada en este plazo de la pandemia en la institución. El día que se me avisa de la noticia me comuniqué con la Lic. B para saber cómo estaba todo en la división, a lo que



me comentó las últimas medidas y me reenvió mensajes de las decisiones y protocolos aplicados en el hospital. Se cerraron los consultorios externos, no se harían interconsultas en los pisos a no ser que sea urgente y estaban en aislamiento preventivo tres psicólogos de la división. Al día siguiente me continuó enviando novedades y noticias sobre el hospital en este momento, y así nos fuimos comunicando hasta el día en que llegó el parte semanal, con todo el relato de aquellos sucesos de manera completa.

Este tiempo continuó acompañando mi hacer pre profesional y a al hacer de los profesionales en el hospital en la totalidad del año, ya que desde agosto el coronavirus se había asentado en la institución en forma de pequeños brotes, contagio de profesionales, contactos estrechos, aislamientos... la división comenzó a hacerse cada día más flexible y creativa frente a los obstáculos que este virus le suponía; creándose nuevas modalidades de guardias, formas de atención y redistribuciones de los espacios. Mi práctica también se reinventa ante las urgencias que los profesionales deben abordar, por lo que cada semana mis actividades mutan y toman una forma compatible a los tiempos de la institución. Las semanas menos complicadas en cuanto a las restricciones dentro del hospital me han permitido continuar con entrevistas a los profesionales e inclusive nuevas actividades vía videollamada (junto con una de las licenciadas donde pude presenciar entrevistas de valoración pre trasplante, lo cual viví con un entusiasmo inmenso). Otras, cuando la división cuenta con poco personal o las actividades de los profesionales se encuentran muy restringidas, sostengo el parte semanal y pienso modos de continuar en contacto. El pedido de bibliografía a algunas licenciadas ha sido un modo de continuar vinculándome con las actividades de las profesionales y un espacio muy interesante de aprendizaje e intercambio de novedades semanales. Así, en pequeñas ideas tanto propias como de los profesionales, es que surgen nuevas actividades y modos de seguir conociendo acerca del hacer de la división, acompañándonos en cierto modo, en este tiempo crítico, complejo y que ya puede hacerse ver en expresiones de cansancio y un poco de desmotivación por momentos... pero donde continúa el hacer, traccionando en pos de un deseo que todos comparten y me expresan en cada despedida de las entrevistas y llamados: la necesidad de continuar acompañando a sus pacientes en este difícil momento.

### *Lo que vendrá*

Respecto a este tiempo aún no tengo mucho que decir de manera segura, y dudo que alguien lo tenga. Pero puedo aferrarme a aquellos anhelos, deseos y esperanza que se buscan transmitir en los encuentros, en el intercambio de ánimos y en las adaptaciones que se afrontan con energía y predisposición. Sabemos que este tiempo de pandemia, tan ajeno, en algún momento pasará, pero aquel futuro no podrá olvidarse de los efectos de lo que será el pasado. Mientras tanto, intento recolectar retazos de las esperanzas que se me transmiten, así como las que me transmito a mí misma, y sin dudas que cuando este momento llegue, la creatividad para hacerle frente a los cambios, que nos ha venido ayudando al día de hoy, nos posibilitará un mundo de oportunidades mañana si nos animamos a trabajar con ella de una manera artesanal: caso por caso, práctica por práctica, intervención por intervención.

Hubo un primer tiempo respecto a este futuro especulado, donde los relatos de los profesionales me acompañaban en este período de práctica virtual como un momento pasajero; donde luego la institución me recibiría y podría conocer en primera persona lo que aquellos relatos narran:

Ojalá puedas ir conociendo de a poco, y no hay mal que por bien no venga, porque te digo que ingresar en una institución no es fácil tampoco, y así estas teniendo un tiempo de investigar, de conocer... así que está bueno que te haya pasado esto en ese sentido, así en este tiempo podés irte fortaleciendo y viendo en qué áreas te gustaría enfocarte más cuando ingreses. (Entrevista núm. 5, 26/05/2020)

Es maravilloso cuando logras trascender la disciplina, es muy lindo... y ojalá Agus, si vas a tener ganas de hacer tu práctica en el hospital, y si las condiciones se dan y te dejan se pueden hacer muchas cosas. Somos muchos los que estamos dispuestos a acompañarte, a estar con vos... y creo que vas a poder formar parte de esto (...) Y te vas a enamorar del hospital, te vas a enamorar de la actividad hospitalaria. Es maravilloso poder trabajar en equipo. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

Aquel tiempo fue transformándose, y el panorama que iba viviéndose con el paso del tiempo hizo que ese futuro no sea ya nombrado, debido a que la incertidumbre de la pandemia nos continuaba sorprendiendo día a día con sus insistencias, y en este caso la posibilidad de presencialidad quedó detenida. Así es como mi práctica no ha sido solamente asimilada en la virtualidad por mí, sino también por los profesionales, que continuaron buscando los modos de hacerme sentir presente en la institución, reinventando sus modalidades al igual que lo hice yo.

De este modo, los profesionales alientan mi práctica de principio a fin desde la virtualidad:

“Agus, contame después que te pareció la charla. Rescato que hayas podido escuchar a las familias de los pacientes con sus inquietudes. Abrazo grande y hasta el próximo encuentro virtual que hagamos” (Mensaje telefónico luego de la participación en un conversatorio, 28/07/2020).

“¡Listo! ¡Hoy estuviste en la junta!” (Mensaje telefónico luego de haber presenciado la modalidad de trabajo en la Junta de Discapacidad a través de videos enviados, 31/08/2020).

Las despedidas a modo de cierre de mi práctica se encontraron teñidas de calidez y buenos deseos; en todas destacándose el anhelo de poder conocernos en algún momento de manera presencial. Las invitaciones a la división cuando esta situación pasara se repetían en cada último encuentro, y mis ganas de que ese momento pueda llegar a concretarse continúan igual de vigentes desde el comienzo de esta experiencia tan singular. No deja de impresionarme la forma en que puede generarse un vínculo a la distancia, y que, más allá de la falta de presencialidad, uno puede palpar ciertos aspectos de las personas a través de sostener, como fue en este caso, encuentros en la virtualidad. Redacto unas palabras de despedida para todos los referentes que hicieron de mi práctica posible con su acompañamiento, y las respuestas de cariño me emocionan y reconfortan. La práctica fue posible de ser realizada, la experiencia que continúo transitando será inolvidable, y los aprendizajes construidos espero me nutran para mi próximo *‘lo que vendrá’*: mi futuro profesional.

## 8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

### 8.2.1 CAMBIOS Y CONTINUIDADES

*¿Qué cambios se atribuyen al paso del tiempo y a su transcurso 'esperable', y cuáles irrumpen sin previo aviso y ponen a prueba la capacidad de afrontamiento o búsqueda de alternativas dentro de la División de Salud Mental?*

A modo de comenzar este apartado que supone el análisis de la experiencia transitada, se presentan aquí superposiciones de temporalidades, sucesos y situaciones que se entrelazan, ya que, no es sencillo encontrar la manera de intentar comprender lo vivido en esta División de Salud Mental, a partir de que la pandemia irrumpe en los modos hasta ese entonces usuales de atención.

Cabe destacar aquí la importancia de la temporalidad, del tiempo y sus significados para analizar aquello que transcurrió en el servicio cuando la pandemia acontece y se asienta en este espacio. Es inevitable comenzar este análisis desde ciertos interrogantes: *¿Cómo incide esta temporalidad que impone la pandemia en las prácticas de salud mental? ¿Cómo puede pensarse este tiempo singular de pandemia en la división de salud mental? ¿Qué cambios en el funcionamiento de la división son atribuibles a esta contingencia mundial y cuáles son propios de la temporalidad interna del servicio? ¿En qué aspectos se superponen?*

Comenzando con una breve explicación que da cuenta de la complejidad del tiempo como concepto, retomo las ideas expuestas por Pagés Blanch & Fernández (2010), quienes afirman que éste sólo puede ser comprendido desde una mirada amplia y transdisciplinar. Estos autores dan cuenta de que cada época ha dado un significado diferente al tiempo, y que cada cultura vive la temporalidad desde la diversidad; por lo que no existe una única percepción del tiempo, sino una gran diversidad de experiencias y de representaciones. En palabras de los mismos:

El tiempo está presente en nuestra vida, una vida organizada alrededor de un reloj, los horarios y el calendario. El tiempo está presente en nuestro lenguaje y nuestras actividades: esperamos, desesperamos, hacemos tiempo, perdemos, recortamos, alargamos (...) el tiempo pasa rápido y lento, se acelera o, incluso, ¿se detiene? El tiempo es historia, la nuestra y la de todas las personas, es pasado colectivo, es interrelación de pasado, presente y futuro. (p.282)

¿Cómo sabemos del tiempo? Es una pregunta atinada para comenzar a dar lugar a este análisis de la temporalidad en la División de Salud Mental. Pagés Blanch & Fernández (2010) proponen que nuestra conciencia sobre que el tiempo transcurre se debe a los cambios que como sujetos observamos tanto en nosotros mismos, como en nuestro alrededor. Es necesario destacar dentro de la percepción del transcurso del tiempo, la importancia de la relación entre la continuidad y el cambio. El concepto de cambio se vincula con el de continuidad. En cualquier realidad existen cambios y continuidades, y su relación es dialéctica: sin cambios no pueden rescatarse las continuidades, y sin la permanencia, los acontecimientos que la irrumpen no podrían ser registrados como cambios; así como ambos conceptos generan nuevos estadios de temporalidad.

A su vez, ingresa aquí otro concepto indisoluble al tiempo: el espacio. Tiempo y espacio no se pueden separar, ya que cada territorio y lugar acumulan elementos que nos permiten dar cuenta de las transiciones y las rupturas. Así es como el tiempo es irreversible e inseparable del espacio, ya que, solamente en el terreno de lo físico es que podemos vislumbrar los cambios. A su vez, el tiempo es relativo, y esto se debe a las diferencias de percepción y representación que cada persona y cultura tiene. Acerca de la relatividad del tiempo, los autores mencionan:

La dificultad de la comprensión del tiempo está relacionada con la gran cantidad de significados que tiene. Su significado es distinto si, por ejemplo, lo aplicamos a la ciencia – se habla de tiempo físico o biológico-, a las ciencias religiosas –la inmortalidad o la eternidad del tiempo-, o en el campo de la experiencia de tiempo personal o social (nunca tenemos tiempo para realizar todo aquello que queremos realizar). En nuestro pensamiento diferenciamos también un tiempo finito o infinito, cíclico o lineal, objetivo o subjetivo. (Pagés Blanch & Fernández, 2010, p. 292)

Como último aporte de estos autores, es fundamental destacar aquí que, la temporalidad humana, incluye tres conceptos de amplio significado: pasado, presente y futuro. El estudio del pasado involucra elementos de la memoria individual, de recuerdos, así

como de la memoria colectiva o de la memoria histórica. Por otro lado, el presente es un fragmento temporal, un nexo de unión, entre lo que ya ha sido (el pasado) y lo que será, lo que está por llegar: el futuro (Pagés Blanch & Fernández, 2010). Las temporalidades analizadas desde la División de Salud Mental tendrán estos conceptos en interrelación constantemente, buscando poder enlazarlos a su vez, con lógicas aún más desafiantes que no se valen del tiempo cronológico para su organización. Explicaré esto más adelante.

Ya que el comienzo de la práctica profesional supervisada tiene lugar cuando la pandemia por coronavirus ya ha sido declarada, puedo acceder a la temporalidad previa al suceso a partir de preguntas tendientes a querer entender cómo era el funcionamiento de la división antes de la pandemia; apuntando a conocer ciertas regularidades en los modos de composición del servicio así como también a su accionar. Para ilustrar lo mencionado en apartados anteriores, respecto a la reconstrucción del funcionamiento de la división previo a la llegada del Covid-19, destaco una breve viñeta en pos de ilustrar aquella temporalidad:

En cuanto a la atención institucional contamos con un equipo conformado por diez psicólogos, dos psiquiatras y dos médicos en la sala y la parte asistencial ambulatoria (...) Hay 23 servicios, y con ellos interactuamos a través de la interconsulta médico-psicológica. Algunos servicios se atienden por demanda explícita del médico, y otros por el sistema (...) Por otro lado está la parte ambulatoria, donde hay consultorios de todas las variedades: individual, familiar, social, pareja... (...) En la división hay una gran mezcla de enfoques y formaciones. Hay quienes se posicionan desde la sistémica, otros desde la Gestalt, desde el psicoanálisis lacaniano, y también neurobiología. (Entrevista núm. 1, 20/04/2020)

En lo recopilado anteriormente se presentan algunas características hasta ese entonces poco variables del espacio y la modalidad de atención de la División de Salud Mental. Dos modalidades principales de atención (consultorios externos e interconsultas), diversos dispositivos tendientes a la atención tanto individual (psicoterapia presencial) y grupal (psicoterapia grupal y talleres); y múltiples enfoques teóricos a la hora de intervenir como profesionales. Esta viñeta da cuenta de cómo se encontraba compuesta la división tanto espacialmente como dinámicamente en cuanto a abordajes de atención y enfoques teóricos. Pero este retazo que grafica un tiempo de la división de salud mental sufrió modificaciones radicales y hasta entonces inéditas de la noche a la mañana: *¿Qué ocurrió con la llegada de la pandemia?*

El proceso de recuperación de lo vivido retratado en el apartado anterior, permite vislumbrar lo acontecido en la institución a partir de la irrupción de la pandemia por Covid-19. Dicho proceso fue elaborado desde una temporalidad ordenada, secuenciada a lo largo de los meses de práctica. Donde se entrelazan, tanto situaciones de cambios constantes para los profesionales de la división, como algunas rutinas o modos de accionar que permanecen o se van perpetuando a medida que la pandemia continúa asentándose. En aquel entramado diverso, la lógica que acompaña aquella construcción corresponde al *chronos*, aquel tiempo lineal, medible y objetivo. Tomando a Stern (2012), el *chronos* es definido como aquel tiempo entendido científicamente y objetivamente, caracterizándose por ser lineal e irrevocable.

Este tiempo permitió acompañar y transitar los cambios y continuidades registrados en aquel espacio sin cuestionamientos, promoviendo el orden y claridad en una situación de tantas irrupciones y crisis. Es un tiempo válido y necesario para pensar el proceso vivido, pero dista de ser el único y el más oportuno a la hora de tener que analizar lo acontecido de la manera más fidedigna posible. Es difícil intentar pensar en el desorden, en lo inesperado, en lo cambiante; y por ello el orden, la secuencia y la cronología aparecen. Pero lograr trascender aquella invención humana, para pensar el tiempo lo más ‘humanamente’ posible es un verdadero desafío. Se introduce aquí una lógica paralela: el *kairos*, como un tiempo cíclico, un tiempo que puede volver sobre sí mismo permitiendo que los significados cambien y crezcan, y un tiempo humano, que brinda a la vida su vitalidad. Desde Stern (2012):

Necesitamos el *kairos* para que crezcan los nuevos significados. Necesitamos el *kairos* para que la vida parezca vital. En el *kairos*, retornamos a nuestras historias de un modo que es cíclico y no lineal, y a veces también espacioso, interminable y oceánico. (p.3)

Para pensar desde el *kairos*, se debe tener en cuenta el vínculo entre el pasado y el presente, donde el pasado se convierte en un recurso inconsciente para la creación de significado presente. Así, Stern sostiene que el pasado le presta algo al presente; y el presente, al estar vinculado con el pasado, puede mantener vivo el crecimiento y desarrollo inconsciente y continuado de nuestras historias. Es en esta lógica que la vida de la mente permanece viva y fluyendo. Por lo que aquí este autor resalta la importancia de que este proceso requiere tanto del pasado como del presente, para que el mismo pueda ser moldeable y plástico, siendo éstas características que lo componen.

Para pensar una experiencia desde la subjetividad, Stern (2012) sostiene que, la experiencia debe poder moverse libremente entre el pasado, el presente y el futuro, para que en ella pueda producirse un nuevo significado desde la lógica *kairos*. Es por esto, que el principal desafío de este análisis, apunta a lograr trascender el tiempo cronológico por uno que rescate fielmente la experiencia vivenciada y construida. Una línea del tiempo regida por un orden cronológico permitiría ver, de comienzo a fin, los cambios y continuidades durante el transcurso del año 2020. Dicha línea comenzaría en una fecha puntual, el comienzo de la práctica o de la pandemia, y proseguiría con la sucesión de días o meses que transcurrieron, junto con los hechos relevantes para luego analizar todo el esquema. Pero el análisis propuesto buscará pensar lo acontecido en devenir, en una lógica que pueda ser reflejo de las singularidades que transitaron aquellos cambios y permanencias, de aquello que se recuerda, de aquello que se espera y de aquello que se afronta; todo en simultáneo, como es verdaderamente sentido el tiempo desde cada sujeto.

A partir del material recopilado, una línea del tiempo trazada desde el *kairos* podría pensarse de la siguiente manera:

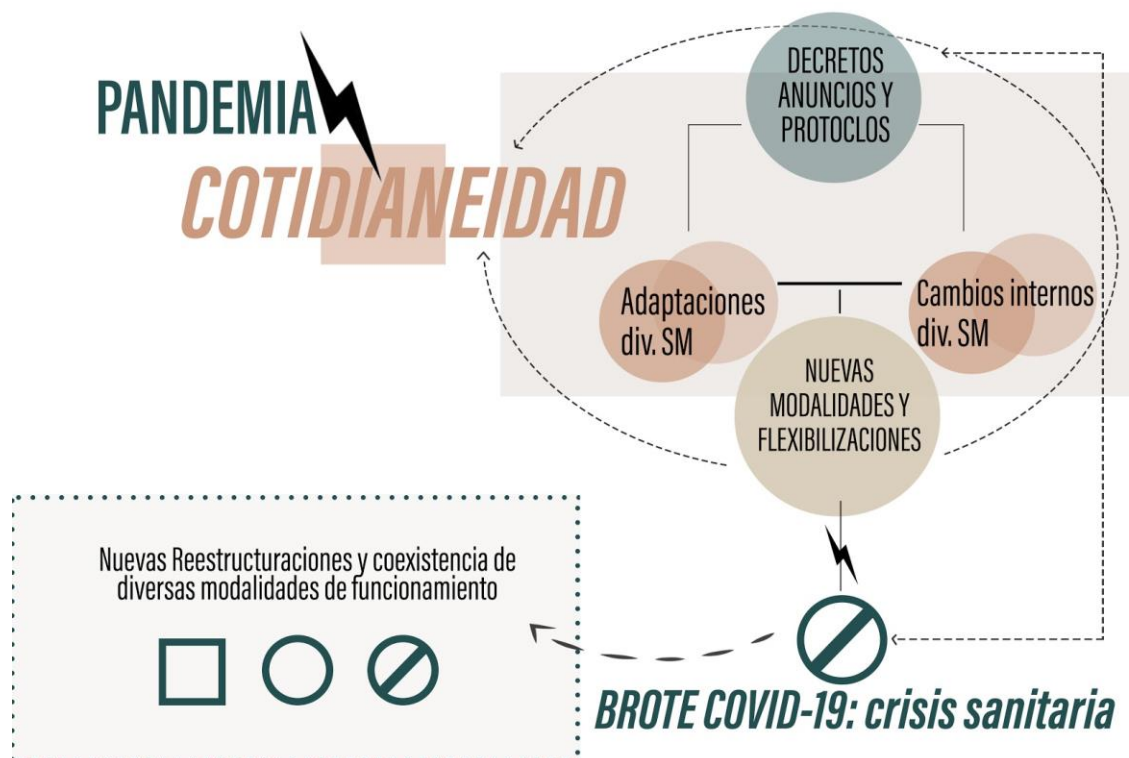


Ilustración 1: línea del tiempo desde el *kairos*



Con la finalidad de que esta temporalidad propuesta desde la lógica del kairos pueda transmitir su valioso sentido, y su esencia logre resonar en cada lector, se desarrollará una breve explicación de los tiempos que la componen (cada uno singular e interrelacionado con el resto) y lo que en éstos pudo acontecer desde lo transitado por el equipo de salud mental de este hospital.

