

Ponce Savio, María de los Milagros

**La incidencia de la pandemia
en los dispositivos de una
clínica privada monovalente de
la Ciudad de Córdoba**

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

Directora: Bracamonte, Carolina

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



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin
Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“La incidencia de la pandemia en los dispositivos de una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba”

Maria de los Milagros Ponce Savio

2022

“La incidencia de la pandemia en los dispositivos de una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
Sistematización de prácticas
Contexto Clínico

“La incidencia de la pandemia en los dispositivos de una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba”

Autora: María de los Milagros Ponce Savio

Directora: Lic. Carolina Bracamonte Gómez

Córdoba, 2022

Agradecimientos

A mis padres, Carina y Martín, personas fundamentales para cumplir mis sueños, mis dos mayores referentes en la vida y los pilares de lo que soy como persona. A mis hermanos, Martin, Lizardo y Matías, mis motores de vida, que me acompañan y motivan desde el inicio.

A Humberto, mi compañero, por celebrar conmigo mis logros, por su alegría y contención. A mis amigas, de la vida y de la universidad, a quienes admiro, y me incentivan a cumplir mis metas.

Al equipo de La rosa de los Vientos, especialmente a Cecilia y Ricardo, mis maestros, quienes me transmitieron su vocación por esta profesión.

A la Universidad Católica de Córdoba, a cada docente y compañero que ha aportado de sí para ayudar a construirme como profesional. En especial, a la Lic. Carolina Bracamonte, por su acompañamiento de cada detalle en este Trabajo Integrador Final. Gracias por su guía y dedicación.

A la Clínica Saint Michel, por recibirme y brindarme su espacio de aprendizaje. A cada profesional, que de manera desinteresada han dedicado su tiempo en formarme. Especialmente a la Lic. Patricia Decara. Gracias por enseñarme la gran labor que desde la psicología se puede desempeñar en esta época tan desafiante.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-----|
| ÍNDICE DE SIGLAS..... | 7 |
| 1.INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| 2.CONTEXTO DE PRÁCTICA..... | 11 |
| 3.CONTEXTO INSTITUCIONAL..... | 17 |
| 4.EJE DE SISTEMATIZACIÓN..... | 27 |
| 5.OBJETIVOS..... | 29 |
| 6.PERSPECTIVA CONCEPTUAL..... | 31 |
| 6.1 Marco legal de Argentina en tiempos de pandemia..... | 33 |
| 6.2 La crisis por Covid-19: lo disruptivo, lo traumático y lo acontecimental..... | 36 |
| 6.3 Concepto de dispositivo..... | 41 |
| 7.MODALIDAD DE TRABAJO..... | 51 |
| 8.ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA..... | 55 |
| 8.1 Recuperación del proceso vivido..... | 56 |
| 8.2 Análisis de la experiencia..... | 66 |
| 8.2.1. La clínica hoy no es la misma..... | 66 |
| 8.2.2 Dispositivo de internación..... | 70 |
| 8.2.3 Dispositivo de Hospital de Día..... | 81 |
| 8.2.4 Acerca del psicólogo clínico en pandemia..... | 93 |
| 9.CONCLUSIONES..... | 100 |
| 10.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 105 |

ÍNDICE DE SIGLAS

ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

HdD: Hospital de Día

PPS: Práctica profesional supervisada

1. **INTRODUCCIÓN**

El presente Trabajo Integrador Final surge a partir de las actividades realizadas en el marco de la cátedra Práctica Profesional Supervisada, de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, lo cual se constituye como requisito para la finalización de la carrera. Este escrito retoma, desde el contexto clínico, la sistematización de la experiencia de prácticas llevada a cabo en la institución monovalente Clínica Privada Saint Michel, en los meses de abril a noviembre del año 2020. La experiencia de práctica se llevó a cabo de manera virtual, en el marco de la pandemia por Covid-19.

Para llevar a cabo la sistematización fue necesario describir diferentes apartados que se van desarrollando a lo largo del trabajo. En primer lugar, se presenta el *contexto de práctica*, que apunta a conocer brevemente el recorrido histórico y social de la psicología y en especial de la psicología clínica, como también su marco legal en Argentina. En un segundo momento, el *contexto institucional*, que tiene como finalidad enmarcar la experiencia a partir de una presentación de la institución, la descripción de sus servicios como también su funcionamiento en la situación actual. En tercera instancia, se presenta el *eje de sistematización*, siendo su función la de hilo conductor de este trabajo. El eje delimitado es el siguiente: *La incidencia de la pandemia en los dispositivos de Internación y Hospital de día en una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba*. El trabajo continúa con los *objetivos*, tanto el general como los específicos, que se pretenden alcanzar.