### Anuncios, directivas y protocolos

La temporalidad de la división recreada a partir de lo recopilado muestra un tiempo de funcionamiento habitual, retratado por lo narrado por los profesionales como aquel tiempo sin pandemia por Covid-19. A partir de las medidas impuestas a nivel nacional y provincial surge un nuevo tiempo en la División de Salud Mental.

Este tipo de cambio fue el más abrupto, el más sentido y enunciado por la división, quizás también por su imprevisibilidad y carácter de urgencia. De repente llegaron disposiciones, órdenes que indican medidas a tomar de cumplimiento inmediato; lo cual no facilitaba un tiempo para su asimilación. La sucesión de cambios a partir de las directivas han ido variando a lo largo del tiempo, siendo aquí la situación de pandemia en el país y en la provincia el determinante principal en este nivel de variabilidad. Para analizar este tiempo dentro de la división, es necesario introducir el concepto de urgencia y sus dinámicas como elemento primordial a la hora de poder situarnos en un período de la institución donde nunca antes se había vivido una situación tal. Desde los aportes de Delgado (2005), la urgencia se presenta situada como un padecimiento carente de trama alguna, con la cuestión del tiempo. El autor da cuenta de dos elementos principales que componen dicho término, siendo uno de éstos la cuestión de un padecimiento sin velo, sin trama; mientras que por otro lado toma lugar la cuestión del tiempo, primando aquí la dimensión del apremio y de la prisa. Para Belaga (2005), la característica principal de la urgencia está relacionada a su carácter de exigencia de solución del conflicto, en sus diversas facetas (tanto social, como familiar e individual) y de que, esta solución sea inmediata. En tal sentido, “la exigencia de solución del

conflicto que se pone en juego en la urgencia es buscar la restitución de la salud, de la capacidad para afrontar el contexto de vida en el que cada sujeto está sumergido” (p.17).

Acerca de este tiempo de directivas, los profesionales ubican el dictamen nacional acerca del comienzo del ‘aislamiento social preventivo y obligatorio’ como la medida determinante que acompañó el seguimiento de disposiciones reestructuraciones en la división. En ese momento, primó un clima de acatar rápidamente las disposiciones brindadas, sin tener siquiera tiempo de dimensionar que las medidas a tomar nunca se habían tomado antes en los setenta años del hospital.

A nivel gubernamental provincial, la institución fue proclamada ‘hospital blanco’, por su carácter de hospital de alta complejidad, por lo que no se derivarían pacientes con sospecha o efectivamente contagiados con la Covid-19; siendo exclusiva la atención de pacientes con todas las patologías restantes y previas a esta nueva enfermedad. Igualmente fue establecido un área de la institución para el armado de un ‘consultorio de febriles’, espacio designado para los casos sospechosos de portar el coronavirus, donde en el caso de encontrarse casos positivos, se procedía a su posterior derivación a los hospitales designados para la atención de dicha afección. En la División de Salud Mental, el Ministerio de Salud Provincial, brindó dos líneas telefónicas para que las mismas pudieran ser utilizadas por los profesionales desde los consultorios. Esta fue una medida adoptada para garantizar la asistencia remota debido a los cierres de los consultorios externos de la división. Los profesionales explican que antes de la pandemia se contaba en la división con una línea telefónica interna para la comunicación intrahospitalaria, y que, a partir de este suceso se les ha brindado dos líneas externas nuevas, para ajustar el dispositivo en horarios de atención para continuar las psicoterapias individuales. Bajo esta modalidad de atención telefónica las terapias de grupos debieron suspenderse.

Desde la institución, se determinó el cierre de los consultorios externos bajo la modalidad presencial, y la asistencia bajo la modalidad de interconsultas quedó relegada a los pedidos de los servicios bajo carácter de urgencia. A partir de estas medidas, la división implementó la modalidad de teleasistencia con los pacientes del sector ambulatorio, y en los casos de asistencia de algún paciente que ya se encontraba en tratamiento a los consultorios (a pedir una receta por ejemplo) la medida adoptada fue la atención del paciente bajo los protocolos sanitarios. En cuanto a las nuevas demandas, tanto el turnero como los consultorios se encontraron cerrados durante los primeros meses de la pandemia. A partir

de la directiva desde el Ministerio de Salud de reducir la circulación de personal dentro del hospital, la división resolvió el pedido a partir del diseño de un cronograma de guardias de doce horas una vez por semana (de lunes a lunes de 8hs a 20hs), donde asistieron dos profesionales junto con el jefe de la división, quien acudía todos los días laborables de la semana. Los sábados y domingos fueron cubiertos bajo la modalidad de guardias pasivas, sin presencia física de la división salvo que se les fuera demandado.

Para pensar el carácter de ‘urgencia’ desde la división, como determinante exclusivo en la atención de pacientes de manera presencial, la misma debe ser analizada desde su caracterización clínica. Tomando nuevamente los aportes de Delgado (2005), la misma se presenta descriptivamente como desborde, verborragia, como desesperación o también como un mutismo inmovible. El autor agrega aquí que la urgencia “puede también tener el carácter de una impulsión con todos los riesgos que implica tanto para sí mismo como para otros. Implica la dimensión de un acontecimiento que tiene el carácter de algo abrupto para el equilibrio psíquico del sujeto” (p.79). A partir de las entrevistas brindadas por el equipo que conforma la División de Salud Mental, puede darse cuenta de que este último elemento que compone a la urgencia en un caso clínico, respecto al riesgo inminente que pueda representar tanto para sí como para terceros, fue el indicador principal a la hora de determinar el carácter de inmediatez en las intervenciones y de la atención presencial que brindaron en este período de restricciones.

Respecto al área de interconsultas, sumado a las limitaciones de circulación del personal de salud mental (a excepción de aquello que ingresara en la categoría recientemente analizada como ‘urgencias’), las medidas más radicales y con incidencias en los pacientes se encontraron vinculadas a la prohibición de visitas en algunos servicios, o en el horario y concurrencia restrictiva de familiares en otros. A excepción del Instituto del Quemado, donde por protocolo continuó rigiendo la presencia de un familiar en el piso, los profesionales destacaron dentro de las medidas que más afectaron a los pacientes el no contar con la presencia de sus familiares durante el período de internación. Encontrarse en una situación de pandemia, inédita en estas escalas de prohibiciones, encontró a muchos pacientes y familiares con temor y angustia, no sólo por el elemento de afección de salud o situación de internación que de por sí estaban viviendo, sino por el carácter de peligrosidad que la Covid-19 supuso en todos los ámbitos de la vida, aún más en ámbitos como el hospitalario. Por lo tanto, diversas angustias se vieron aquí presentes ante las estrictas restricciones y prohibiciones respecto a los horarios de visitas, donde algunos pacientes percibían la pandemia desde el sentimiento de

soledad que supuso no ver a sus familiares. Ante esta demanda percibida por el equipo de salud mental en algunos servicios, algunos profesionales buscaron promover el recurso de la videollamada para conectar a los pacientes con sus familias, intentando abordar y atenuar así el sentimiento de angustia y soledad percibido en este tiempo.

### Adaptaciones a las medidas y anhelo de la ‘normalidad’

*“Así que bueno, vamos a ver como lo retomamos ahora... pero ya te digo, que nos va marcando el caminito es el coronavirus” (Entrevista núm. 7, 08/06/2020).*

Surge en este tiempo un período de prueba, de intentos por implementar las medidas impuestas en pos de la salud colectiva dentro de la división, de un modo en el que se busca la mayor aproximación posible a aquella ‘cotidianeidad’ perdida y tan esperada por ser retomada. Se proponen diferentes modalidades de asistencia profesional, y a medida que el tiempo cronológico transcurre, se superponen lógicas ligadas al deseo de volver a aquel pasado concebido como “normalidad”, mientras que también comienza a vislumbrarse en los profesionales de la división que la realidad y los cambios impuestos por el coronavirus continuarán de manera indefinida. Transcurre aquí contemporáneo a este tiempo forzado por la Covid-19, un tiempo de cambios internos de la división superpuestos a la pandemia que repercuten dentro de la misma y se mixturán con los efectos de este acontecimiento.

Respecto a este período de adaptaciones y apropiaciones de las nuevas modalidades de funcionamiento dentro de la división de salud mental, se denotan en el equipo de salud puntos en común a partir de la llegada de la pandemia que difícilmente cambiarían en este corto plazo. La suspensión de los talleres y psicoterapias grupales ingresa en el discurso de los profesionales como modalidades de trabajo que no podrían ser sostenidas, al menos en este tiempo, por la complejidad que supone pensar una atención tanto virtual como presencial desde la grupalidad en un momento de tantos ajustes. En su reflexión, el equipo coincide en la dificultad actual que impide pensar una planificación alternativa para el retorno de la atención grupal; principalmente debido a la multiplicidad de cuestiones a las que los profesionales

deben considerar en este momento, respecto a la bioseguridad y cuidado del paciente individual. La evitación del conglomeramiento en el piso, el mantenimiento de la distancia social entre ellos como profesionales y con los pacientes en un mismo consultorio, son algunas cuestiones que hoy se presentan como prioritarias en este espacio, y conllevan a una coincidencia común: el que no se encuentran dadas las condiciones en este momento para que la terapéutica grupal pueda ser reanudada.

Pero me parece que lo del taller de música no sé hasta dónde, por lo menos este año lo veo difícil que retomen en algún momento. Porque además son pacientes vulnerables, son pacientes que tienen enfermedades, muchos de ellos han llegado a los sesenta o tienen más, entonces exponerlos a venir a un hospital de manera grupal lo veo difícil. Así que no sé hasta dónde va a ser posible la continuidad... (Entrevista núm. 8, 16/06/2020)

Bajo esta temporalidad comienza a vislumbrarse en el discurso del equipo de salud la esperanza de que esta situación de pandemia comenzará a mejorar, siendo posible que en el corto plazo, algunas cuestiones respecto al funcionamiento pasado retomen, ahora que el ‘aislamiento social, preventivo y obligatorio’ pareciera abrirse cada vez más. Esto es acompañado con ciertas flexibilizaciones dentro de la división respecto al retorno gradual de la presencialidad, la disposición de los horarios de trabajo y las intervenciones en otros servicios bajo la modalidad de interconsulta. Acerca de los horarios de trabajo del personal de salud mental, los profesionales dan cuenta de cómo se ha pasado a otro estadio respecto a las guardias que realizaban, siendo en este tiempo reestructuradas bajo un encuadre más flexible. Aquí algunos miembros del equipo de salud relatan la transición de la guardia activa sólo una vez por semana, a encontrarse ahora cumpliendo la cantidad de horas correspondiente de cada profesional, sin dejar de lado el intento de no generar un conglomerado de profesionales; por lo que se ha implementado la modalidad de guardia de doce horas, día y medio o dos cada uno en la semana, y el cumplimiento de una guardia pasiva rotativa entre los profesionales por si llegase a ser necesario. Dentro de este nuevo esquema de trabajo, surge también un híbrido de modalidades en cuanto algunos profesionales que, debido a cuestiones personales, optan por seguir acudiendo todos los días ya sea por la mañana o por la tarde; donde el esperado retorno al trabajo de la manera más habitual posible se hace presente en el porqué de esta elección.

(...) algunos han elegido la opción de hacer guardias dos días de doce horas, en mi caso personal, porque tengo consultorio dos días a la tarde, yo elegí venir todas las mañanas. Prefiero venir todos los días a la mañana. Así que bueno, vamos de a poquito como tratando de retomar el comienzo a la normalidad, todavía nuestros hijos no van a la escuela... o sea, la situación no es normal, pero vamos tratando. (Entrevista núm. 7, 08/06/2020)

Dada la situación de apertura en cuanto a la ‘cuarentena’ y el panorama favorable respecto a la situación epidémica del hospital (el cual no presenta casos positivos en su interior), comienzan nuevas flexibilizaciones respecto a las medidas de bioseguridad, comenzado con ellas la reapertura de las agendas para cargar nuevos pacientes al sistema y atenderlos bajo la modalidad presencial quienes lo soliciten. A la espera de ello, los profesionales comienzan a prepararse y analizar cómo serán retomadas actividades como ésta; donde se vislumbran propuestas graduales, de comenzar de forma paulatina. En primer lugar ellos mismos poder sacarle turno a sus pacientes que ya se encuentran en tratamiento, para que luego vuelvan a ser ellos mismos quien lo hagan. También se observa un marcado hincapié de que al presentarse esta situación deberán reforzarse y repensar las prácticas tendientes a la bioseguridad, en pos de proteger la institución de contagios internos al igual que la salud del paciente.

Se complementa a esta reapertura de agenda y asistencia presencial, el sostenimiento de la modalidad telefónica con aquellos pacientes que se pueda continuar. Rescatándose aquí la buena respuesta por parte de muchos pacientes ante la teleasistencia, y se comparte la idea de incluirla por tiempo indefinido a pesar de que de a poco la presencialidad esté siendo retomada. Tomando así las palabras de una profesional:

E incluso, estábamos pensando, que en esta “normalidad” que nos propone el director, un poco seguir sosteniendo este tipo de modalidad con los pacientes que no pueden venir, que no quieran salir, que no tengan cómo venir, porque no todos los colectivos andan... así que con todos los pacientes que tengan estas situaciones vamos a continuar de esta manera, y está muy bueno. (Entrevista núm. 7, 08/06/2020)

Analizando esta medida de combinar ambas modalidades en este momento de la situación de pandemia en la división, es valioso rescatar la modalidad de teleasistencia desde lo concebido por Robles y Sato (2020), pensando a la misma como una construcción tendiente a continuar promoviendo modos de relación y albergue de quienes pugnan por no aislarse, buscando no suspender la vida cotidiana a la espera de una normalidad ilusoria e imaginada que se acentúa en estos momentos, donde se olvida que la misma nunca fue ni será posible.

En cuanto a las intervenciones con el paciente internado, más allá de percibirse una flexibilización en cuanto las intervenciones en terreno, los profesionales no registran en esta modalidad de funcionamiento interno cambios tan abruptos o diversos. En la atención con el paciente internado se narra casi la misma logística que ha operado previo a la pandemia. Luego del primer mes de mayores restricciones, los profesionales retoman sus visitas y actividades en los servicios sin mayores cambios de frecuencia.

Dentro de este tiempo se produce un cambio interno muy importante en la división: llega el retiro del jefe de la división, quien la ha conformado como tal y precedido hasta entonces, siendo su partida un hecho muy significativo para la división. Más allá de la situación de pandemia, este acontecimiento no dejó de ser mayor para la división, quienes inevitablemente delimitaron este suceso como un cambio a transitar como equipo y del que se tuvo registro por más que la pandemia como hecho inédito estuviera sucediendo. Respecto a este cambio interno, una de las profesionales refiere al mismo de la siguiente manera:

Para nosotros el cambio ha sido muy grande por dos situaciones: uno por la pandemia y en el medio de la pandemia cambió la jefatura del servicio de salud mental. Se jubiló el Lic. A y tomó su lugar la Lic. B. Se reestructuró todo el servicio, que la idea es que esta reestructuración permanezca más allá de la pandemia; nosotros vamos a seguir con este sistema de guardias. Esa por lo menos es la intención, porque nos hemos reorganizado para bien, como somos muchos aprovechamos mejor los consultorios y ha venido bien en muchos sentidos... entonces fue doble cambio para la salud mental del hospital, porque cambiamos la jefatura y vino la pandemia, así que fue toda una reestructuración (...) Pero bueno, como todo cambio hubo que transitarlo. (Entrevista núm. 16, 01/09/2020)

Este cambio interno fue asimilado como un gran desafío para la nueva jefa a asumir, una psicóloga con muchos años de trayectoria en la división. Principalmente, la profesional busca enfatizar la importancia de tener en cuenta el momento que se está atravesando, con la prioridad de que el servicio pueda funcionar lo más armónico posible. La nueva jefa a cargo de la división busca transmitir que al momento de asumir este nuevo puesto, tiene en cuenta de que la pandemia ha modificado el servicio, el trabajar de una manera a otra, y donde al momento de tomar el cargo se encuentran volviendo a ciertas modalidades pasadas: “y no sabemos si tenemos que volver a hacer un año o a los tiempos... se entiende, es una de las cosas que ha ido sufriendo el servicio y tenemos que estar preparados para seguir cambiando, para seguir modificando” (Entrevista núm. 7, 08/06/2020). En cuanto a este período no deja de hacerse hincapié en que la división de salud mental responde indudablemente a una demanda institucional, y también a una demanda de los propios pacientes; por lo cual en estas demandas la nueva jefa de la División de Salud Mental enfatiza la importancia de permitirles al equipo de profesionales el tener un tiempo para que vayan haciendo las evaluaciones de lo que están transitando para que la división pueda continuar adaptándose a estos cambios de la mejor manera posible.

Como confirmación de este tiempo de flexibilizaciones y retornos, se habilitan nuevamente las valoraciones pre trasplante, pero únicamente con pacientes de la ciudad de Córdoba, con recaudos y limitación de cantidad por la situación de pandemia. Es así como la entrevista con salud mental, donde se evalúa si el paciente está en condiciones de ingresar a la lista de espera, se da por retomada; siendo una actividad muy significativa para la división como un regreso de prácticas que la pandemia había suspendido temporalmente. Las agendas finalmente se abren y se dan turnos programados de una hora; donde algunos ya están dados y otros son espontáneos, pero donde el horario entre cada turno se mantiene para poder recibir al paciente, luego higienizar el consultorio y dejar espacio para que pase el siguiente. Los profesionales dan cuenta en este momento de apertura de los consultorios la notoriedad en cuanto a una mayor fluidez en la circulación de personas en la institución.

Este tiempo de retornos y aperturas, más allá de mostrarse como un período de avances para la división, es reconocido también como un período paulatino, donde los cambios que se han dado no han sido abruptos. En este tiempo donde pareciera que algunas prácticas comenzarán a practicarse como los profesionales estaban habituados, es percibido por la división como un momento de cautela, ya que no dejan de considerar que va a pasar mucho tiempo hasta que se decida abrir las puertas de la institución por completo. Destacan



aquí que es un momento de ir observando qué es lo que va ocurriendo con esta organización, la cual consideran transitoria hasta que el coronavirus y su situación defina como seguir. Ya que, más allá de este período donde pareciera que la amenaza mayor ha cedido, los profesionales no dejan de tener presente que hay muchos focos de contagio circulando y que estas nuevas medidas de apertura podrían llegar a cambiar.

### *Crisis hospitalaria*

Irrumpe ante la conformación de aquel híbrido entre ‘normalidad’ y adaptaciones sanitarias un período abrupto de emergencia: ingresa la Covid-19 en el hospital. Comienza en diversas áreas, donde algunos servicios comienzan a quedar aislados y, pasados unos días, se decide el cierre completo de la institución para toda la atención externa, funcionando únicamente para la atención de urgencias. Debido a la denominación de este hospital general como ‘hospital blanco’ (indicación que significa que no se atienden pacientes con diagnóstico COVID-19 positivo), el malestar y el miedo llevaron a medidas aún más restrictivas que al comienzo de la pandemia; por lo que la División de Salud Mental no contó con consultorio externo ni, salvo excepciones de urgencias, con interconsultas. Fue un tiempo teñido de tensión y temor, donde también surgieron los primeros aislamientos de profesionales por sospecha, o indefectiblemente, contagio.

Fueron semanas de adaptaciones rápidas en cuanto a la reestructuración de guardias, donde debieron reestructurarse las guardias día a día, buscando cubrir la atención mínima a partir de los profesionales que debían aislarse preventivamente. Por otro lado, fue un período de incorporación de medidas, mayor rigidez y estricto cumplimiento de los protocolos, en búsqueda de prevenir los contagios dentro de la división (cada vez con menor contacto entre ellos), disponiendo la institución sanciones a quienes incumplieran normas tales como el cumplimiento del horario de almuerzo cada profesional de manera individual por turnos o el indebido uso del equipamiento de protección sanitaria. En pos del cuidado de los pacientes, tanto la atención como su seguimiento tanto dentro como fuera de la institución, fueron mayoritariamente a través de la teleasistencia.

Acerca de este tiempo, un profesional narra su experiencia:

Sí, estuvimos con un brote y ahora hay otro así que estamos ahí... esquivando (...) Y esta vez se cerró el consultorio externo. De todos modos, en el caso mío como que impacta menos en el sentido que por el tratamiento farmacológico vinieron algunos pacientes en esos quince días. Lo que pasa es que yo estuve de licencia preventiva, esperando resultados y bueno, hasta que no me dio negativo no pude venir. Pero fue una semana larga (...) algunos casos los he seguido por teléfono. (Entrevista núm. 17, 11/09/2020)

Para pensar este tiempo es interesante introducir aquí el concepto de crisis. El mismo es tomado por Pittman (1995) desde su significación en el ideograma chino, donde la palabra ‘crisis’ (weiji) está formada por los caracteres ‘peligro’ y ‘oportunidad de cambio’. El autor propone que, indefectiblemente, la crisis puede ser pensada como una oportunidad peligrosa, que no necesariamente debe evitarse, ya que la misma supone un estado de tensión que afecta a un sistema, en el que es inminente un cambio decisivo, que se aparta del repertorio usual de su funcionamiento. En griego, la palabra ‘crisis’ significa ‘decidir’; siendo así también un punto de viraje en el que las cosas pueden mejorar o empeorar. La crisis se caracteriza por presentarse como un suceso inesperado que pone fin a una continuidad, exigiendo un trabajo de adaptación en un corto período de tiempo. Slaikeu (1999) plantea la importancia del empleo de recursos necesarios para afrontar una crisis, siendo estos de carácter material (apoyo utilitario), personal (recursos yoicos) y social (redes de contención).

Desde Benyakar (2005), esta situación de emergencia sanitaria puede ser analizada desde lo que el autor denomina como *disruptivo*. Se considera disruptiva a aquella cualidad que caracteriza a una situación (sea por evento o por entorno) por su capacidad de producir efectos intrapsíquicos desestabilizantes, resultado de diferentes reacciones psíquicas. Esta cualidad es la principal responsable de la forma en que esos hechos del mundo fáctico impactan en el psíquico. En palabras del autor, “son sucesos que ponen a prueba nuestra capacidad de elaboración por sus cualidades intrínsecas; nos perjudican o nos exigen más allá de nuestra intervención y deseos” (p.33).

Analizando lo acontecido en el hospital como un período de crisis en la institución, se pueden observar los recursos del equipo de salud mental para su organización durante este tiempo, en pos de intentar atenuar, lo máximo posible, los efectos negativos que pudieran acontecer. Así, se denota la rápida adaptación de la división para atenuar los riesgos de

contagio (acatando las medidas tomadas por la institución respecto a cierres de consultorios y disminución de la circulación de personas dentro de la institución), tanto para los pacientes como entre los profesionales (procediendo a llevar a cabo los aislamientos necesarios bajo un protocolo responsable, y priorizando la cohesión como equipo en intentar cubrir las guardias que fueran necesarias para brindar la atención mínima en este período). Respecto a los recursos empleados como división durante este tiempo, se rescata el empleo de recursos materiales (las líneas telefónicas y videollamadas) para continuar promoviendo la atención de los pacientes mientras los consultorios permanecieron cerrados, así como también los equipos de protección para garantizar la bioseguridad de los profesionales que asistieron a alguna interconsulta durante este período. Por otro lado, tomando los recursos personales y sociales desde pensar a la división como un equipo, puede vislumbrarse a través de sus relatos en este tiempo, el clima de apoyo y sostén que llevaron a cabo para generar un clima de trabajo lo más óptimo y empático posible, en una situación que individualmente a todos estaba conmoviendo.

### *El paso del tiempo: sus transformaciones y permanencias*

A medida que el tiempo cronológico transcurre, la división y sus profesionales adquieren otra forma de pensar la pandemia y las medidas que ha conllevado. Se van logrando flexibilizaciones de algunas medidas mientras que otras permanecen, pero donde la atención de pacientes no se detiene. Comienza la evaluación de algunas modalidades como la teleasistencia y el sistema de guardias, aspectos rescatados como cuestiones que esperan ‘hayan llegado para quedarse’, y surgen nuevas implementaciones e ideas para optimizar la atención, siguiendo un registro de los sobre turnos que otorgan. Más allá de que el cansancio y agotamiento es un síntoma recurrente en los profesionales entrevistados, prevalece a esto la satisfacción de haber podido sostener la atención de pacientes en todo momento. El apoyo como equipo de trabajo también aparece como una valoración recurrente a la hora de revalorizar este tiempo transitado.

Se produce aquí una convivencia de diversos modelos de funcionamiento y medidas adoptadas tanto en este tiempo de pandemia como otros previos a ésta; ya no hay una directiva principal que determina los pasos a seguir de la división, sino que ésta ha ido adoptando medidas propias, así como también adaptaciones a partir de lo que la pandemia le ha demandado, coexistiendo en este tiempo una pluralidad de modelos de atención, reestructuraciones y permanencias, siendo el norte compartido por los profesionales, más allá de los enfoques o modalidades diferentes, la búsqueda de las herramientas más convenientes para el cuidado de sus pacientes.

Respecto a este tiempo de la división, es una recurrencia compartida por los profesionales, la buena experiencia en cuanto a optimización de la atención en la división a partir algunos modelos implementados durante este acontecimiento, y a partir de los cuales los profesionales expresan su deseo de que puedan continuar y coexistan con otros modelos de atención. Este es el caso de la incorporación de la teleasistencia, el cual se concibe en la división como un dispositivo que seguramente quede instaurado y al que apuestan por sostener, siempre considerando el caso por caso desde la demanda del paciente. En esta reflexión, los profesionales apelan a su apropiación en el servicio ya que puede ser una modalidad diferente que puede ser sostenida en el tiempo, sobre todo para aquellos pacientes que no residen en la ciudad de Córdoba, donde afirman que una llamada puede llegar a resolver algunas cuestiones económicas o de movilización: sumando a este dispositivo, el beneficio para los pacientes en cuanto a poder continuar ampliando las posibilidades de accesibilidad a la salud mental desde la institución.

Por otro lado, la implementación del sistema de guardias, es otro aspecto que el equipo de salud mental comparte como una modalidad de funcionamiento que podría persistir (más allá de que, para pensarlo a futuro, contemplan una mayor flexibilidad del diseño realizado por la pandemia, donde puedan surgir modelos combinados entre las guardias y la concurrencia diaria quienes lo prefieran). Esta implementación es analizada por el equipo como una decisión importante y una modalidad que también 'llegó para quedarse'. Ésta es destacada en la división por su carácter de utilidad y funcionalidad tanto para los profesionales como para el servicio, donde se han conformado equipos en los cuales cada miembro de los mismos tiene garantizado su consultorio, su espacio de atención, siendo esto reflejado en la productividad de funcionamiento como una recurrencia compartida en las entrevistas.

También se hizo un balance en general positivo acerca de otra implementación interna ideada desde la división de salud mental. La invención de una planilla para poder dar cuenta de los sobre turnos y otras modalidades de atención que el turnero de la división de salud mental no registra, incluyendo las prestaciones que no incluyen turnos. La finalidad de esta planilla, reside en lograr el registro y seguimiento de los pacientes que no ingresan en el sistema de turnos apuntando nivelar la disparidad de la atención de casos que muestra el turnero de la división. Dicha implementación ha sido muy valorada por el personal, debido a que permite registrar en concreto la verdadera atención que brindan en sus diversas modalidades, resaltando su labor profesional diaria. Este tiempo, en palabras de una de las profesionales que integra la división es narrado de la siguiente manera:

A mí me gusta la forma ojalá que algunas cosas queden. Por ejemplo, nosotros nunca habíamos hecho hincapié en el tema de la productividad, no hablo en el sentido capitalista pero si en el sentido de la responsabilidad (...) Es una opinión que inclusive puede ser errada, pero a mí me parece que esto de que nos pidan las planillas, que nos pidan que carguemos los datos está bueno, porque te incentiva a que uno se tome responsablemente el laburo, y ahí ganan los pacientes y ganamos los profesionales que dignificamos nuestra tarea. (...) Inclusive el sistema de guardias, a mí me parece muy sano, porque ir todos los días a mí me parece una cosa descabellada, es para contagiarte ir todos los días... si es verdad que tuvimos que hacer cambios de rutina, amoldar... pero quien no, la pandemia a todos les trajo cambio de rutina. Creo que en esta situación hay que estar dispuesto a perder en pos de ganar algo. Porque ha habido muchas pérdidas con esta pandemia y bueno no las podemos negar, como también ha habido ganancias. Por ejemplo, el hecho de no andar todo el día arriba del auto, serán muchas horas pero son dos días, a mí me ha permitido organizarme mejor, poder controlar más los casos... me ha traído algunas consecuencias positivas. Estudiar más, darle lugar a la formación... pero si es cierto que estamos mucho más agotados que en otros años. (Entrevista núm. 20, 06/11/2020)

En cuanto a la situación del transcurso del tiempo respecto al protocolo por Covid-19 en la división, se denotan ciertos acostumbramientos y aprendizajes, siendo un aspecto comentado frecuentemente en las entrevistas posteriores al gran brote al interior de la institución, cómo los profesionales han adquirido mayor seguridad a la hora de determinar si deben ser considerados ‘contacto estrecho’, o cómo se determina ‘contacto de contacto directo’ para proseguir de ser necesario con un aislamiento preventivo. En cuanto al funcionamiento del equipo de trabajo, continúan en su delimitación ciertas permanencias

respecto a la diversidad de teorías coexistentes dentro de la división, así como también las diferentes terapéuticas que aplican basadas en ellas. También persiste el modo en que se percibe un clima de respeto mutuo, el cual en el contexto de pandemia es concebido por los profesionales como un gran apoyo y soporte en estos momentos. Aquí el equipo afirma como un buen resultado de las diversas implementaciones y el trabajo en este tiempo, el saber con quienes cuentan, qué compañeros están disponibles para cubrirlos en caso de ser necesario, y la reciprocidad luego para devolver aquel favor. Se destaca aquí como positivo que las relaciones interpersonales sean de esta forma en este contexto, tanto para ellos como equipo de trabajo como para los pacientes en común. Una profesional utiliza la frase *'poder contar con el que está al lado'*, ya que resalta que también se busca un espacio de contención mutua respecto al tener que asistir a una institución que, por ser sanitaria, se siente más expuesto el riesgo de contagio; siendo un sentimiento de inseguridad compartido, más allá de la conciencia en la efectividad de los protocolos. Y que ha sido este clima de apoyo y trabajo mutuo el que les ha permitido pensar en ellos como equipo profesional y en los pacientes, sobre todo en cuidarse y cuidarlos.

### 8.2.2 TRANSFORMANDO LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

La temporalidad analizada respecto a cómo fue la llegada de la pandemia por Covid-19 a la División de Salud Mental, permite vislumbrar una compleja convivencia entre los cambios urgentes, las adaptaciones creadas, aspectos de permanencia en la modalidad de funcionamiento, así como también acciones tendientes al criterio de cada profesional en pos de la demanda de los pacientes. Aquella coexistencia de modalidades también se hace presente en el modo en que los profesionales de la división ejercieron su rol profesional, siendo las intervenciones sus sellos más propios y reflejo más fiel del contexto de crisis sanitaria atravesado.

En este apartado se buscará analizar cómo el equipo de salud mental acompañó desde su accionar este período inédito, dentro de los tiempos anteriormente analizados, ante la abundancia de cambios, protocolos y transformaciones del encuadre conocido. *¿Cuáles fueron las demandas a asistir? ¿Qué ocurrió con la interconsulta y la atención en los servicios? ¿Cómo se modificaron los modos de intervenir? ¿Qué efectos tuvo ello en los profesionales y en los pacientes? ¿Qué ocurrió con la interdisciplina? ¿Qué lugar ocupó la creatividad en estos nuevos accionares?* Estas son algunas de las preguntas que buscarán ampliarse a lo largo de este desarrollo, y donde se espera que algunas de ellas sean generadoras de nuevos interrogantes para seguir pensando las intervenciones desde la salud mental en contexto de pandemia.

Las demandas en tiempos de Covid-19

Al momento de la llegada de la pandemia, dentro de las transformaciones percibidas por la División de Salud Mental, la caracterización de demandas delimitadas como propias de este período aparece en el relato de los profesionales.

Con la finalidad de dar cuenta de aquella diferenciación respecto a la demanda en tiempos de pandemia, se les preguntó a los profesionales de la división acerca de las demandas de salud mental más frecuentes previo a este tiempo.

La demanda es muy variada, divorcios, duelos, fobias... De psiquiatría se atiende mucho trastornos afectivos como el trastorno bipolar; y en ambulatoria más neurosis en términos clínicos: estados de depresión y ansiedad, fobias, trastornos del humor. También trabajamos mucho con todo lo asociado a enfermedades médicas: problemáticas de jóvenes respecto a aceptar que son diabéticos, asma, psicósomática... (Entrevista núm. 1, 27/04/2020)

Puede vislumbrarse a su vez, en este intento de caracterización de un tiempo previo a la pandemia por Covid-19, un enfoque compartido por algunos profesionales de la división, quienes al referirse al modo de trabajar desde la salud mental en un hospital general, principalmente en lo que respecta al pedido de interconsulta, la demanda debe ser construida junto con el paciente, ya que la situación por la que se encuentran realizando un tratamiento o internación corresponde a una demanda desde el equipo de salud del servicio, desde la mirada médica y no propiamente desde el paciente. Esto puede verse en el discurso de los profesionales cuando los mismos refieren a la función de apoyo y sostén que deben comenzar haciendo, pensando la demanda como un proceso en el que de a poco, a medida que los encuentros prosperan, comienza a surgir un campo fértil para el establecimiento de la transferencia y en algunos casos otro tipo de demanda, ahora sí propiamente desde el paciente, para comenzar un proceso terapéutico. En cuanto a los pedidos de interconsulta, se hace hincapié en la importancia del acompañamiento de las personas en los diversos tipos de internación e intervenciones médicas que se encuentran atravesando; así como también en el acompañamiento del equipo de salud en caso de que la demanda sea generada por el servicio



en cuanto a cuestiones interpersonales. Es el caso de lo que se produce en el Instituto del Quemado, donde los profesionales destacan el trabajo con pacientes que atraviesan internaciones largas, pero donde el acompañamiento psicológico que debe realizarse debe producirse en tiempos rápidos. Tanto en esta área como en la Unidad de Terapia Intensiva y Nefrología, áreas donde el personal de la División de Salud Mental concurre con frecuencia, se habla de una demanda propia de algunos efectos consecuentes a la enfermedad médica o al período de internación, siendo algunas de ellas el insomnio, episodios de ansiedad o cuadros depresivos, y síndromes de abstinencia en los casos de internaciones de pacientes con algún tipo de adicción.

Respecto a los cambios atravesados en cuanto al ejercicio del rol como profesionales de la salud mental a partir de la llegada de la pandemia, la demanda fue una de las grandes transformaciones que los profesionales percibieron a la hora de adaptar su rol a los malestares actuales que llegaban a la institución. No se podría hablar aquí de ‘demanda’ en singular, ya que, tal como la pandemia, las complejidades de sus tiempos y efectos inmediatos fueron diversos y poco posibles de ser generalizables. De esta manera, las demandas situadas en la división de salud mental se tiñeron las mismas características. Lo que la división identificó en un primer momento como demandas que podían tener lugar debido al contexto inédito que se estaba viviendo, fue variando hacia otras sintomatologías y otras particularidades dentro de los malestares subjetivos que eran atendidos.