En la siguiente instancia, se desarrolla la *perspectiva conceptual*, con la intención de definir los conceptos centrales que resultan fundamentales comprender en relación a la temática abordada. Luego, se explica la *modalidad de trabajo*, detallando la población, herramientas de recolección de datos, técnicas de análisis de datos y aspectos éticos. La metodología que se asume es la sistematización ya que permite la reconstrucción y reordenamiento de los datos obtenidos a lo largo de la experiencia, dando lugar a la interpretación crítica y conceptual de los mismos (Jara Holliday, 2011).

Posteriormente, 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 los encuentros y actividades realizadas. Este proceso da lugar al *análisis de la*

experiencia, el cual propone una interpretación crítica del proceso, retomando el eje y sus objetivos. Por último, las *conclusiones* a las que se ha llegado luego de este proceso.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 Definición de la Psicología y Psicología Clínica

La psicología se define como una ciencia que estudia el comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos; este tiene una variedad de formas o manifestaciones que incluyen la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente. A su vez, el comportamiento estudiado se da en los distintos contextos incluyendo las relaciones sociales, las actividades laborales, el desarrollo educativo, la vida familiar y todos los ámbitos del hacer humano. Asimismo, se ha de estudiar de acuerdo con la persona o actor de la acción de que se trate, lo que supone la incorporación de las circunstancias biográficas. Por lo tanto, el comportamiento depende del contexto o situación presente y de la persona de acuerdo con su trayectoria biográfica (FEAP, 2003).

Continuando con el desarrollo de esta ciencia, en el siglo XIX el interés se centró en el sujeto o la persona como objeto del saber científico, y en cómo el mundo construye al sujeto o en cómo el individuo es modelado por el mundo y, ante esto surgen las ciencias humanas o sociales, entre ellas la psicología, alcanzando a fines del siglo su institucionalización científica. Las ciencias sociales, especialmente la psicológica, tienen una doble vocación, por un lado, constituir un conocimiento básico, de carácter empírico y experimental, y por otro, ofrecer un conocimiento aplicado que sirva a la mejora práctica de los asuntos humanos. La psicología aplicada se da en distintos campos profesionales entre los cuales se encuentra la Psicología Clínica.

La Psicología Clínica es un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros. El estudio del comportamiento por parte de la Psicología Clínica se interesa principalmente en establecer un psicodiagnóstico, cara a identificar el trastorno, en analizar la condición psicopatológica, cara a una explicación, y en llevar a cabo un tratamiento, cara a remediar el problema y, en su caso, prevenirlo. (FEAP, 2003, p. 4)

En relación al surgimiento de la Psicología Clínica, es importante tener presente los hitos que han ido conformando su desarrollo y estado actual. El primero de estos, se

da en 1896, cuando Witmer fundara en la Universidad de Pennsylvania la primera clínica con el nombre de *psicología clínica*. La misma terminó por desarrollar lo que su fundador denominará *método clínico*, una suerte de formación de los estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica. El segundo hito fundacional se da ese mismo año, cuando Sigmund Freud le otorga el nombre de *Psicoanálisis* a su propio método clínico, dando lugar a una ruptura con la tradición neuropatológica y el comienzo de un nuevo enfoque. Freud (1922) define el psicoanálisis como “un método para la investigación de procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías, un método terapéutico de perturbaciones basado en tal investigación, y una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica” (p.2661).

2.2. Recorrido histórico de la psicología clínica en Argentina

La historia de la psicología clínica y de salud mental en Argentina, se encuentran en estrecha relación con la situación sociopolítica, por lo tanto, realizar un breve recorrido histórico nos permite comprender cómo han ido avanzando las ideas en relación a la psicología clínica y el campo de la Salud Mental.

Stagnaro (2006) plantea un viraje desde la influencia del pensamiento positivista en las ciencias de la salud mental alrededor del año 1910. Esto viene acompañado de significativos cambios y crisis en el plano económico de nuestro país desembocando, en el año 1930, en la primera de una larga serie de golpes de Estado militares. Durante los siguientes años, el dispositivo psiquiátrico se afianzó a un funcionamiento estrictamente manicomial que, aún hoy, continúa. El autor retoma en su texto la periodización propuesta por Carpintero y Vainer, que comprenden la historia de la salud mental en nuestro país en tres períodos. El primero lo denominan “un encuentro fundante entre el psicoanálisis y la Salud Mental” englobando aquí desde 1957 a 1969. Destaca la creación del Instituto Nacional de Salud Mental, los comienzos de las carreras de psicología, sociología, antropología y ciencias de la educación en la Universidad de Buenos Aires, y la

experiencia del Hospital de Lanús con nuevas propuestas terapéuticas de la mano de Mauricio Goldemberg; este período estuvo fuertemente marcado por la hegemonía del psicoanálisis. Luego, la década del ‘70 comienza con el Cordobazo en donde incluso el campo de la Salud Mental comienza a politizarse; a este segundo período desde 1970 hasta 1976 lo llamaron “El estallido de las instituciones”.

De esta manera se arriba al tercer momento, titulado “El fin de la Salud Mental”, refiriéndose a la época de la última dictadura militar en nuestro país. Un gran número de profesionales y estudiantes de salud mental fueron desaparecidos, las facultades donde se dictaban las carreras afines fueron coartadas en su libre funcionamiento y hasta cerradas. Las instituciones psiquiátricas tanto hospitalarias como científico-generales sufrieron desmantelamientos y represión.

2.3 Marco legal de la psicología clínica en Argentina

Tras el advenimiento de la democracia, se sanciona la Ley Provincial N° 7.106 “Disposiciones para el ejercicio de la Psicología”, en 1984 en la provincia de Córdoba, la misma dispone sobre la psicología clínica como “la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” (Ley 7.106, 1984, Art. 2o, inc. a). En relación al ejercicio de la profesión de psicólogos, y específicamente del área de la psicología clínica, dice:

La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad; la investigación y formulación de diseños experimentales; el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia o terapia psicológica; otras actividades que, con el mismo objetivo, requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicos. (Ley 7.106, 1984, Art. 3o, inc. a)

En el año 2009, se sanciona la Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. La misma reconoce derechos del paciente en relación con los profesionales y las instituciones de salud, estos son: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria e interconsulta médica. Un año después, se sanciona la Ley Nacional 26.657, dando lugar a una nueva concepción de salud mental:

Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional No. 26.657, 2010)

Teniendo en cuenta lo que la ley plantea en relación a la salud mental, Haz, Diaz y Raglianti (2002) explican que la mirada sobre los problemas de salud mental se ha complejizado y ya no se consideran como patologías circunscritas al sujeto que las padece. Implica considerarlas como problemas biopsicosociales, influidos por variables de distinto orden lógico y que se relacionan con el modo con que el individuo interactúa en contextos diversos, donde confluyen las relaciones familiares, comunitarias, sociales, y en donde también es importante mirar la influencia que la persona tiene en dicho contexto, y como es influido por el mismo. Por lo tanto, las variables psicológicas ya no están instaladas en lo profundo del aparato mental del individuo, sino que serían parte de la cotidianidad, del día a día de las personas insertas en el sistema, y pueden buscarse a nivel individual, social o comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas.

Luego, se sanciona en la provincia de Córdoba la ley 9.848 (2010) que propone en su artículo Nº 27, siguiendo los lineamientos de la ley nacional, la paulatina transformación de las instituciones y servicios de salud mental actualmente existentes y la creación de nuevas instituciones y programas en salud mental; tales como hospitales de día, centros de día y casas de medio camino, entre otros. La sanción de dichas leyes marcó un antes y un después en el campo de la Salud Mental como también de la Psicología clínica, siendo su objetivo primordial la desmanicomialización. Esto genera un cambio en el desempeño del psicólogo clínico, y tal como plantea Haz, Diaz y Raglianti (2002) imponen un desafío, quién, como profesional del área psicosocial, deberá saber insertarse en un equipo de trabajo formado por distintos agentes

profesionales y no profesionales, que forman parte de la red psicosocial en la que se encuentra integrada la persona o beneficiario.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El siguiente trabajo se ha elaborado a partir de la realización de la Práctica Profesional Supervisada (PPS) dentro del contexto Clínico durante el periodo comprendido desde el mes de abril hasta el mes de octubre del año 2020 en la Clínica Privada Saint Michel S.R.L. La misma, es una clínica monovalente ubicada en la calle Av. Sagrada Familia 551 de la Ciudad de Córdoba.