En los primeros tiempos de esta crisis sanitaria, donde el aislamiento social preventivo y obligatorio tiene lugar, los profesionales identifican en las demandas un gran número de pacientes con crisis de angustia. También mucho malestar respecto a la situación de encierro, donde el sentimiento de soledad se manifestaba con frecuencia, sin importar o quizás por el mismo hecho de encontrarse viviendo una situación de convivencia familiar nunca antes vivida. Otra cuestión respecto a la demanda en este primer tiempo de pandemia que se volvió recurrente en el discurso de los profesionales fue el agravamiento de síntomas; en palabras de uno de los profesionales:

Y lo que yo he notado es que muchos síntomas se han agravado. En un cuadro depresivo, a lo mejor se agudizan, en la ansiedad también... el hecho de que no puedan venir al hospital por miedo los ha retrasado en la búsqueda de sus medicamentos, entonces estar dos semanas sin tomar la medicación agudiza la patología. Ha complejizado en ese sentido, mucho, y

el que tenía algo de base más todavía. O cuestiones de violencia, o de adicciones porque lo natural ha cambiado y repercute en las personas en distintos aspectos: incomodidad, poca estabilidad, poca tolerancia... y no hay proyecto, no hay nada más adelante. Entonces, están cambiando muchas cosas. (Entrevista núm. 10, 25/06/2020)

Con respecto a las demandas donde el agravamiento de síntomas se hace presente, dentro de los cuadros o sintomatología más recurrente se encontraron los cuadros depresivos y algunos trastornos de ansiedad, viéndose en este último algunos síntomas fóbicos, de pánico y obsesivos principalmente. Aparecen aquí también agravamientos de conflictos familiares o de pareja, como también el aumento de consumo de alcohol y psicofármacos.

Hacia mediados de julio comenzó un fenómeno que fue percibido por toda la división como una situación preocupante: el aumento de intentos de suicidio en jóvenes adultos. En las comunicaciones semanales se había alcanzado un promedio de uno o dos pacientes ingresados por esta situación. Este suceso tuvo una alta incidencia en el mes de septiembre, y a partir de allí de a poco se fue estabilizando en un número de casos más cercano al que los profesionales de la división estaban acostumbrados a recibir. Continuó en este tiempo una gran demanda de trastornos asociados a la ansiedad, adicciones y violencia. Este último malestar también aparece con mucha incidencia en lo que respecta a violencia de género, aspecto que se destacaba como una demanda no tan frecuente previo a la pandemia.

Teniendo en cuenta las reflexiones que el equipo de salud mental realiza respecto a estos cambios percibidos respecto a las demandas en tiempos de Covid-19, los profesionales observan desde su clínica, cómo elementos de este tiempo tienen lugar en el agravamiento de síntomas o atención de problemáticas no tan frecuentes anteriormente. Acerca del aumento de cuadros como el ataque de pánico, otros trastornos de ansiedad y adicciones, el equipo de salud mental da cuenta de cómo la situación de aislamiento social es acompañada de factores que agudizan estos cuadros en algunos pacientes. En palabras de un profesional:

El encierro, el no proyecto, el no futuro, lo poquito que podría haber armado en relación a un proyecto de vida con esta situación se le viene abajo. Entonces esto del encierro, de no poder salir, de volver a la desesperación... es bastante complicado (Entrevista núm. 10, 25/07/2020)

Respecto al incremento de las demandas por intento de suicidio en jóvenes, los profesionales dan cuenta de que la pandemia tiene efectos en dicho suceso, donde el no estar acudiendo a la escuela, no contar con espacios de contención como los grupos de pares o equipos de deporte, así como la pérdida de actividades recreativas podrían estar siendo detonantes o siendo elementos que, al combinarse con otras cuestiones de la singularidad de cada joven, lleven a poner en riesgo la vida.

Otra cuestión tenida en cuenta por el equipo de salud mental en cuanto a las demandas en pandemia, ha tenido que ver con el desdibujamiento de los espacios individuales a partir de las medidas implementadas, y cómo ello ha generado un conflicto en los vínculos, principalmente de violencia familiar, así como también aumento en problemáticas de consumo de sustancias.

#### *De la intervención y encuadre 'clásico', a...*

Tomando como referencia lo abordado desde el marco conceptual como la intervención hasta entonces habitual en el ámbito hospitalario, se corresponden los modos de intervenir 'clásicos' (encuadres delimitados en la perspectiva teórica como los procedimientos propios del rol del psicólogo en el ámbito hospitalario) con aquellos que se implementan en la división de Salud Mental del hospital con bastante similitud cuando los profesionales narran su rol en la institución previo a la llegada de la pandemia. Específicamente respecto al pedido de interconsulta médico-psicológica se da cuenta del encuadre clásico aplicado aquí cuando se les consulta a los profesionales:

Respecto a la interconsulta médico psicológica sí, el médico es quien va a la consulta. En nuestro caso trabajamos la interconsulta médico-paciente desde un enfoque donde se ve que dificultades tiene el médico en el vínculo con el paciente. Y en base a esas inquietudes se analiza que es necesario y en caso de necesitar interviene el psicólogo/psiquiatra desde una psicoprofilaxis quirúrgica, una intervención psicofarmacológica o apoyo terapéutico. (Entrevista núm. 2, 06/05/2020)

Al narrar sus experiencias profesionales antes de la llegada de la Covid-19, se vuelve recurrente en las intervenciones realizadas en diversos servicios del hospital (como el Instituto del Quemado, el Servicio de Diabetes y Terapia Intensiva) la importancia del trabajo interdisciplinario con otros profesionales, para el abordaje de pacientes debido a la complejidad y diversidad de padecimientos que pueden estar atravesando. A su vez, dentro de este encuadre clásico, se hace presente en el relato de los profesionales las intervenciones aquí tendientes al acompañamiento y contención tanto del paciente como también de la familia, principalmente en lo que respecta a los abordajes con pacientes quemados. Ya que, el familiar es una persona que por protocolo debe estar durante el tiempo de internación del paciente.

Se condice con las modalidades de intervenciones clásicas dentro del ámbito hospitalario los espacios flexibles a la hora de pensar el abordaje psicológico con pacientes en situación de internación, donde se hace referencia a que en la institución los espacios de trabajo en el hospital no son siempre los mismos. Donde, en general con el paciente de terapia intensiva se trabaja en la sala o el pasillo, con el paciente del Instituto del Quemado se trabaja en la habitación del paciente, y en otros ámbitos como en el paciente con miastenia gravis se puede intervenir en el consultorio o donde el profesional encuentre en su momento un espacio.

Los tiempos de las intervenciones se muestran tal como Uzorskis (2002) afirmaba, donde en el caso de las intervenciones por pedido de interconsulta o visitas a las salas la lógica de ‘generar espacio para la demanda’ se hace visible. Una profesional narra:

Con el paciente del Instituto del Quemado nosotros empezamos a intervenir casi desde el mismo momento en que el paciente se interna. Y aquí nuestra intervención a veces es de caldeamiento. En esto que digo de que tenemos que generar la demanda, tenemos que ir caldeando el espacio para que el paciente nos empiece a reconocer en un espacio, y de alguna manera empiece a generar esta demanda. Entonces, las primeras intervenciones que hacemos son de estar en la Revista de Sala. Presentarnos. Ir un día y preguntarle cómo está, y ya cuando el paciente de pronto, hay pacientes que no, pero cuando hay pacientes que sí, que empiezan a demandar de nuestra atención en el paciente que se encuentra ya en el período intermedio, donde empieza ya a sufrir el duelo por lo perdido, que se empieza a angustiar, que comienza a tener trastornos sobre todo en los hábitos sueños-vigilia son los que primeros atendemos... tenemos que tratar de que el paciente pueda entender que estuvo en una fase de estrés agudo y que nosotros de alguna

manera lo queremos acompañar en este proceso para que no desarrolle un trastorno de estrés pos trauma. En muchos casos se hace necesaria la intervención de psiquiatría para tratar a los pacientes (...) Pero la verdad que sí, nuestra intervención es permanente y es necesaria. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

Respecto al modo de pensar las intervenciones posibles desde el psicoanálisis en las instituciones hospitalarias, se presenta en el discurso de profesionales formados en este enfoque la importancia de que salud mental esté presente en diversos servicios del hospital. Ante esto destacan que además de que muchos pacientes no tienen las posibilidades para hacer el tratamiento médico (debido a vulnerabilidades económicas y sociales), hay también algo personal, a nivel subjetivo y psíquico del paciente que muchas veces no le permite hacer un tratamiento a la patología determinada como corresponde. Siendo aquí el lugar de la intervención desde la psicología o psicoanálisis para poder iniciar un tratamiento, con el fin de ayudarlos a que puedan llevar la enfermedad por la que llegan a la institución, de una manera digna y a mejorar su calidad de vida.

También el psicoanálisis y la atención ‘caso por caso’ en las intervenciones se vislumbra en la voz de algunos miembros de la división cuando afirman que realizan en la institución una práctica del psicoanálisis aplicado a la terapéutica del hospital. Coincidiendo con lo propuesto por Leonora Troianovski (2009), quien en su propuesta de un modelo que se complementa con ‘la clínica de la gestión’ en las instituciones de salud actuales; donde se trate del caso uno por uno y de lo que este enseña, se hace presente aquí el discurso de profesionales donde afirman que, a la hora de saber si un tratamiento (ya sea médico o psicológico) está dando efectos o no, debe ser pensado desde el paciente en su proceso consigo mismo, no con otro paciente.

Llegada la pandemia y con ella las primeras medidas y reestructuraciones previamente analizadas, las transformaciones más radicales, contundentes y desafiantes tuvieron lugar en las modificaciones que sufrieron el rol y los modos de intervenir de los profesionales de la salud mental. Al verse la presencialidad limitada a la situación de urgencias muy excepcionales; las intervenciones en su totalidad se vieron afectadas.

En cuanto a las transformaciones que atravesaron las intervenciones brindadas por los profesionales bajo el pedido de interconsulta o visitas a los diversos servicios una profesional comenta:

Mi intervención en el servicio es permanente. Y, lo que ha cambiado en este momento es que voy por pedido de interconsulta. Por una cuestión de protección del paciente y mía. Así que por el momento estoy viendo un solo paciente del instituto del quemado (...) en resumen estoy yendo a demanda ahora, por pedido de interconsulta. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

Esta situación, donde a partir de la llegada de la pandemia rige la intervención psicológica en los servicios únicamente a demanda, ha sido una norma a cumplir por la división, tanto para el cuidado de los pacientes como de los profesionales. Esta medida se vio acompañada de un estricto protocolo en cuanto a bioseguridad, determinando para la entrada a los pisos el uso de guantes, cofia, barbijo, lentes, máscara y bata para todo el personal de salud en contacto con pacientes en situación de internación. Respecto a estas dos nuevas implementaciones a la hora de intervenir en las diversas áreas de la institución, los profesionales dan cuenta de la importancia de cumplir con estas medidas de cuidado. Sin embargo, también se permiten pensarse previo a este acontecimiento y cómo han cambiado sus modos de hacer.

Respecto a la atención en las salas únicamente bajo pedido de interconsulta, se vuelve recurrente a la hora de expresarlo, la gran limitación que se vive bajo esta modalidad en cuanto a la cantidad de pacientes que, anteriormente, las psicólogas o psiquiatras visitaban estando en el piso, pudiendo pasar de una cama a otra en poco tiempo, generando un espacio fértil para la aparición de nuevas demandas en la sala. Con la pandemia esa cuestión se limita y la demanda queda ligada al personal de salud del área quien se vuelve el único nexo entre la División de Salud Mental y el paciente.

Y el tema de ir con barbijos, guantes, cofia... ha cambiado y nos limita. Bastante, porque antes si bien ibas pasando por la sala veías muchos pacientes en un ratito, veías al que viste ayer, pasabas y lo saludabas, teníamos un contacto. Y ahora con esto tenés que ir con la bata, la cofia, el barbijo, la máscara para ir a un lugar; y te limita, te limita. (Entrevista núm. 12, 15/07/2020)

En cuanto al protocolo de bioseguridad para el ingreso a los servicios, dos cuestiones se hacen presentes en la experiencia del equipo de salud mental a partir de su implementación: por un lado, la dificultad que el equipamiento supone en el despliegue de su accionar

profesional, donde el principal obstáculo es el logro de una comunicación fluida y comprensible. Por otro lado, se vuelve un punto de recurrencia compartida el efecto de cansancio, agotamiento e incomodidad que genera el equipamiento para los profesionales.

En cuanto a la dificultad que supone el equipamiento a la hora de atender pacientes, los profesionales explicitan la gran limitación que supone poder escuchar correctamente lo que el paciente dice. Aquí se tiene en consideración que en este tipo de atención presencial, el paciente también utiliza un barbijo o tapabocas, por lo que el profesional tiene que hacer un esfuerzo mayor, así como también requiere mayor concentración y esfuerzo el poder seguir sus discursos. Por otro lado, también reflexionan acerca de lo que se pierde en cuanto a lo comunicacional bajo esta modalidad, donde gran parte del rostro se encuentra cubierto, haciendo que parte de las respuestas espontáneas que el paciente puede tener cuando comunica desde lo no verbal, se escapan debido que no pueden verse o percibirse correctamente. En palabras de una de las profesionales: *“Queda la palabra y el discurso, pero queda por fuera todo ese registro que uno también podría hacer”* (Entrevista núm. 11, 26/07/2020). En algunos servicios críticos como la Unidad de Terapia Intensiva o la Unidad de Cuidados Coronarios, los profesionales, frente a la gran dificultad que presentan algunos pacientes para hablar u oír, decidieron optar por realizar intervenciones desde la teleasistencia dentro del hospital; con la finalidad de optimizar la comprensión y escucha del paciente, reduciendo también la circulación en servicios donde los cuidados y las medidas de bioseguridad son aún más estrictas. En otros casos, se optó por ir complementando ambas intervenciones, asistiendo a la sala por un pedido de interconsulta, y realizando luego un seguimiento bajo la modalidad de teleasistencia.

Respecto a la sensación de cansancio y agotamiento percibida por los profesionales en cuanto al seguimiento del protocolo de vestimenta, el principal aspecto referido hacía mención a un hábito totalmente nuevo para el equipo de salud mental: el uso de protección hasta entonces no requerida para psicología o psiquiatría. Medidas necesarias para trabajar en esta situación de crisis sanitaria, dificultan el modo en que el personal de salud mental se encuentra con el paciente. Y los instrumentos principales del profesional, la observación, gestualidad y la escucha, se encuentran totalmente comprometidas con la aplicación de este protocolo de bioseguridad. El esfuerzo por sostener sus instrumentos sensoriales lo más óptimos posibles, deviene en un cansancio percibido por los profesionales como consecuentes a ello. También es percibido como un sentimiento agotador el extremo cuidado que debe tenerse al asistir a estos espacios; resaltando que la preocupación radica por el cuidado del

paciente y el propio. La colocación correcta del equipamiento así como también su descarte o desinfección luego, son rutinas aún no del todo familiares para la división, generando esta sensación de incomodidad y cansancio al tener que ser realizada. Ante estas cuestiones, algunas profesionales decidieron tomar medidas propias en pos de su propia bioseguridad, comenzando a asistir de ambo e inclusive intentar usarlo y dejarlo en la institución, como una forma de cuidado extra hacia las personas con quienes conviven. Más allá de la incomodidad, lo engorroso y cansador que resultó esta medida en la División de Salud Mental, todo el personal se encontraba de acuerdo en que, a pesar de las complicaciones que sufren las intervenciones con el uso de protección, éste es indispensable a la hora de encontrarse con los pacientes; garantizándoles el cuidado necesario para todos, así como una señal de respeto, responsabilidad y atención hacia quienes los demandan como profesionales en estos momentos.

(...) así que yo no dejé de ir a las salas; me ponía toda la parafernalia de cosas, medio que me tuve que disfrazar de médica, voy de ambo al hospital, cosa que nunca había hecho. De ambo, de un montón de cosas, de hábitos de la vida cotidiana que tuvimos que cambiar.” (Entrevista núm. 16, 01/09/2020)

Analizando las adaptaciones realizadas por el equipo de salud mental en este momento de crisis sanitaria, puede vislumbrarse lo que Chevnik (1991) propone acerca del lugar del profesional *psi* en las interconsultas médico psicológicas. En esta situación donde elementos del encuadre se vieron afectados, se denota lo que este autor sostiene respecto la importancia de crear un encuadre particular para cada situación. “Esto implica la versatilidad que deberá tener el interconsultor en cuanto a la aplicación de medidas terapéuticas y a adaptación al medio no siempre propicios para su tarea” (p. 67). La importancia recae aquí en que los equipos puedan producir propuestas de abordajes creíbles y posibles de ser puestas en práctica. Es interesante traer aquí otra propuesta brindada por el autor, donde sostiene que en esta práctica no hay una teoría analítica en la cual el profesional puede sustentarse. Lo que hay, en cambio, es una teorización posterior, posible y necesaria, que el equipo deberá realizar.

Tomando en cuenta este modo de pensar la interconsulta médico psicológica, es que es posible apreciar y resaltar las acciones del equipo de salud mental en pos de buscar alternativas para continuar esta práctica dentro de las posibilidades del contexto. Ello habla de



profesionales disponibles, versátiles y flexibles para abordar las demandas *psi* de la institución más allá de los obstáculos y dificultades que puedan acontecer.

Analizando esta postura profesional, es interesante ver cómo aquí entra en juego un elemento que permite aquella disponibilidad y apertura a repensar sus prácticas en el hospital: la creatividad. Tomando los aportes de Robles y Satos (2020), el contexto actual llevó a que el equipo de salud mental deba renunciar a pensar sus intervenciones desde una sola posibilidad o esquema, teniendo que inclinarse a trabajar en situación y rescatar lo la singularidad de cada situación tenga para entregarles. Es así como esta pandemia desde la creatividad invita a estar disponibles, lo cual se refleja en cómo a partir de este acontecimiento tuvieron lugar nuevas prácticas de relación social y de cuidado. Desde Moscona (2001), la creatividad tiñe el tejido de estas prácticas a partir de poner a prueba conocimientos provisorios y situacionales, renunciando a la comodidad de lo instituido para crear intervenciones que aspiran a pensar problemas, generar conjeturas e inventar recursos novedosos. Siendo así como las ideas, las adaptaciones y las acciones consecuentes a los cambios propuestos por parte del personal de salud mental poseen a su vez, elementos característicos de la creación e invención.