A continuación, se describirá la institución donde se desarrolló dicha experiencia, sus servicios y su situación actual a través de diferentes fuentes consultadas, como la página web oficial de la Clínica Privada Saint Michel (2020), TIF (Batistella, 2018; Seita, 2018) y registros de las entrevistas tomadas a la referente institucional.

La Clínica Privada Saint Michel es una institución destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental que nace en 1983. Es una empresa familiar fundada por el Dr. Jorge Michref, médico sanitarista y su esposa Ismery Suarez, Lic. en Psicología. En 1987, se traslada a la sede donde se encuentra actualmente ubicada, y en el año 2014 se abrió un espacio nuevo en la clínica, lo que implicó una importante ampliación. La institución posee tres entradas: la principal sobre la calle Sagrada Familia donde se encuentran en su mayoría consultorios externos; el ingreso por guardia abierto las 24 horas todos los días del año y el ingreso nuevo que habilita tanto a los consultorios externos como al internado, siendo este espacio el que presenta una arquitectura más moderna (Batistella, 2018).

Figura N° 1: ingresos a la Clínica Saint Michel



(Fuente: Sitio web oficial de la Clínica Saint Michel).

La clínica Saint Michel es una de las pocas clínicas psiquiátricas nuevas, constituida y diseñada desde un actualizado programa médico, que da cumplimiento a la mejor calidad prestacional en el campo de la Salud mental y la psiquiatría moderna. El principal objetivo de la institución es entregar a los pacientes y a sus familias, una atención integral, resolutiva y oportuna, regida por el compromiso y los más altos estándares de calidad. La clínica se destaca por asistir las particularidades de cada paciente, mediante estudios clínicos, de laboratorio y psiquiátricos, intentando definir un diagnóstico preciso del estado de la persona, para un tratamiento adecuado y eficaz (Sitio oficial, 2020). La institución brinda atención en diferentes modalidades, ya sea individual, grupal, familiar, de pareja, entre otros, a una amplia franja etaria que comprende desde los 14 años hasta la vejez. Para esto, cuenta con un equipo de profesionales compuesto por diferentes disciplinas como psicología, psiquiatría, medicina clínica, nutrición, asistencia social, profesores de educación física, personal de enfermería, entre otros (Seita, 2018).

Servicios de la Clínica Privada Saint Michel

En la clínica funcionan de manera conjunta, diferentes servicios, entre ellos se encuentra el Área Infanto juvenil, Programa Adicciones, Servicio de Guardia, Hospital de Día, Internación, Consultorios Externos y Casa de Medio Camino.

A su vez, en la institución se desarrolla el Área de Capacitación, Docencia e Investigación. La misma se lleva a cabo mediante la capacitación permanente de actualización disciplinaria e interdisciplinaria, la organización de Ateneos Clínicos Interdisciplinarios, con presentación de casos clínicos o bibliográficos de actualización, organización de jornadas abiertas a la comunidad científica y la participación en programas de investigación con presentación de trabajos en ateneos, congresos, jornadas, entre otros. En este marco, la institución recibe anualmente a estudiantes de diferentes instituciones y carreras, posibilitando, en nuestro caso, la realización de la PPS, brindando

la oportunidad de formación y promoviendo a los profesionales de la clínica transmitir su práctica cotidiana.

El servicio de Internación y el de Hospital de Día son los dispositivos que nos interesa desarrollar a lo largo de este trabajo. A continuación, se realizará una descripción de los objetivos y funcionamiento de los mismos en la clínica.

Hospital de día

Es un servicio que ofrece una modalidad terapéutica intermedia entre la atención ambulatoria y la internación. El mismo apunta a contener y abordar desde un trabajo interdisciplinario el tratamiento del paciente.