Respecto a las adaptaciones en el modo de trabajo con los pacientes en el consultorio externo, la inédita transformación de la atención ahora bajo la modalidad de teleasistencia se asienta ante la imposibilidad de la presencialidad a excepción de urgencias. La adaptación al nuevo dispositivo, la delimitación de nuevos encuadres y modalidades de trabajo son algunas de las nuevas invenciones dentro de las intervenciones psicológicas más notorias que la Covid-19 impulsó a realizar. Dentro de los vastos cambios atravesados, el dispositivo de asistencia remota fue la implementación más radical y desafiante a la que, tanto los profesionales de la salud mental como los usuarios, debieron afrontar. Se reemplazó la presencia física por una red de comunicación sostenida en herramientas virtuales que en busca de poder favorecer la hospitalidad y la atención en este contexto inédito.

Tomando aquí los aportes de Robles & Sato (2020) se presenta una denominación a estas nuevas construcciones de vinculación regidas por la virtualidad con la finalidad de continuar sosteniendo el estar con otros.

En palabras de los autores:

(...) la virtualidad grupal, esta modalidad de comunicación interpersonal que se impuso de manera abrupta e inesperada en las familias, los ámbitos productivos, la escuela, la universidad y muchos otros espacios en los que la privación del contacto presencial promovió necesidades que motorizaron nuevas formas de vinculación entre las personas. (p. 97)

En los discursos de los integrantes del equipo de salud mental a lo largo del primer año de pandemia, tanto desde las intervenciones profesionales como desde los efectos o respuestas en los pacientes, la diversidad de acciones alrededor de esta construcción relucen en las más variadas y singulares formas; siendo acompañadas por diferentes sensaciones, pensamientos y aplicaciones.

Esta semana ya fue con cierta dinámica más parecida al trabajo que veníamos llevando antes, sin presencia de los pacientes por ahora, física. Seguimos conectados por teléfono, y también muchos pacientes tienen factores de riesgo entonces se va a privilegiar la asistencia remota. Hay pacientes que prefieren el teléfono y no la videollamada, son también las cosas que nos abre este marco de pandemia. (Entrevista núm. 11, 26/06/2020)

En el caso de la implementación de la teleasistencia desde el rol profesional, el equipo de salud mental posee diversos modos de aplicación del dispositivo dependiendo de las consideraciones de cada profesional: algunos de ellos la sostienen en la gran mayoría de los casos, otros la complementan con la presencialidad cuando las condiciones lo permiten y si esa es la demanda del paciente, y en el caso principalmente de psiquiatría, la atención es realizada desde la presencialidad por lo menos la primera vez que consultan como un requisito necesario, para luego ir determinando la atención según cada situación. Respecto al modo en que los profesionales comenzaron a adaptarse a esta modalidad de intervención y sus modos de ejercer su rol desde un espacio totalmente desconocido, es recurrente la comparación con la presencialidad y la gran diferencia que supone trabajar desde un lugar donde muchos recursos de contención y acompañamiento dejan de estar. Lo vivencian como algo totalmente atípico para la profesión, poniéndola en una situación muy diferente a otras, donde les implica pensarse desde otro lugar. Los profesionales resaltan la dificultad que supone trabajar con el vínculo y generarlo sin ciertas cuestiones que hacen a la cercanía;

destacando el gran esfuerzo que supone desde la teleasistencia que el encuentro no sea algo mecánico: de llamar, cumplir con el tiempo y cortar; sino intentar generar empatía, afecto y cuestiones que hagan que la persona se sienta contenida en esta nueva delimitación del encuadre.

Son muchas las referencias en relación a la comparación de la virtualidad con la presencialidad, aspecto que merece ser analizado, debido a su interacción no es necesariamente excluyente. Desde Robles & Satos (2020) este punto es abordado en la búsqueda de aclarar una creencia falsa: la aplicación de prácticas a distancia argumentadas desde lo irremplazable que resulta lo presencial en el encuentro con otros. “Ni las prácticas a la distancia sustituyen la presencialidad, no éstas resultan en sí mismas garantía del éxito, ni dan cuenta, sin más, de una tarea cara a cara” (p. 99). Desde este punto presencia y distancia se vuelven instancias complementarias, no reemplazables antagónicamente, aspecto que se presenta como un reflejo de la construcción en este tiempo en la División de Salud Mental, ya que, más allá que en el discurso podría escucharse al modo de comparación “Virtualidad vs. Presencialidad”, ambos son recursos tomados y conjugados en pos de lo que el profesional considera más beneficioso para el paciente. Así puede darse cuenta el lugar de complementariedad que cobran estos recursos en el empleo de un abordaje psicoterapéutico bajo este contexto que impone adaptaciones.

A partir de la reflexión entre presencialidad/distancia, los profesionales acuerdan desde el rol que les toca desplegar que, más allá que el recurso de la teleasistencia es posible de ser empleado y hoy posibilita el encuentro con los pacientes, no reemplaza, ni busca hacerlo, al encuentro cara a cara de manera presencial; siendo esto un motivo por el cual se ha sostenido la posibilidad de la presencia física en los casos que fuera necesario. En el relato de una de las licenciadas se hace presente esta complementariedad en la atención:

En mi caso particular al tener pacientes con patologías orgánicas asociadas, es poco y nada lo que atiendo presencial. Y he atendido alguna vez que me ha sido difícil intervenir al teléfono, porque hay actos analíticos que por teléfono uno no los puede hacer, así que algún caso lo he hecho venir, con todo el protocolo por una vez aunque sea y después hemos vuelto al teléfono. (Entrevista núm. 15, 01/09/2020)

Otras intervenciones que conjugan la presencialidad en este tipo de atención combinada, remite a que el paciente de psiquiatría, sólo cuando necesita renovar su receta, acuda al hospital y ese momento se utiliza para hacer un seguimiento presencial. En caso de que el paciente sea de riesgo, se les ofrece que un familiar retire la receta por él y se continúe un seguimiento telefónico. También fue una implementación de psiquiatría la colocación de una mampara de acrílico en uno de los consultorios, asegurándose así mayores recaudos para las atenciones presenciales, recurso que se compartió con psicología, siendo uno de los consultorios a priorizar en caso de que hubiera sesiones presenciales.

En relación a las intervenciones desde la virtualidad, se manifiestan diferentes posturas acerca de cómo se adaptan los profesionales. El empleo del dispositivo telefónico dificulta en algunos casos la comprensión, donde se explicitan diversas variables que intervienen: ruidos exteriores en los pasillos del hospital, mala señal del teléfono de alguno de los interlocutores, patologías neurológicas que dificultan la modulación de algunos pacientes, entre otras. Sin embargo, a pesar de algunas diferencias y dificultades como las mencionadas, los profesionales insisten en que intervenir es posible y se va aprendiendo a hacerlo de esta manera. Sin embargo, un elemento en común que aparece en los profesionales al hablar de su rol en el encuadre guiado por la asistencia remota, es el cansancio que produce el intentar generar la presencia del profesional desde un teléfono o pantalla. Aquí se relata la sensación de que la escucha, la atención y el pensamiento se juegan desde un lugar que requiere de mayor esfuerzo para que sea sentida por el paciente.

Lo estoy viviendo por un lado, muy agotada porque bueno los dispositivos electrónicos en definitiva nos han salvado, también vemos como juegan en contra porque no hay nada como la presencia real. Entonces es como muy cansador esto de que hay que como poner más el cuerpo que antes. Es esa sensación, si bien el cuerpo físico no está, pero el pensamiento, el escuchar... siento mucho cansancio y también, por eso te digo agradezco el control y al análisis también que me ha ayudado a poner un poco de límites. (Entrevista núm. 20, 06/11/2020)

Siguiendo la línea de lo percibido por los profesionales de la división, Robles & Sato (2020) dan cuenta de aquel esfuerzo realizado en la búsqueda de hacerse presente desde lo virtual, donde afirman que el empleo de estos dispositivos a distancia no se agotan en ver o no al otro, sino en la “posibilidad de escuchar la otredad y no reducir esa escucha a la mera

proyección, lo que significa tomar una posición que nos invita a estar ahí, ponernos en juego, poniendo el cuerpo que también se manifiesta en el espacio virtual” (p. 101).

Ahora bien, no sólo los profesionales atraviesan diversas respuestas y sensaciones respecto a la incorporación de un dispositivo totalmente novedoso en su ejercicio profesional, sino que otros actores dan a conocer sus efectos en este espacio de interacción: los pacientes. Desde el discurso de los profesionales, no es posible dar una respuesta única sobre la teleasistencia desde la mirada del paciente, ya que han sido muy variadas las reacciones y efectos que han tenido en ellos y en sus subjetividades.

Son muchas las acotaciones donde los profesionales hacen referencia a cierta polaridad dentro de la implementación de la teleasistencia: refieren a que con algunos pacientes funcionó ‘perfecto’, ‘de manera excelente’, al punto de poder comenzar procesos psicoterapéuticos sin nunca haber tenido previamente un encuentro presencial, y notar que los pacientes no presentan dificultades para sostener el espacio creado en la virtualidad. Por otro lado, pacientes que no han querido adaptarse a esta modalidad y han optado por esperar a que la situación de aislamiento preventivo, social y obligatorio cese para retomar el espacio terapéutico en el consultorio. Este último grupo ha podido asistir en el caso de psicopatologías graves o en casos de urgencia de manera presencial cuando las circunstancias de la institución lo han permitido. Desde el rol profesional se hace hincapié en tener en cuenta el caso por caso; siendo desde allí donde van aprendiendo a intervenir de las maneras posibles y que consideran más adecuadas para cada sujeto que demanda.

En cuanto a los pacientes que han aceptado la continuación e inclusive el comienzo de un proceso psicoterapéutico bajo la modalidad virtual, son recurrentes las observaciones de los profesionales respecto a momentos de incomodidad o pérdida de intimidad por parte de los pacientes en el espacio de las sesiones. Una viñeta muy clara de una de las licenciadas grafica esta situación:

Entonces eso también me pasa, es otro cambio que noté en las intervenciones, que no están tan cómodos los pacientes. Que quieren hablar de sus hijos y están sus hijos en la casa, entonces tienen miedo a que los escuchen. Eso si pasa, no tenés esa intimidad que te da el consultorio. Creo que lo que hay que tratar es de generar eso mismo, en la llamada o en la videollamada: tratar de hacerlo en un horario que uno está solo porque si no se pierde y uno no habla tranquilo (Entrevista núm. 9, 23/06/2020)

El desdibujamiento del tiempo y los espacios durante la coloquialmente llamada ‘cuarentena’ se presenta aquí como un elemento que impide en muchas ocasiones y escenas, el establecimiento de un espacio de intimidad y privacidad desde el hogar del paciente, siendo esto una limitación en el espacio terapéutico que se está demandando. Situaciones que grafican el marco terapéutico desdibujado al modo tal: “*está con un bebé en brazos, el otro hijo está corriendo, el marido que entra y el perro que ladra*” (Entrevista núm. 10, 25/06/2020). En cuanto a esta problemática o nuevo desafío en relación a las delimitaciones del encuadre desde la vivienda personal, los profesionales comparten que estas situaciones que se viven complejizan el espacio de encuentro, tanto para la persona que vivencia la problemática como el profesional para poder intervenir de una forma más completa; pero también se reflexiona que son recursos que uno utiliza hasta tanto esta crisis sanitaria mundial vaya esclareciéndose.

Lévy (1999) afirma que la virtualización produce un proceso de desterritorialización, un espacio sin fronteras claras, sin significar que este espacio sin asignación territorial sea equivalente a que por ello no exista. En esta línea, Robles & Satos (2020) proponen que es vital comprender a la telepresencia como una presencia a distancia, “donde la sincronización reemplaza la unidad de lugar, creándose, por lo tanto, una situación donde coexisten muchos sistemas de proximidades” (p. 103). Es así como este nuevo espacio creado desde herramientas digitales poco empleadas en el ámbito de la psicología, pueden convertirse en una oportunidad si se está disponible a la potencia de lo virtual, permitiéndose pensar que estas problemáticas en cuanto a los trazados y delimitaciones del dispositivo están aún en un proceso de indagación y exploración. Teniendo en cuenta el desdibujamiento del encuadre bajo esta modalidad virtual, el equipo de salud refiere entender que la temporalidad se encuentra afectada en todos los sujetos bajo este fenómeno de pandemia, donde de a momentos no hay horarios, no hay rutina; teniendo en cuenta que esto se hace presente en el espacio terapéutico que se construye como un reflejo de lo que se está viviendo en la cotidianeidad. Y donde se comparte el desafío como profesionales en poder ir restableciendo y trazando en conjunto con el paciente nuevos límites del encuadre más óptimo para llevar a cabo este nuevo dispositivo virtual.

Respecto a los efectos de las prácticas e intervenciones llevadas a cabo, el equipo de salud mental reflexiona acerca de la importancia de estar disponible para el paciente y lo que este demanda del espacio terapéutico, así como también de tener presente el caso por caso, donde aún es muy temprano para concluir y analizar efectos, ya que los mismos continúan

sucedándose y cada uno de ellos se produce desde la singularidad de cada subjetividad abordada.

Tomando tres retazos brindados por los profesionales se analiza el lugar de cuidado y responsabilidad que se asume en el acompañamiento de los pacientes:

Bueno, yo considero que hay que ser un poco cauteloso en esto, no podemos ya tomar y llegar a conclusiones. Estamos en el momento de ver, qué efectos va a haber en la práctica, qué va a pasar... yo si soy de la postura de que como tenemos una responsabilidad con nuestros pacientes (...) En mi caso me llevo un tiempito, me llevo unos días porque me quedé como en estado de shock, como nos ha pasado a todos. Pero después si me parecía que tenía que estar, porque pensaba, si yo estoy en shock, me imagino los pacientes. Entonces si tenía que poder decir algo. Y con cada uno como decimos siempre, el caso por caso, se fue orientando... algunos que no estaban con tanta necesidad dijeron bueno por un tiempito no voy a venir, otros quisieron continuar las sesiones. (Entrevista núm. 6, 05/06/2020)

Hay que ir a verlos, pero también trato de fomentarles que hagan videollamada, que estén en contacto con sus seres queridos así, es la única forma, y lo hacen. Hubo un paciente que me planteó que le pasaba al revés, que hablar con sus seres queridos le hacía muy mal (...) Era como estar y no estar... así que ahí la intervención fue la contraria, no todo el tiempo videollamada, no todo el tiempo contacto con la familia, ahora la prioridad era recuperarse para poder volver a casa (...) y ahí fue el trabajo inverso. Es muy caso por caso. (Entrevista núm. 9, 23/06/2020)

Y con respecto a los pacientes y para ellos también fue difícil, porque hasta con algunos ya habíamos retomado la presencialidad en las sesiones; yo por lo menos había retomado presencial y otros de los colegas también y bueno, fue como dar marcha atrás también. Porque tuvimos que decirles que no, pero traté de mantener aunque sea sesiones telefónicas por esto, para no volver a cortar lo que ya se había retomado. Pero sí, fue un cimbronazo. (Entrevista núm. 9, 23/06/2020)

Desde Robles & Satos (2020) se sostiene lo que estos profesionales narran desde lo vivido: “las prácticas llamadas virtuales tienen la capacidad de generar efectos de diversa naturaleza (...) Tan importantes son los efectos de estas prácticas, que su uso debe guardar reservas, puesto que sus consecuencias también pueden resultar impredecibles” (p. 98).

También se sostiene la importancia de entender esta complementariedad de dispositivos en un momento de excepcionalidad como el que se vive, donde el empleo de dispositivos tecnológicos para garantizar la asistencia no deben recaer a la comparación con el encuadre presencial convencional. Ambas son, simplemente, diferentes formas de pensar el abordaje psicoterapéutico, y el foco debe estar en poder evaluar si potencian y son convenientes o si son poco convenientes; dejando de lado las acepciones reduccionistas ‘mejor’ o ‘peor’ donde la comparación acontece. Seguramente que este análisis va a depender de innumerables variables y tiempo para indagar los efectos que aún continúan apareciendo, por lo que es esencial la inclusión de testimonios sobre las prácticas actuales de salud mental para continuar pensándose.

Analizando lo anteriormente mencionado desde Moscona (2001), es interesante la postura de la autora respecto a la presencia de nuevas posturas epistemológicas que desdibujan las disciplinas, proponiendo un trabajo interdisciplinario. Lo que la autora vislumbra aquí es que bajo estas posturas, las disciplinas dejan de ser definidas únicamente por su objeto sino también por los problemas y las estrategias de intervención. Se plantea así, la posibilidad de poder identificar situaciones problemáticas y realizar intervenciones, donde son los efectos *a posteriori* los que evaluarán sus eficacias. Bajo esta reflexión, la autora afirma: “Propongo como hipótesis considerar *la variación de los dispositivos como variación en la producción de subjetividad y no en el descubrimiento del objeto. No es ecléctica, sino que está reglada por la lectura a posteriori de los efectos*” (Moscona, 2001, p.74).

Si, además de la incertidumbre, está la indeterminación, afirma Moscona (2001), entonces cada dispositivo no sólo dará acceso al conocimiento de zonas opacas o mudas imperceptibles desde la óptica de otro dispositivo, sino que determinará nuevas producciones de subjetividad. Esto puede pensarse dentro de la aplicación de la teleasistencia como dispositivo terapéutico para aquellos profesionales de la salud mental que se desafiaron a construirlo en conjunto con sus pacientes a partir la pandemia por Covid-19, donde además de haberse podido alumbrar zonas ocultas bajo los dispositivos previamente empleados, se produjeron zonas inéditas por explorar.



*La creatividad en la intervención como acto desde el cuidado*

Cabe destacar aquí que, más allá de los componentes de transformación y de reinención en la división de salud mental a partir del contexto sanitario mundial, se presencia en el intervenir de algunos profesionales que la componen elementos que potencian las implementaciones aquí ocurridas, siendo la creatividad y el deseo aspectos que la misma división identifica como promotores de salud y bienestar. Así, lo lúdico, lo ingenioso, la flexibilidad y la alegría se vuelven componentes presentes a la hora de trabajar desde la salud mental y sus efectos tiñen las intervenciones realizadas en este momento particular. Ya que aquí, al producirse un tambaleo de las certezas de lo que se consideraba lo conocido, los profesionales transitan un camino enigmático, donde pueden dar lugar a acciones creativas que desde lo instituyente puedan volverse nuevos instituidos. En palabras de Robles & Satos (2020): “De allí la importancia de estar disponibles a revisar prácticas, conceptos, tareas; atrevernos a desencontrarnos, a habitar el vacío, a bucear el caos y morar en la situación con la información que ella nos brinda, abriéndonos a la categoría ética y estratégica de estar disponibles a lo que en la situación (...) emerja” (p. 104).