Entre los objetivos terapéuticos a los que apunta este servicio se destacan la resocialización y la rehabilitación del paciente, se intenta rescatar los potenciales sanos, activando y estimulando las capacidades personales. También, como estrategia terapéutica, previene re internaciones y recaídas, y favorece el vínculo entre paciente y la familia. El dispositivo está orientado a pacientes con diagnósticos de psicosis, trastorno bipolar y afectivo, en sus diversas presentaciones. Las actividades recreativas que realizan son: laborterapia, asamblea de pacientes, gimnasia, musicoterapia, ludoterapia, video-debate, taller de expresión corporal, taller de estimulación cognitiva, entre otros. Los usuarios, habitualmente pueden asistir a la Jornada Completa¹, es decir desde la mañana hasta la tarde incluyendo desayuno y almuerzo (de 9 a 17 horas) y luego regresan a sus hogares; otros asisten Jornada Breve que puede ser durante la mañana (de 9 a 12 horas) o la tarde (de 13 a 17 horas). A su vez, la cantidad de días semanales que asisten es determinado por el equipo tratante.

¹ Esta modalidad se ha modificado durante el período de pandemia, como se verá en este trabajo más adelante.

Internación

La internación es un servicio pensado para internaciones agudas y crónicas que están organizadas en sectores según edad, sexo y patología. Cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por psiquiatría, psicología, clínica médica, nutrición, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapistas contextuales y enfermería las 24 horas del día, realizando una atención integral del paciente para lograr de forma conjunta la reinserción familiar, social, y laboral de los pacientes. Durante la internación, la institución ofrece talleres para los internos (ludoterapia, laborterapia, gimnasia, taller de lectura diario, musicoterapia, talleres de reflexión grupal), con fines de rehabilitación (Batistella, 2018). El servicio se encuentra divido en diferentes sectores, ocupando gran parte de la estructura edilicia de la institución.

- En el sector rojo, se alojan a pacientes con crisis psiquiátricas agudas desde los 14 años hasta la adultez.
- El sector verde, no admite pacientes menores de edad y es destinado a sujetos con crisis psicóticas agudas y patologías asociadas al consumo.
- En el sector azul se encuentra internados los pacientes crónicos que poseen autonomía,
- El sector amarrillo, es para aquellos casos crónicos que por edad avanzada o por las características de su cuadro psicopatológico requieren atención personalizada de enfermería.
- El sector blanco es el destinado para el tratamiento de pacientes jóvenes y adultos con consumo problemático de sustancias y crisis psicóticas agudas (Seita, 2019).



Figura N° 2: mapa de los distintos sectores de internación.

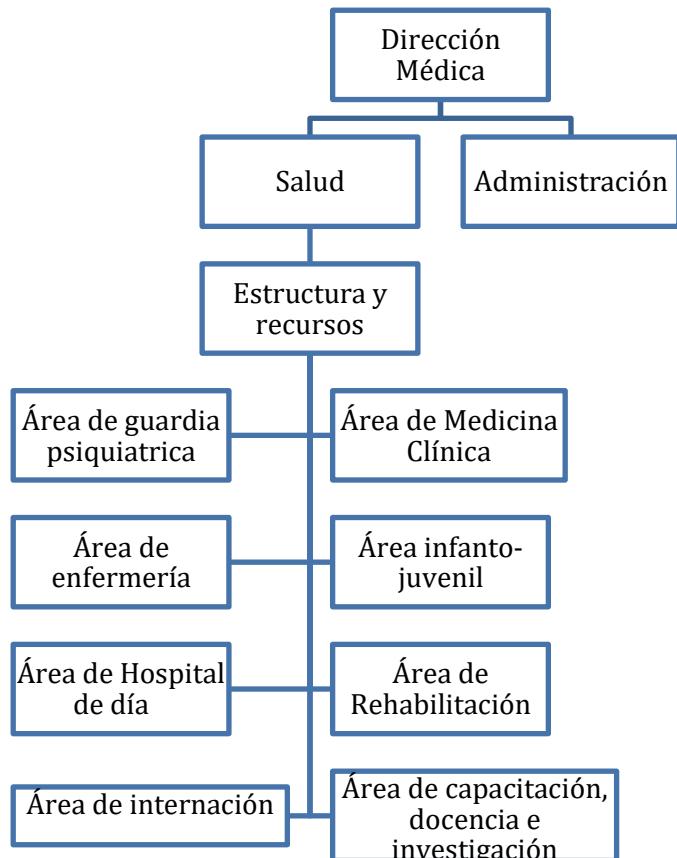


Gráfico 1: Organigrama Institucional

Situación actual de la clínica

En el marco de la pandemia por Covid-19 y bajo disposición nacional de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), la clínica debió realizar modificaciones con el fin de adaptarse a la contingencia. A tal fin se implementa el Comité de Emergencia de la Institución, creado específicamente en el contexto de pandemia, que determinó una serie de medidas de implementación inmediata, escalonada y progresiva desde el día 11 de marzo de 2020. Las mismas siguen los lineamientos propuestos por las OMS, el Ministerio de Salud de la Nación, entre otros organismos, y se establecen con el fin de cuidar a los usuarios y a todo el personal de la institución. Entre las medidas llevadas a cabo se destaca la creación de un comité de emergencia, la capacitación permanente de todo el personal, la adecuación edilicia para cumplir con la nueva realidad sanitaria y epidemiológica, la reorganización institucional y administrativa enfocada en la atención online y por último la inversión en elementos de bioseguridad.

Además, se llevó a cabo un examen clínico con foco epidemiológico en todos los ingresos a la institución, con la realización de test antigénico o PCR, con el objeto de identificar precozmente casos sospechosos, asintomáticos, sintomáticos y contactos estrechos, como así también aquellos casos que ya tuvieron Covid-19.

En relación al dispositivo de internación se estableció aislamiento estricto individual por 72 hs hasta el resultado del test antigénico o PCR, y hasta ver la evolución del estado infectocontagioso. También se sostuvo un aislamiento posterior de catorce días en un sector destinado al control epidemiológico antes de pasar a otro sector de internación. Se conservó en cada uno de los sectores de internado una habitación con baños privados y ventilación adecuada para el aislamiento inmediato de cualquier paciente que presentara cuadro febril o sintomatología de covid-19. También, se suspendieron las salidas de los pacientes, salvo excepción los casos de extrema necesidad. En estos casos, y al romper el aislamiento, el paciente tendría que volver a confinamiento de catorce días, individual con el fin de asegurar que el retorno a la vida institucional no implique un riesgo para el resto de los pacientes. La distribución de los usuarios en los sectores se vio modificada, quedando el sector rojo como la puerta de entrada para todos los usuarios que ingresaran a internación, sin distinción de otros criterios. En términos

estructurales, se creó el “pasillo sanitario” con el objetivo de ser únicamente utilizado en caso de usuario con covid-19. También, se incorporó una carpa sanitaria, en el ingreso por guardia, en donde todas las personas que quisieran ingresar a la clínica (usuarios, profesionales, entre otros) debían anunciarse y sanitizarse.

Otra de las medidas tomadas por el comité, es en relación al consultorio externo, quedando este bajo la modalidad presencial exclusivamente en turnos programados de manera específica, en situaciones de libre demanda por urgencia; mientras que se utiliza la modalidad virtual para el resto de los pacientes, incluidos los pacientes de Hospital de Día. Por último, en referencia a los profesionales, se dispuso capacitación permanente de todo el staff de la clínica con foco en el uso adecuado de EPP, medidas de higiene, bioseguridad, situación epidemiológica institucional y provincial. Como también identificación y aislamiento de personal de la institución que presente cuadro febril u otro síntoma sospechoso de covid-19 y su respectivo seguimiento por el departamento de Salud Ocupacional.



Figura N° 3: Servicio de Guardia.

En la figura N° 3 se puede observar, por un lado, la distancia permitida en la sala de espera, quedando el asiento del medio sin poder utilizarse. Por otro lado, el cartel que explica el Triage al momento del ingreso a la clínica y un cartel de preventivo que dice “Si Ud. Tiene tos y fiebre es importante que concurra a su médico clínico”.



Figura N° 4: Secretaría del Servicio de Guardia

En la figura N° 4 se puede observar la línea amarilla que marca el distanciamiento social al igual que la disposición de la barrera sanitaria de protección. También, se encuentra un cartel que dice “uso obligatorio de barbijo”.



Figura N° 5: Remodelación del Servicio de Guardia

Al inicio de la pandemia, se habilitó una carpa sanitaria en el ingreso de la guardia, y luego se construyó el espacio que se puede observar en la figura N° 5.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

La incidencia de la pandemia en los dispositivos de Internación y Hospital de día en una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

-Analizar la incidencia de la pandemia en los dispositivos de Internación y Hospital de día en una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Describir estrategias de intervención que se realizaron en los dispositivos adaptados al ASPO.