Frases tomadas de las entrevistas con el equipo de salud mental permiten dar cuenta de ello bajo algunas expresiones utilizadas:

Entonces dentro de los distractores, me pongo yo. Yo ayer le decía a la paciente, “hoy me vine vestida de payaso”, porque viste que ahora nos tenemos que poner el barbijo, los guantes, la cofia, la máscara, la bata... **soy un payaso, y le digo “yo el lunes que viene voy a ver que disfraz me traigo”**. Y con esto de **naturalizar el protocolo, normalizar el proceso de internación** (...) Bueno eso es, uno va jugando un poquito con la creatividad para sacarlos de esta situación de enfermedad, de dolor... es necesario. (Entrevista núm. 4, 19/05/2020)

La profesional emplea la palabra “**retazos**”. Me cuenta que utiliza este término como un pedacito de tela, un recorte de una canción y no toda una obra porque con ello ya se da cuenta de las producciones subjetivas de cada uno, y que es interesante pensar en ese término en la práctica también. (Entrevista núm. 3, 11/05/2020)

“De esa manera nos vamos manejando, te digo que **es un poco artesanal...**”  
(Entrevista núm. 12, 15/07/2020).

Introduzco dentro de las intervenciones que implican la capacidad creativa y el deseo del profesional, un concepto fundamental para entender el motor y cimiento de las acciones instituyentes en la división de salud mental: el cuidado. Tomando a Najmanovich (2019) en su seminario “Cuidadanía: hacia una ecología de los saberes y cuidados”, la autora define al concepto cuidar bajo un análisis meticuloso sobre su etiología y cómo a partir de allí puede pensarse una red semántica de la palabra cuidado. El cuidar al que refiere como promotor de una ética del cuidado, que devendrá en lo que denomina ‘cuidadanía’, tiene su origen cuando alguien o algo toma importancia, generándose un vínculo. Desde este enfoque, Najmanovich (2019) presenta al cuidado concebido como un modo de relación con la naturaleza, con los otros y con nosotros mismos. Así como también una forma de vivir y convivir, habitando la vida y participando inextricablemente de la producción de sentido y de la comprensión, ligado al deseo, al preservar la vida y al buen vivir.

“(...) la acepción de ‘cuidado’ más valiosa para mí, es aquella que refiere a nuestra participación activa en la vida colaborando, nutriéndonos, prestándonos atención y ayudándonos mutuamente. Por eso el cuidado está inextricablemente ligado a interés, por uno mismo y el otro, y supone cierto compromiso personal, involucrarse e implicarse. (p.12)

Con la intención de diferenciar el cuidado que Najmanovich quiere destacar, de los cuidados que muchas veces se emplean en políticas, medidas o protocolos donde predomina la preocupación o la seguridad; el cuidado aludiendo al cuidar (al cual remite la autora) toma otras ramificaciones: el ayudar, el confiar, el cultivar y el pensar. Dentro de estas ramificaciones se desprenden gran variedad de verbos que podemos ver dentro de todas las intervenciones analizadas anteriormente, siendo algunas de ellas: implicarse, vincularse, explorar, estimular, proteger, asistir, dedicarse, atención, curar, disponibilidad y receptividad, entre muchas más. Ellas son algunas de los verbos que tiñen el hacer profesional de los miembros del equipo de salud mental; no en todo momento, no siempre de manera consciente,

pero sólo es necesario volver a repasar algunas de las intervenciones analizadas aquí para encontrar rastros de estas acepciones de la palabra cuidar en las intervenciones, siendo otro tipo de intervención en sí misma la que ha regado y nutrido las prácticas realizadas: *intervenciones desde el cuidado*.

¿Dónde se pueden vislumbrar las intervenciones desde el cuidado en la División de Salud Mental? En aquellas pequeñas acciones tendientes a poner como prioridad el paciente, en las adaptaciones realizadas para continuar día a día brindando acompañamiento, en las críticas y reflexiones acerca del ejercicio del rol profesional o en cómo se estaba llevando a cabo la implementación de los nuevos dispositivos, en la preocupación por cómo se encontrará el paciente la semana siguiente, en hacerlo reír a partir de las medidas de bioseguridad que cumplir... allí hay cuidado como política, y allí hay *cuidadanía*.

La *cuidadanía* surge, se sostiene y crece desde una mirada atenta al trayecto. Al igual que hacemos el camino al andar, a cuidar aprendemos cuidando. Y el cuidado no puede pre-verse, ni pre-suponerse, sino que la actividad de cuidar exige presencia en la situación, atención delicada a lo que acontece, apertura y permeabilidad hacia el otro, disponibilidad para albergar, curar, nutrir y potenciarnos en el encuentro vivo. (Najmanovich, 2019, p.27)

La autora al explicar este término hace hincapié en dejar en claro que la *cuidadanía* no es una meta u objetivo, sino un modo de existir, donde nos cuidamos en el vivir, el transitar juntos y en el habitar. Najmanovich (2019) sostiene que la *cuidadanía* es una ecología de los cuidados, donde se los recupera, realza, valoriza y cultiva en los modos vinculares; así como también una ética, siendo un modo de existir en la convivencia pero sin intenciones de ser una moral instituida. Resalta que se trata de estar disponibles para un trayecto de cuidado, así como también de nutrición mutua y aprendizaje; y que, más allá de que hay diversas formas de producción, algunas mucho más teñidas de *cuidadanía* que otras, “es preciso dar lugar a la experiencia situada, viva, contextualizada que incluya todo lo que los partícipes sean capaces de incluir (...) El cuidado genuino es siempre singular, situado, atento” (p. 32).

En retazos de algunas prácticas y reflexiones sobre ellas pueden apreciarse elementos de la *cuidadanía* como ecología de cuidados y como ética que orienta las intervenciones. En momentos como el actual, la *cuidadanía* puede permitir avanzar desde entender la pérdida de

lo instituido como algo esperanzador y transformador; de allí destaco la importancia de rescatar las siguientes frases, ya que encuentro en ellas la potencia de prácticas teñidas del espíritu del cuidado:

**“Esos casos nos vamos rebuscando, vamos inventando nuevos métodos entre los profesionales** para no hacer venir tanto al paciente que es de riesgo físico y a la vez poderle dar una solución” (Entrevista núm. 5, 26/05/2020).

Para mí lo importante de este tiempo es estar presente para el paciente. Yo creo que no es poco y ellos lo valoran mucho (...) Yo creo que en lo personal los pacientes me lo han agradecido y lo han valorado como algo respecto **a la capacidad de poder recurrir y que le vamos a encontrar la vuelta pero que van a poder continuar con ese espacio terapéutico.** (Entrevista núm. 9, 23/06/2020)

**“Empiezan estas cuestiones que van en desmedro de la salud. Entonces también es luchar contra eso y encontrar la manera de seguir marcando una estructura, a pesar de que en este caos estructura no hay”** (Entrevista núm. 10, 25/06/2020).

Entonces digo saber que tenés un equipo, tenés compañeros y que a pesar de la distancia y los protocolos a los que les hacemos mucho hincapié, sabemos que el otro está, hasta para contarnos lo difícil que la estamos pasando o cómo hemos vivido los aislamientos... esto de que te pregunten, de estar ahí, saber que estábamos para el otro. Y esos lugares en los equipos **son lugares de resiliencia, de transformación y de resistencia** en estos momentos que vivimos, así que eso es lo que más destaco. (Entrevista núm. 23, 13/11/2020)

Considero importante traer las palabras tal como fueron enunciadas desde sus emisores, ya que allí radica la riqueza de entender cómo ciertos aspectos teóricos son muchas veces aplicados sin una plena conciencia de esto. Desde Najmanovich (2019) y en concordancia con lo narrado aquí, no hay una posición absoluta de un cuidador y un cuidado, hay mutualidad y reflexividad, y más importante aún: “Cuidar no es seguir un protocolo (ni transgredirlo), sino habitar la situación y explorarla con curiosidad para poder pensar lo que

resulta más potenciador en ella” (p.17). Cuidar es capacidad creadora, deseo, invención y esperanza.

Promover la ciudadanía implica estar disponibles para un conversar cuidadoso (de los otros y de uno mismo), atento, capaz de albergar diversidad, hospitalario del otro, intenso y dispuesto a todas las acciones necesarias para preservar la vida. La ciudadanía no es un paraíso sin conflictos, ni aspira a la paz de los cementerios. La vida en común será siempre un campo de contiendas en el que *entrecambiamos* todos aprendiendo a convivir con la tensión y el conflicto que son fuentes indispensables para la creación de nuevos sentidos y prácticas, que nos permitan construir un mundo común en el que quepamos todos. (Najmanovich, 2019, p. 33)

### 8.2.3 RESIGNIFICANDO LO ACONTECIDO

Para introducir esta categoría de análisis, es indispensable presentar tanto el concepto de vivenciar como el de experiencia, ya que los mismos son protagonistas y permiten dar forma a la resignificación de lo vivido en este tiempo teñido por los efectos de esta pandemia. Dichas nociones se vislumbran en diversos momentos en la división, dependiendo de cada profesional y de la situación que se está atravesando en el servicio. Su temporalidad manifiesta la esencia del *kairos*, siendo sólo en este proceso atravesado donde aquello que irrumpió de a poco comienza a elaborarse, prendiéndose a la vida, al hacer... y así se puede resignificar y transformar en experiencia lo atravesado; siendo estos retazos singulares reflexiones únicas y muy valiosas, ya que para que aparezcan tuvieron que acontecer muchos otros tiempos, duelos y procesos.

Para pensar el proceso de resignificación y transformación de situaciones en experiencias, resulta valioso traer aquí lo trabajado por Benyakar (2005), quien toma el verbo vivenciar (diferenciándolo del sustantivo vivencia, ya que este último no transmite como el verbo el carácter permanente de su actividad constructiva) para trabajar su relación con la conformación de experiencias. Desde aquí, el autor destaca que no se trata sólo de resaltar que la construcción de la experiencia desde el vivenciar es procesalmente activa, sino de hacer énfasis en la idea de una red o trama vivencial que pone en relieve la continuidad de este proceso activo en el tiempo, donde para ello su articulación entre pasado, presente y futuro es crucial. Desde este autor, el vivenciar es concebido como un proceso continuo que da inicio con el nacimiento y a partir de allí permite la articulación de las vivencias entre sí. Respecto a esta articulación, “es una permanente transformación y retroalimentación de la vivencia que, en su devenir, no queda simplemente sujeta al impacto exterior sino que va transformándose desde lo interno” (p.48). Así es como Benyakar (2005) define a la experiencia como la articulación, la incesante interacción y transformación mutua de un evento fáctico con una vivencia. “En esta complicada y rica trama, el sujeto, entendido como un todo, se ubica en la intersección entre evento y vivencia. Por eso decimos que somos sujetos de experiencia” (p.55).

En la experiencia se combinan afectos actuales, desencadenados por un evento, con otros que surgen de vivencias del pasado, generándose así una conjugación afectiva que supone una paradoja en cuanto a la cualidad del tiempo, ya que implica que las vivencias del pasado posean actualidad en la medida en que éstas permanecen y actúan desde el sujeto. Benyakar (2005) afirma así que la experiencia se asume en una temporalidad paradójica, donde tanto el ‘ahora’ de lo actual como el ‘antes’ de las vivencias del pasado dejan marcas, deviniendo un confuso momento temporalmente indeterminado, pero el cual no deja de arraigarse en el tiempo circunscripto y determinado de lo fáctico. Desde este lugar de análisis, se puede presentar al escenario de crisis sanitaria mundial como un evento del ‘aquí y ahora’ que puede mixturarse con elementos propios de las vivencias pasadas de cada subjetividad. Los profesionales de la división se encuentran siendo testigos de diversos mal-estares que produjo la pandemia como evento fáctico, donde el vivir en cuarentena, y hoy aún en un contexto híbrido, cobraron distintas tonalidades y texturas en cada caso singular. Se puede decir aquí que la pluralidad de posiciones y respuestas ante el imprevisto de la pandemia da cuenta de la singularidad de las personas, remitiendo así a pensar en la noción de sujeto y a entender que, efectivamente, la situación de virus compartida globalmente resonará en cada singularidad de acuerdo a los tejidos y coordenadas de su aparato psíquico; permitiendo la conformación de tantas experiencias singulares como subjetividades atraviese.

Otra aclaración importante que el autor hace en alusión a la experiencia, es que la lectura de la conducta no debe interpretarse como una mera relación de lo fáctico actual, sino que su lectura debe enmarcarse en la perspectiva de la experiencia, siendo así la conjunción del evento con las vivencias las que habrán de determinar su particular coloración subjetiva:

Vemos entonces que la experiencia constituye un concepto dinámico y es el resultado de complejos procesos que, provenientes de distintos sectores del aparato psíquico, confluyen en ella en una especie de amalgama que, sin embargo, conserva sus marcas de origen, sus particularidades psíquicas, conformando un entramado en permanente reelaboración. La interrelación entre esos componentes es tan íntima que, en lo psíquico, ninguno aparece en forma independiente, sino enlazado en un trama que varía de sujeto en sujeto. (Benyakar, 2005, p.58)

Con esto se podría decir que, más allá del carácter catastrófico que puede tomar la pandemia como irrupción de un real hoy, su condición trágica, terrible y desgarradora, esto no es condición necesaria para que este acontecimiento devenga en traumático para todos

aquellos que lo transitan. Tanto en el trabajo con la angustia y el malestar, como en el abordaje del trauma no se debe prescindir de la singularidad de lo que para cada sujeto deviene traumático (ya que hay algo de la historia de cada uno que se resignifica en ese real que irrumpe). Frente a esto, es inevitable la pregunta: *¿qué de la pandemia devendrá traumático para cada quién?* Ante este interrogante, es importante que el psicoanálisis pueda estar a la altura de la subjetividad de la época (Lacan, 1956) y de este momento particular, cuyo carácter de sorpresa trastoca los encuadres y las modalidades de abordaje conocidas. Se puede decir que la postura actual del analista es la de impedir que la situación paralice y arrase; y donde ante esta abundancia del sin-sentido, se pueda brindar, un espacio para que la palabra otorgue sentido. Para luego, poder acompañar aquellas urgencias subjetivas desde el ‘poder hacer’ con ello que irrumpe.

A modo de testimonio acerca de lo acontecido en la División de Salud Mental, resuenan reflexiones de esta conformación de experiencias, tanto desde su lugar como profesionales como desde lo vislumbrado en los pacientes:

Creo que todos tuvimos que hacer un duelo porque pensábamos que en algún momento de este año la situación iba a cambiar y nos fuimos dando cuenta sobre la marcha que no, que todo este año lo vamos a tener que transitar así. Creo que todos fuimos haciendo como un proceso de duelo (...) bueno es como hemos estado viviendo esta pandemia, es el día a día. No se puede planificar. Eso yo lo trabajo mucho con mis pacientes también y conmigo misma. Aprender a convivir con la incertidumbre y en el día a día. No podemos hacer planes a largo plazo, porque no sabemos. Uno hace un plan y después capaz que ocurre algo y tenemos que dar marcha atrás... tenemos que estar todo el tiempo viviendo con eso. Y bueno, ahí está el desafío también, aprender a vivir con esa incertidumbre cuesta y es difícil. Y creo que está todo el mundo cansado ya, también lo percibo. (Entrevista núm. 16, 01/09/2020)

“Fue un proceso de aprendizaje que tuvimos que hacer todos, porque no estábamos entrenados los psicólogos para esto y los pacientes tampoco” (Entrevista núm. 16, 01/09/2020).



Quizás ahora es tiempo de pensar cómo el psicoanálisis puede ‘hacerse presente en estos momentos’. Esta situación inédita coloca a la sociedad en un tiempo de ver: aún no podemos comprender ni concluir y será para cada uno un trabajo a subjetivar sus efectos, marcas y consecuencias. Cómo este suceso ha implicado en cada singularidad y en lo social, también requerirá del tiempo lógico para poder inscribir sus efectos. En palabras de los profesionales, este proceso de elaboración que aún no puede terminar de escribirse, busca hacerse presente:

Hay que buscar esa vuelta para poder continuar (...) también en el hospital haciendo ese trabajito. De adaptarnos rápidamente para poder dar una respuesta a los distintos pacientes que lo solicitan, y una respuesta diferente a antes, pero que intentamos sea de calidad. (...) Entonces ese es el gran desafío que tenemos todos los distintos niveles, en los distintos momentos que vivimos. En el sentido de que la clínica nos está enseñando y vuelvo a decirte, nos está poniendo a prueba nuestra capacidad creativa y también nuestro deseo de continuar el trabajo. Porque también hay otra gente, mucha gente, incluyendo profesionales que con esto se habían deprimido un poco, que no está mal, son cosas que suceden, pero bueno por ahí ha sido más fuerte la proyección y ha sido más fuerte el miedo a contagiarse que el deseo de trabajar... entonces bueno, estamos en una situación delicada porque bueno, no es un momento de ponerse prejuicioso, sino de poder ver, en diferentes fracciones a esta pandemia que nos está tocando atravesar. (Entrevista núm. 5, 26/05/2020)

Y bueno después pienso yo que todo lo que pasa actualmente es cuando más se pone a prueba la vocación de cada uno. El deseo por la profesión de cada uno, porque realmente es un momento que te dan ganas o de salir corriendo o de comprometerte más. Yo creo que debe haber reacciones de todo tipo. Pero si me parece que es un momento que siempre está la responsabilidad del profesional en juego hoy más que nunca. Porque además hay que hacer malabarismos para seguir los tratamientos, porque el teléfono es como que ya está cansando. Es un inventarse todos los días. (Entrevista núm. 15, 01/09/2020)

Hacia el final de este análisis, los aportes respecto a las construcciones de dispositivos propuestos por Moscona (2001), permiten vislumbrar de lo que verdaderamente se trata el accionar de la división de salud mental, remitiendo a lo que la autora refiere como una ética del tiempo. Donde, tomando como baluartes la implicación y la responsabilidad, la misma

rehabilita el futuro, elaborando la angustia ante la incertidumbre que ésta genera, a partir de potenciar el ‘día a día’. Rige esta ética demostrándose en el aquí y ahora, a partir de la construcción de dispositivos promotores de cada encuentro como experiencia, instituyendo marcas y constituyéndose como un espacio productor de subjetividad en la medida en que la vincularidad entre analista/psicólogo/psiquiatra-paciente produzca u trabajo de simbolización permanente sobre las diferencias y sus efectos. “Donde la presencia del otro, en tanto alteridad, conlleve implícita la idea de un diferente-semejante, un prójimo-próximo, por lo que éste tiene de propio y de ajeno” (Moscona, 2001, p.84).