-Indagar los efectos de las intervenciones que se realizaron en los dispositivos adaptados al ASPO.

-Caracterizar el rol del psicólogo de los dispositivos en concordancia con la normativa vigente en pandemia.

6. PERSPECTIVA CONCEPTUAL

Para comenzar con el desarrollo de la perspectiva teórica de este trabajo, y debido al contexto en el que es realizado, es necesario partir desde un paradigma de la *complejidad* como modelo epistemológico que, en palabras de Morin (2009), “implica el reconocimiento de un principio de incompletud y de incertidumbre” (p. 23). Como también, en palabras de Najmanovich (2005), un ‘abordaje complejo de la complejidad’ implica un modo de cuestionamiento e interacción con el mundo; pensándose como un proyecto siempre vigente y a su vez en evolución constante.

Desde este enfoque, nos posicionamos en pensar el *caos* como concepto que acompaña en el recorrido de todo este trabajo, desde una perspectiva teórica y de algún modo, como un elemento que ha atravesado toda la práctica. Caos refiere a “concebir no solo la complejidad de toda realidad, sino la realidad de la complejidad” (Horstein, 2003, p. 99). Irrumpe en un orden, como potencialidad de abrir a ligazones aleatorias y de formas nuevas. Caos remite a lo complejo, a lo diverso, a la autoorganización, a la incertidumbre y el misterio.

“En primer lugar existió el Caos” dice Hesíodo (1978, p. 76) para representar el espacio que separa el cielo de la tierra. El Caos sería un “vacío abierto”, sin límites, anterior a toda creación (Burgos, 2019). Siendo anterior a todas las cosas, es el momento previo a toda creación, a todo comienzo.

Este trabajo se realiza desde la integración del paradigma de la complejidad y una perspectiva psicoanalítica, siendo ésta, la teoría que nos posibilita un abordaje complejo, y enriqueciendo el análisis de la experiencia de la práctica realizada desde el ámbito clínico en una institución monovalente durante tiempos de pandemia y ASPO.

6.1 Marco legal de Argentina en tiempos de pandemia

En el marco de la pandemia por Covid-19 declarada el 11 de marzo de 2020 por la OMS, la presidencia de la Nación Argentina, con el fin de proteger la salud pública, decreta la medida de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria (Decreto 297/2020, Art. 1). En el decreto se establece que las personas deberán abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, con el fin de prevenir la circulación y el contagio del virus COVID-19 y la consiguiente afectación a la salud pública y los demás derechos subjetivos derivados. Se podrá realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos (Decreto 297/2020, 2020, Art. 2). La restricción a la libertad ambulatoria tiende a la preservación del derecho colectivo a la salud pública y del derecho subjetivo a la vida, la misma fue prorrogada reiteradas veces. El 07 de junio, el presidente de la Nación adoptó una nueva medida. La de “Distanciamiento social, preventivo y obligatorio” en las zonas sin transmisión comunitaria del virus, al mismo tiempo que se prorrogó el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” en las zonas donde existe la transmisión comunitaria del virus (Decreto 520/2020, 2020).

Protocolos para establecimientos de salud mental en el marco de pandemia

Ante la emergencia sanitaria y con el fin de prevenir la expansión de la infección por Coronavirus, se establecieron protocolos y recomendaciones a los establecimientos de Salud Mental públicos y privados desde el Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Los mismos, tienen por finalidad comunicar lineamientos y generar criterios de actuación ante posibles casos de Covid-19 dentro de las instituciones. De este modo se permite la continuidad en la atención de la

Salud Mental, manteniendo el cuidado y respeto de las personas que presentan padecimiento de enfermedad mental.