Así como también, esta resignificación vivida desde el equipo de salud mental permitió observar un movimiento de apropiación, deconstrucción y reconstrucción de sus conocimientos y prácticas: ‘Heredar transformando’.

‘Heredar transformando’ para lograr mejores condiciones de vida, es una decisión ética que cada generación debe asumir. (...) Herencia es la operación que realiza el heredero para diferenciar lo que es patrimonio de lo que es lastre; lo que es obstáculo de lo que es recurso. Hay un trabajo de deconstrucción de creación de nuevos sentidos y no sólo un legado. (Moscona, 2001, p.85)

La herencia de los conocimientos, formación y técnicas recuperada por cada profesional que integra la división, seguramente han sido herramientas aplicadas en este proceso de afrontamiento a esta situación impensada. Pero, si sólo permaneciera el componente instituido de estos aprendizajes y legados, si el pasado no fuera puesto en tracción con la situación presente, no habría instituyentes, no habría cambios ni movimientos transformadores, no habría decisiones ni trabajo colectivo, tampoco habría *cuidadanía*. Gracias a la ‘herencia transformadora’ de estos profesionales es que hoy podemos hablar de todo lo que hubo en este tiempo de pandemia en aquella división y que seguramente sea el puntapié inicial para muchas transformaciones más de aquel ‘saber hacer’ profesional.

## **9. CONSIDERACIONES FINALES**

## 9. CONSIDERACIONES FINALES

*Según la mitología griega, Eros es fruto de la unión del recurso Poros, y de la pobreza Penía, por lo cual, lejos de ser un dios omnipotente, se presenta como una fuerza perpetuamente insatisfecha e inquieta. Del mismo modo funcionan para nosotros, los psicoanalistas, las teorías que supuestamente nos respaldan pero que no alcanzan a cubrirnos; ellas poseen algo de Poros y algo de Penía. (...) Por un lado; nos proveen de los instrumentos conceptuales para orientarnos en relación a los problemas que se van presentando en nuestro quehacer clínico cotidiano pero, por otra parte, son un intento siempre fallido de encarar lo inabordable dado que la clínica desafía y horada las teorías en juego. (Moscona, 2001, pp. 73)*

A modo de concluir este Trabajo Integrador Final, pero aclarando que lejos de dar cierre al intento de analizar y comprender la situación de pandemia transitada en esta División de Salud Mental, que continúa reinventándose a lo que este contexto supone, valoraré esta instancia como un apartado que invite a continuar pensando y reflexionando sobre lo acontecido.

¿Cómo concluir un trabajo y una experiencia en un momento tan inédito, tan ajeno y que de a poco comenzamos a incorporarlo, habitarlo y transformarlo? Tal vez su dificultad de cierre radique en que, más allá de que la práctica ha llegado a su fin, sobre este contexto de pandemia no se puede concluir aún; y quizás eso mismo sea el cierre más adecuado de esta experiencia: dar cuenta de la apertura de un tiempo nuevo, inédito, que no será un retorno a lo anterior, sino a transformaciones y oportunidades. Concluir desde la concepción de esta pandemia como huellas, marcas y aprendizajes que llevarán sus tiempos singulares a elaborar y a construir sus efectos. En vez de un punto final, diría que este trabajo finaliza con puntos suspensivos, ya que hay algo que se seguirá produciendo, más allá de concluir con mi entrega. Creo que los interrogantes que quedan ayudarán en este apartado a seguir abriendo este tiempo y lo que el proceso en mí y en esta división de salud mental dejó. Con la intención de poder dar cuenta del transitar que pudo enraizarse y de a poco florecer a modo de experiencia, se retomarán las categorías de análisis elaboradas; en la búsqueda a su vez, de lograr en ellas,

sembrar una reflexión acerca de las posibles construcciones tendientes a continuar pensando la potencia de la clínica hoy.

-Desde sus *cambios y continuidades*, la División de Salud Mental pudo dar cuenta de su capacidad de adaptación y el afrontamiento de esta crisis sanitaria por la pandemia Covid-19 a partir de una reelaboración total del funcionamiento del servicio; tanto de la distribución de los espacios como también del trabajo en equipo, en todo momento presente y en constante transformación. Fueron momentos decisivos y desafiantes la llegada de los protocolos y directivas en diversos momentos de la pandemia, períodos que supusieron ajustes y cambios abruptos como lo fue la implementación del sistema de guardia de doce horas, la implementación de la asistencia remota y la realización de interconsultas estrictamente bajo el carácter de urgencia. Cambios internos al servicio también se vieron superpuestos a estas situaciones mencionadas, como lo fue el asumir un cambio de jefatura en medio de esta crisis sanitaria y un contexto incierto. El eje troncal de esta categoría radica en el escaso tiempo de asimilación debido a la dimensión de urgencia atravesada, y sin embargo la gran cantidad de desafíos asumidos que pudieron llevarse a cabo, garantizando desde un principio una atención constante más allá de la diversidad de reestructuraciones vividas.

Respecto a las permanencias y continuidades, persisten elementos innovadores bajo estas circunstancias, debido a que han logrado ser apropiados por la división y los profesionales que la integran. Son ejemplo de ello, la propuesta de complementar a la atención presencial, la teleasistencia como abordaje que posibilita una herramienta terapéutica válida a la hora de brindar atención y ampliar las posibilidades de accesibilidad al paciente. También, la persistencia del sistema de guardias a lo largo del año ha brindado buenas repercusiones en los profesionales, siendo otra continuidad que es considerada como posible a persistir cuando la pandemia cese. Tanto estos cambios, que han adquirido constancia y adaptaciones a lo largo de este tiempo para asegurar su permanencia, como elementos pertenecientes a características previas a este tiempo de pandemia en la división (como lo era la amplitud de enfoques teóricos y terapéuticos dentro del espacio, como así también el clima de respeto mutuo); se vuelven aspectos que persisten y se nutren de la superposición actual de los diversos modos de funcionamiento que habitan en la División de Salud Mental bajo este escenario inédito. Desde aquí, se pudo dar cuenta de la potencia respecto a la herencia de los conocimientos adquiridos por los profesionales, siendo esto un elemento perteneciente al

tiempo pasado, pero que en cierta medida permaneció vigente y en su conjugación con los cambios acontecidos se lograron transformaciones, que, más allá de su novedad, no dejaron de contener la esencia e identidad de la división; siendo esto el reflejo más fiel de la coexistencia de los cambios y las permanencias.

Sin dejar de dar cuenta de lo recién mencionado, y en el intento de poder complementarlo con aquello que continúa luego de mi experiencia, es que algunos interrogantes brotan aquí durante el análisis de esta categoría: *¿Sienten los profesionales que durante este período faltaron adaptaciones por hacer? ¿Cómo se piensan como división a partir de lo transitado? ¿Qué cambios realmente se irán a adoptar como una forma nueva de funcionar volcándose al terreno de las continuidades cuando la pandemia cese? ¿Habrán aspectos que dejarán de implementarse cuando la misma pase?* Desde lo personal, otros cuestionamientos han acompañado y han motivado la construcción de esta categoría en particular, ya que considero que las temporalidades que han acompañado a este equipo de profesionales bajo este contexto de pandemia ha sido un completo desafío por comprender. *¿Cómo la división logró adaptarse a una realidad tan cambiante sin paralizarse en algún momento? ¿Cómo hubiera sido estar allí dentro?* La continuidad y el sostenimiento de algunas actividades por parte de la división fueron fundamentales durante la práctica para el trazado de esta categoría; sin embargo, siendo mi primera experiencia de transmisión desde la virtualidad me pregunto: *¿Habré logrado comprender lo que allí aconteció? ¿Estas temporalidades reflejan la esencia de lo vivido en aquella división? ¿Los profesionales compartirán estos tiempos que fueron trazados a partir de la experiencia construida?*

-Desde las *intervenciones*, el equipo de salud mental pudo demostrar su compromiso en el intento de implicarse en los nuevos escenarios y lazos sociales acontecidos, a partir del desdibujamiento y desaparición de los encuadres hasta entonces conocidos. La aparición de nuevas demandas por parte de los pacientes, donde el agravamiento de síntomas, situaciones de violencia familiar, problemáticas de consumo y un gran aumento de intentos de suicidio fueron algunos de los malestares más evocados. La construcción de nuevos dispositivos y el empleo de nuevas herramientas en pos de continuar garantizando el acceso a la salud mental como un derecho esencial, permitió inscribir estas prácticas como habilitantes desde lo terapéutico; siendo aquí la teleasistencia uno de los dispositivos que refleja la singularidad de cada profesional a partir del modo en que lo implementan, así como también las respuestas

particulares y de gran diversidad que los pacientes tuvieron frente al mismo. Respecto a este recurso es interesante la reflexión compartida por el equipo de salud mental en cuanto a contar con este dispositivo como un elemento complementario a la atención presencial, permitiéndose pensar en ambas como diferentes formas de pensar el abordaje psicoterapéutico, ampliándose así las herramientas de abordaje de esta división.

La aplicación de medidas de bioseguridad fue otra de las grandes transformaciones que sufrieron las intervenciones de este equipo de salud mental, donde el cansancio de su meticulosa aplicación y la dificultad para valerse de las herramientas gestuales y sensoriales para la atención fue uno de los grandes desafíos a afrontar. Aquí, más allá de la incomodidad, lo extenuante y engorroso de la nueva vestimenta y protocolos, cada profesional encontró su manera de llevar a cabo su rol adaptándose y priorizando la responsabilidad y el cuidado para con sus pacientes, compañeros y sí mismos. Para esto, la creatividad, la invención y el ingenio fueron los condimentos primordiales que permitieron dar frutos al armado de intervenciones, dispositivos y encuadres inéditos, a la altura de las situaciones que debieron ser atravesadas; a partir de apostar a procesos instituyentes en los cuales los efectos a posteriori permitirán ir evaluando la efectividad de estas prácticas teñidas del deseo profesional por brindar una continua atención y cuidado.

Respecto a estas valoraciones, surgen a su vez interrogantes sobre el intervenir en pandemia, donde los tiempos continúan igual de fluctuantes e inciertos. Desde los pacientes, enunciación que, finalizando este trabajo considero verdaderamente refleja el lugar de paciencia activa que se ha tenido que afrontar bajo este contexto; a la espera y adaptación de los modos disponibles para contar con un espacio terapéutico es que me pregunto: *¿Cómo sobrellevarán los pacientes el próximo año si la situación epidemiológica no mejora? ¿Qué efectos continuarán desplegándose en el vínculo terapéutico?* A partir de haber podido escuchar la clínica este último tramo del año, donde la pandemia sigue persistiendo y algunos efectos comienzan a poder pesquisarse, es inevitable no destacar aquí cómo continúa asombrándome el hecho de que se hayan logrado generar e incluso sostener vínculos terapéuticos desde la asistencia remota. La virtualidad como modo de encuentro ha sido uno de los grandes hallazgos a continuar explorando en esta división. Desde la experiencia de práctica, puedo dar cuenta de que, más allá de la falta de presencialidad física, uno puede llegar a conocer ciertos aspectos de las personas a través de sostener encuentros en la virtualidad. Y observé en ellos, así como en los relatos de los profesionales, que la presencia fue el elemento que más en juego se encuentra en estas circunstancias. En la división esa

presencia logré percibirla con dedicación y predisposición por sostener y ayudarme a construir esta nueva modalidad de práctica. Y en la misma, haber logrado generar un vínculo a pesar de no haber podido contar con la presencialidad continúa siendo una sensación indescriptible hasta el momento y que me interpela: *¿Qué pasará con los efectos de estos encuentros en la virtualidad?*

-Desde la *experiencia*, donde el sello más fiel de esta categoría se vislumbra en el análisis del hacer profesional desde las nociones de ‘*cuidadanía*’ (aquella ecología de los cuidados y ética dispuesta a todas las acciones necesarias para preservar la vida) y ‘*heredar transformando*’ (desde aquel trabajo de deconstrucción y reconstrucción de sentidos a partir de aquello legado). Aquí el diálogo interdisciplinario, la revisión epistémica y teórica, la ética, y la crítica de lo instituido fueron las herramientas de las cuales el equipo de salud mental se nutrió para poder desplegarlas en el establecimiento de estos nuevos vínculos terapéuticos a ser forjados. La prudencia, la paciencia y la ‘presencia’ (escenificada inclusive aún más desde la virtualidad) fueron elementos de fortaleza y templanza que permitieron la maleabilidad de las prácticas profesionales, y sus reflexiones sobre su accionar y los posibles efectos en los pacientes un indicio de resignificación y resiliencia.

*¿Cómo se encuentran hoy los profesionales respecto a la pandemia a comparación de los primeros meses del año? ¿Qué otros sentimientos además del cansancio y la satisfacción percibida en los últimos encuentros los habrán acompañado?* Respecto a lo acontecido son múltiples mis interrogantes hacia esta categoría, quizás la más delicada a construir debido al respeto que conlleva permitirme pensar desde aspectos tan singulares y subjetivos. Por eso, no quiero olvidar en esta categoría una pequeña reflexión desde lo que supuso esta práctica como parte de mi experiencia personal, ya que, dentro de las vicisitudes que la pandemia trajo a mi vida, la concreción de esta práctica supuso un gran acompañamiento del último trayecto de mi carrera, encuadrando mi rutina diaria que tantos desdibujamientos había atravesado, delimitándose como un desafío y una motivación a descubrir la forma desde este hacer inédito que se me presentaba. También tengo presente que aún me guardo un tiempo personal con esta experiencia a modo de sumarse como otro cierre al ya concretado: el lograr conocer a la división y sus profesionales en lo presencial, esperando una circunstancia que permita los saludos y las conversaciones, sin distanciamiento social o pantallas de por medio. Más allá de



eso, y sin dudas, esta práctica se integra y hace trama en mis vivencias como experiencia, siendo ahora parte de mi singular y mi propio *kairos*.

Por último, me interesa recuperar, como lo he hecho a lo largo de este trabajo, las voces de los protagonistas de esta experiencia de sistematización a partir de algunas de sus reflexiones acerca de la última pregunta que decidí hacerles en las entrevistas de cierre de la práctica, las cuales también hacen a una reflexión personal desde la experiencia. *¿Qué se podría decir respecto a la salud mental a partir de este momento de pandemia desde sus lugares profesionales, desde donde lo vivieron?*

Me parece a mí que algo que estaría un poco mejor que pasara es que nosotros como servicio podamos ver un poco más allá del servicio y ver la realidad del hospital, me parece que hay que trabajar un poco más en eso, me gustaría. (...) creo que eso es parte de la salud mental en un hospital público, y que no es sólo atender pacientes sino también poder hacer una lectura y poder acompañar a los médicos y a enfermería. (Entrevista núm. 20, 13/11/2020)

Creo que los más afectados, en toda esta pandemia han sido los usuarios, creo que en cuanto a ellos, a mí me queda como una deuda pendiente. Porque pensar en Salud Mental es pensar en muchísimo más que un usuario, que un paciente... y creo que les debemos mucho a los pacientes y creo que nos debemos mucho el equipo de salud también. Creo que en este momento no sólo pienso en los usuarios, pienso también en nosotros como equipo de salud. Pienso si verdaderamente nos estamos dando el espacio para pensar en la salud mental de todos. (Entrevista núm. 22, 13/11/2020)

Pero sí creo que es una de las patas más vulnerables en estos momentos de la salud en general. Creo que es una de las patas más vulnerables y más vulnerabilizadas. Ya estaba vulnerabilizada por la falta de presupuesto, por la falta de espacio, de accesibilidad y creo que ahora se ha magnificado de alguna manera la demanda desde todos los espacios (...) vamos a tener que ver cómo se da respuesta. Respuesta en serio, no estas respuestas escritas, más allá de lo que podamos escribir sino qué podemos hacer concretamente con esta población, de profesionales y comunidad. (Entrevista núm. 22, 13/11/2020)

Esta última pregunta presenta una aclaración en los profesionales, acerca de que estas reflexiones sobre la salud mental muestran problemáticas que ya se encontraban en tensión, pero que la pandemia ha magnificado. Y frente a ello, reflexiono acerca de que el develamiento de muchas desigualdades existentes a partir de lo sucedido ha sido inminente. Quizás sea el momento de que estas reflexiones hagan mella para que, como sociedad, nos impliquemos en verlas y en hacer algo al respecto. Escuchar profesionales dedicados, donde en un contexto tan desafiante apostaron por seguir haciendo por los pacientes, por atenderlos, por encontrar la forma de seguir avanzando... es allí donde se hace tangible la transformación de lo pasado y heredado desde el cuidado, creando nuevas formas de implicarse desde el deseo, motivando a futuros profesionales y trazando un norte que da esperanza.

“Un límite no es solo aquello ante lo cual algo se detiene, sino que puede considerarse también como un borde a partir del cual algo comienza a desplegarse” (Moscona, pp. 74). Esta frase acompaña estas reflexiones desde el lugar que espero este trabajo sea sólo el comienzo a tanto por continuar: pensando, vivenciando, preguntando, cuestionando, explorando, creando... ya que desde esta perspectiva radica la potencia actual de lo que estamos transitando. Y en donde, desde el acompañar estos tiempos del equipo de salud mental, encuentro en actos, gestos y frases diarias, casi imperceptibles en algunos momentos, con contundencia en otros y en algunos desde sutilezas, las semillas que estos profesionales han comenzado a sembrar y nutrir con decisiones: en el tomar esta crisis desde el camino de la oportunidad y transformación, en el practicar una clínica desde el vínculo... una clínica desde el cuidado... una clínica desde la esperanza.

## **10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida-Filho, N.; Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75, 5-30.
- Belaga, G. (2005). Ciencia, política y clínica del trauma. En *La urgencia generalizada II: ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 9-29). Buenos Aires: Grama.
- Benyakar, M. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblos.
- Chevnik, M. (1991). La interconsulta Médico Psicológica. Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. En Bekei, M. (Ed.), *Lecturas de lo psicosomático* (pp. 64-69). Buenos Aires: Lugar.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, Asamblea Ordinaria, 30 de Noviembre de 2013. Recuperado de [http://fepra.org.ar/docs/C\\_ETICA.pdf](http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf)
- Delgado, O. (2005). Angustia y Trauma. En G. Belaga (Ed.), *La urgencia generalizada II: ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 75-91). Buenos Aires: Grama.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-23.
- Freud, S. (1896). Manuscrito K. Las neurosis de defensa. En *Obras completas* (pp.260-269). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1918). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras completas* (pp. 151-163). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras completas* (pp. 65-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Haz, A., Díaz, D., & Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el Psicólogo Clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Revista Terapia Psicológica*, 20(1), 1-7.
- Hospital Córdoba. (Junio 2020). *Salud Mental*. Recuperado de <http://hospitalcordoba.com.ar>

- Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias. Recuperado de [www.cepalforja.org/sistematizacion](http://www.cepalforja.org/sistematizacion)
- Jara Holliday, O. (2006). *Cómo sistematizar. Una propuesta en cinco tiempos*. CEP Alforja. Costa Rica.
- Lacan, J. (1973). *El seminario de Jaques Lacan. Libro 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). Acto de Fundación. En *Otros escritos* (pp. 247-259). Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. 1ª ed. Buenos Aires: Tres Haches.
- Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia*, 2(6), 2-7.
- Laurent, E. (2005). El tratamiento de la angustia postraumática: sin estándares pero no sin principios. En G. Belaga (Ed.), *La urgencia generalizada II: ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 31-49). Buenos Aires: Grama.
- Lévy, P. (1999). *¿Qué es lo virtual?* Buenos Aires: Paidós.
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre, 2010. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)
- Gómez Rojas, M. T. (2007). La Psicología de la Salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychología. Avances de la disciplina*, 1(2), 159-179.
- Matet, J. D. (2009). No hay psicoanalistas en institución, sino efectos psicoanalíticos. *Freudiana*, 1(55), 73-78.
- Medina, A. & Narodowski, P. (2015). *Estado Integración y Salud. La gestión en red en un hospital público*. 1ª ed. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Moscona, S. (2001). Construcción del dispositivo y nuevas inscripciones. *Dispositivos vinculares y nuevas inscripciones*, 2(2), 73-88.
- Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación*. Buenos Aires: Biblos.

- Najmanovich, D. (2019). Ciudadanía: Hacia una ecología de saberes y cuidados. Recuperado de [www.denisenajmanovich.com.ar](http://www.denisenajmanovich.com.ar)
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *¿Qué es una pandemia?*. Recuperado de <https://who.int/es>
- Pagés Blanch, J. & Fernández, A. S. (2010). La enseñanza y el aprendizaje del tiempo histórico en la educación primaria. *Cuadernos CEDES*, 30(82), 281-309.
- Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.
- Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.) Madrid: Edición del Tricentenario. Recuperado de <https://dle.rae.es/intervenir>
- Robles, C. & Satos, A. (2020). Desterritorializar el campo grupal: la potencia de los grupos a distancia. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 10(20), 95-105.
- Salgado, M. (2000). Servicio de Salud Mental del Hospital Córdoba. En *Historia del Hospital Córdoba, 50º Aniversario año 1950-2000*, (pp. 250-254). Córdoba.
- Slaikue, K. (1999). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Sousa Campos, G. D. (2006). *Gestión en Salud*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar.
- Stagnaro, J. C. (2006). Evolución y situación actual de la Historiografía de la Psiquiatría en la Argentina. *FRENIA*, 6(1), 7-37.
- Stern, D. B. (2012). La atestiguación a través del tiempo: acceder al presente desde el pasado y al pasado desde el presente. *Aperturas psicoanalíticas*, 41, 1-18.
- Stolkiner, A. (2021, 31 de enero). Una pandemia no es sólo un fenómeno biológico, es un fenómeno social, cultural y subjetivo. *Random*. Recuperado de <https://revistarandom.com.ar/2021/01/31/stolkiner/>
- Tarrab, M. (2005). La insistencia del trauma. En G. Belaga (Ed.), *La urgencia generalizada II* (pp. 59-62). Buenos Aires: Grama.
- Torres, M. (2005). Todos contra la pared en la civilización del trauma. En G. Belaga (Ed.), *La urgencia generalizada II: ciencia, política y clínica del trauma* (pp. 51-58). Buenos Aires: Grama.

- Troianovski, L. (2009). ¿Cómo contrariar la segregación en el marco de las prácticas sociales? *Freudiana*, 1(55), 73-78.
- Uzorskis, B. (2002). *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Waisbrot, D. (2020, 28 de mayo). *Trauma-Acontecimiento-Catástrofe. Subjetividades... ¿migrantes?* [Sesión de conferencia]. Colegio de psicoanalistas, Buenos Aires.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación II*. Córdoba: Brujas.
- Žižek, S. (2020). *Pandemia. La covid-19 estremece al mundo*. 2ª ed. Barcelona: Anagrama.

## **11. ANEXOS.**



*PROTOCOLOS Y ENCUENTROS VIRTUALES ENMARCADOS BAJO EL CONTEXTO DE PANDEMIA*

## Primer Encuentro “Capacitación para equipos de Salud: el cuidado de la salud mental en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19”.

**Propósito:** Brindar herramientas a trabajadores de la salud del Primer Nivel de Atención para el auto-cuidado de la salud mental.

**Principales contenidos:** Prácticas de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres con enfoque en COVID-19. Protección de la Salud Mental de los integrantes de equipos de primera línea de intervención. Niveles de Intervención frente a un incidente crítico.

**Especialistas:** Dr. Hugo Barrionuevo, Director Nacional de Salud Mental y Adicciones y Dra. Silvia Bentolila, integrante del equipo regional de respuesta frente a Emergencias Sanitarias de la OMS/OPS.

**Modalidad:** Videoconferencia Webex.

**Número de reunión:** 925 578 190.

**Contraseña de la reunión:** 98000.

**Fecha y horario:** Jueves 2 de abril, de 11 a 12 hs.

Dirección Nacional de Salud  
Mental y Adicciones

Dirección Nacional de Salud  
Familiar y Comunitaria



Ministerio de Salud  
Argentina



nuevo  
coronavirus  
COVID-19

## Anuncio

El Gobierno dictó  
la ampliación del  
aislamiento social,  
preventivo y obligatorio  
hasta el 24 de mayo  
inclusive.

**cuidarte es cuidarnos**

Argentina unida



**TEMAS TRATADOS:****1) PLANILLAS CONTROL EPP**

La misma comenzara a implementarse a partir del mes de Mayo. Se enviará a cada jefe de servicio y Supervision de Enfermeria, los instructivos de uso. Se aplicara para todos los servicios de internacion, servicios ambulatorios, y diferentes disciplinas. El servicio de Farmacia coordinará con cada uno la provision de insumos.

**2) AREA DE ATENCION DE FEBRILES**

Continuan las obras en el AREA DE ATENCION DE FEBRILES E INTERNADO (GUARDIA CENTRAL)

Mientras se continua la misma, se habilitara una sala más en Clinica Medica para AISLAMIENTO DE PACIENTES A LA ESPERA DE RESULTADO DE HISOPADOS.

De esta manera, quedan establecidas.

-SALAS 106 Y 107 PARA PACIENTES EN AISLAMIENTO CON SOSPECHA DE COVID 19.

-SALA 104 (4 CAMAS), PARA GUARDIA CENTRAL (CAMAS FRIAS)

-SALA 105, SALA DE AISLAMIENTO DE CLINICA MEDICA

**3) TRIAGE AL PERSONAL E HISOPADO**

-Se cotizaron los termometros infrarojos para realizar el control de Temperatura al ingreso de todos los agentes. Una vez adquiridos, se realizara la modificacion del area de ingreso.

-Aun no se fijado la fecha de Hisopado al personal. Una vez confirmada se comunicara a cada jefe de servicio.

**4) CIRCULACION**

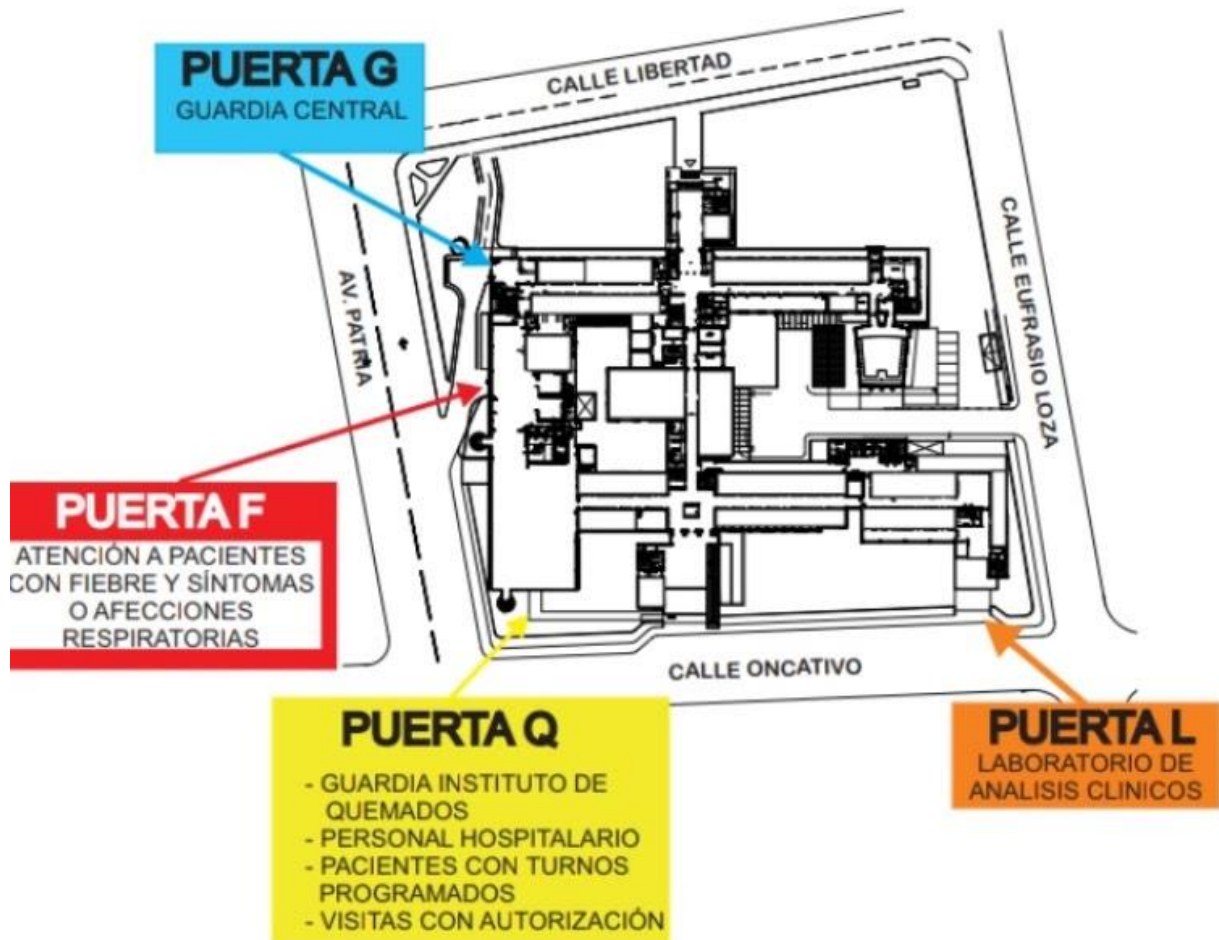
Se continua trabajando en las mejoras de contencion de ingresantes por PUERTA Q, a los fines de garantizar el distanciamiento social obligatorio.

## ANEXO I DISPOSICIÓN INTERNA N° 10/2020

**ESQUEMA DE EMERGENCIA DE ACCESOS:**

- 1) **PUERTA G:** ACCESO A **GUARDIA CENTRAL:** SOLO PARA PACIENTES QUE ACUDEN POR **URGENCIAS, EMERGENCIAS, SIN TURNO PROGRAMADO.**  
# AVENIDA PATRIA (Esquina Libertad)
  
- 2) **PUERTA "F":** PACIENTES **FEBRILES-RESPIRATORIOS:** AQUELLOS QUE PRESENTAN LOS SÍNTOMAS BÁSICOS **SOSPECHOSOS DE COVID-19**  
#AVENIDA PATRIA.
  
- 3) **PUERTA Q:**
  - **PERSONAL HOSPITALARIO.**
  - **PACIENTES CON TURNOS PROGRAMADOS.**
  - **GUARDIA QUEMADOS**
  - **VISITAS CON AUTORIZACIÓN**# CALLE ONCATIVO (casi esq. Patria)
  
- 4) **PUERTA "L":** PACIENTES QUE ASISTEN A **LABORATORIO.** HORARIO RESTRINGIDO DE 6:30 A 9 AM.  
# CALLE ONCATIVO (casi esq. Eufrasio Loza).
  
- 5) **PUERTA D:** PORTÓN ACCESO A PLAYA DE ESTACIONAMIENTO: PACIENTES DE **DIÁLISIS.**  
# CALLE EUFRASIO LOZA.

# Puertas de Ingreso





FICHA DIARIA DE SEGUIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO P/TODO PERSONAL QUE SE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCIÓN PERSONAL DE SALUD, ADMINISTRATIVO, MAESTRANZA, SEGURIDAD, LIMPIEZA, COCINA, TERCERIZADOS, PROVEEDORES Y OTROS

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PERSONAL	DNI	SERVICIO/EMPRESA DONDE SE DESEMPEÑA	¿ESTÁ AFECTADO A LA ATENCIÓN EN COVID 19?		¿ATENDIÓ O SE DESEMPEÑÓ EN OTRA INSTITUCIÓN EN LAS ÚLTIMAS 24 HS.? ¿CUÁL/ES?	¿EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS TUVO CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS COVID19+?		¿PRESENTÓ SÍNTOMAS (fiebre, tos, odinofagia, dificultad respiratoria, anosmia/disgeusia) EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS?	TEMPERATURA	FIRMA
			SI	NO		SI	NO			
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		
			SI	NO		SI	NO	SI		

Dirección Nacional de  
Salud Mental y Adicciones



Ministerio de Salud  
Argentina

## RECOMENDACIONES DE SALUD MENTAL PARA LOS EQUIPOS DE SALUD POR LA PANDEMIA COVID-19

A medida que las noticias sobre el coronavirus (COVID-19) dominan los titulares en los medios y aumenta la preocupación pública, es importante tener en cuenta que cuidar su salud mental es tan importante como cuidar su salud física.

### Apoyos para trabajadores de salud en situación de pandemia

Estas situaciones pueden generar sobrecarga emocional y estrés que afectan la salud de los y las trabajadores y trabajadoras de salud.

Usted puede experimentar:

- Irritabilidad
- Cambios bruscos en el humor
- Ansiedad
- Hiperactividad
- Dificultades para conciliar el sueño y descansar
- Aumento de la atención involuntaria
- Enojo
- Necesidad de continuar con la tarea y dificultades para detenerse

### Es muy importante que pueda cuidarse para seguir cuidando

Está trabajando bajo presión. Estar atento/a a su salud es fundamental para poder seguir.

Trate de hacer pausas para descansar, para alimentarse, mantenga comunicación con sus afectos y con colegas para compartir sentimientos y experiencias.

Hablar sobre sus preocupaciones y sentimientos lo ayudará a encontrar formas de atravesar este momento y también puede ayudar a los otros.

Recibir apoyo y atención de otros puede brindar alivio y evita la sensación de soledad.



Dirección Nacional de  
Salud Mental y Adicciones



Ministerio de Salud  
Argentina

Esta es una situación única y sin precedentes para muchos trabajadores y trabajadoras de la salud. Haga uso de todas las estrategias que le sean útiles para aliviar el estrés.

**Tenga presente que esta no es una carrera de velocidad,  
es una maratón a largo plazo.**

- Evite la exposición excesiva a las noticias: actualice su información principalmente para tomar medidas prácticas.
- Es conveniente actualizar su información una o dos veces al día en un mismo horario.
- Busque información precisa de fuentes confiables.
- Limítese a leer sólo información oficial.
- Si manifiesta un cambio importante en el modo de actuar en relación con su forma de ser anterior a esta situación, si el malestar o estrés le impiden realizar tareas habituales, si pierde la capacidad de disfrutar o su estado de ánimo se altera, no dude en buscar el apoyo de un profesional de la salud mental.

**Para cuidar a quienes cuidan es necesario trabajar en equipo**

- Establecer acuerdos durante periodo de trabajo, que garanticen los cuidados básicos necesarios, como el descanso entre turnos o las medidas de distanciamiento social e higiénicas requeridas.
- Trate de mantener hábitos saludables en la medida de lo posible. Se recomienda ingerir 2 litros de agua diarios y realizar algún tipo de actividad física.
- Incremente las medidas de autocuidado si tiene alguna enfermedad crónica.
- Consulte de forma inmediata ante la presencia de fiebre y síntomas respiratorios (tos, dolor de garganta o dificultad respiratoria), no se automedique, no subestime ninguna manifestación clínica. Siga las recomendaciones de la jurisdicción en la que reside en relación con la modalidad de consulta. Se recomienda que sea a través de la atención telefónica para disminuir el riesgo y organizar la consulta posterior.

## 2º Conversatorio Virtual

**TEMA: Cuidados ante el Covid-19 en etapas pre y postrasplante.**

DESTINATARIOS: Personas trasplantadas, en lista de espera y familiares.

DISERTANTES: Dr. Sergio Arselan, Médico Infectólogo, Hospital San Roque / Dr. Pablo Novoa, Médico Jefe Trasplante Renal, Hospital Córdoba.



**Virtual** vía plataforma:  Meet



**8 SEPTIEMBRE** a las **15:00 hs.**

\* Inscripciones a través del formulario, completario para obtener el link de acceso a la reunión en su e-mail

Consultas:  +54 9 351 6310112 (mensajes)  areasocialecodaic@gmail.com

Organiza: CAP / Área de Trabajo Social Ecodaic.



**#DonarSalvaVidas**



Ministerio de  
**SALUD**







## PRIMER ENCUENTRO PROVINCIAL **CONSULTORIOS INCLUSIVOS**

Participarán equipos profesionales de Hospitales, Centros de Salud y Consultorios Inclusivos de Córdoba capital e interior, en un encuentro articulador en el que se compartirán recursos y herramientas para la atención de las demandas específicas de la población trans y del colectivo LGBTIQ+ en general.

**VIERNES 16 de octubre - 11 hs.**  
**Plataforma Meet.**

Consultas: [mujerygenero@minaclavero.gov.ar](mailto:mujerygenero@minaclavero.gov.ar)