En el protocolo de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba se plantea:

Sabemos que existe una alta posibilidad de que alguna de las personas internadas por motivos de salud mental, presente sintomatología compatible con caso sospechoso por Covid-19. Por ello, es necesario estar preparados para esta circunstancia y planificar alternativas de intervención hacia adentro de las instituciones y disponer de un circuito de traslado y derivación a centros específicos de referencia en cada jurisdicción, en caso de presentarse casos que reúnan la condición de caso sospechoso para Covid-19. (Protocolo, MSPC, 30 mayo, anexo Nro 70)

Dentro de las recomendaciones propuestas se encuentran: clasificación del personal de riesgo, organización de equipos de trabajo (sistema de rotación y cuarentena), controles de acceso a la institución, normas de bioseguridad y detección de caso sospechoso. También, se determinó la suspensión de visitas y permisos de salidas terapéuticas de pacientes en situación de internación. En el caso de consultorio externo, se restringió la atención presencial a excepción de casos puntuales que por sus características psicopatológicas no puedan ser asistidos de forma remota, es decir, vía telefónica, WhatsApp o mensaje de texto.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina establece un protocolo para ingresos y reingresos en establecimientos y servicios de internación en salud mental y adicciones en el marco de la emergencia covid-19. El mismo recomienda realizar un chequeo médico-clínico general de la persona que ingrese al establecimiento, y que en caso de necesidad de internación se deberá alojar a la persona en una habitación individual que garantice el distanciamiento físico durante catorce días con la posibilidad de comunicación de la persona con sus referentes afectivos y el inicio del tratamiento (Protocolo, 5 mayo, MSNA).

Salud mental en situación de ASPO debido a la pandemia por COVID-19

En función de la situación de pandemia, en Argentina, a partir del 20 de marzo comenzó a regir el aislamiento social con intervención de fuerzas de seguridad y algunos episodios de violencia institucional. Como plantea Stolkiner (2020), analizar las dimensiones subjetivas y la posible producción de sufrimiento psíquico de este fenómeno mientras sucede no admite certezas, sino hipótesis y preguntas. Es un análisis que requiere de la necesaria articulación entre economía, instituciones y dispositivos con la vida de los sujetos singulares. Y es justamente la vida cotidiana, sus rutinas, temporalidades, espacios y relaciones, la que se ve particularmente alterada.

El campo de la salud mental es heterogéneo y está atravesado por la fragmentación y segmentación del sistema de salud en su conjunto, así como por conflictos corporativos y posicionamientos diversos. En él hay multiplicidad de prácticas y agentes: el trabajo en el primer nivel de atención, en hospitales estatales generales o monovalentes (con sus distintas dependencias), las prácticas de atención en obras sociales y empresas de medicina privada y las prácticas privadas. Todo esto en el marco de las tensiones de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y su perspectiva de derechos en el año en que se debían transformar las instituciones monovalentes.

Las instituciones totales (Goffman, 1972) dejaron al descubierto su vulnerabilidad en situación de pandemia. En relación a los hospitales monovalentes, Stolkiner (2020) explica que se plantearon acciones para prevenir la entrada de la epidemia en ellos, pero implicaron un costo emocional para los y las internados/as al suspenderse las visitas y los talleres. Se promovió dar el alta a quienes estuvieran en condiciones de ello, pero simultáneamente se convirtieron en lugares de menor riesgo de contagio para atender e inclusive internar situaciones de crisis.

La situación de usuarios y profesionales de empresas de medicina prepaga y obras sociales se vio conmovida porque muchas de ellas decidieron no reconocer las sesiones virtuales y recetas electrónicas, lo cual les ahorraba un gasto importante, pero obligaba a los profesionales a atender gratuitamente o abandonar a sus pacientes. Semanas después,

ante diversas protestas, la Superintendencia de Seguros de Salud recomendó reconocer las prestaciones.

Stolkiner observa que algunas personas con diagnósticos de “trastornos graves” y antecedentes psiquiátricos que viven en comunidad no han mostrado agravamientos notables si mantuvieron de alguna manera sus soportes sociales y terapéuticos. Destaca también, que se promovieron y pensaron acciones de cuidado y atención en salud mental desde el principio de esta situación absolutamente extraordinaria.

La autora destaca también, el impacto de la pandemia en las prácticas de salud mental. Se logró estructuralmente horizontalizar la relación profesional-usuario, más allá de cuánto lo perciban sus actores. En situación de pandemia, no hay forma de ocultar en el vínculo terapéutico que ambos están en una situación excepcional de vulnerabilidad, que ambos comparten lo común.

6.2 La crisis por Covid-19: lo disruptivo, lo traumático y lo acontecimental

La llegada del coronavirus a las instituciones de salud puede pensarse a partir del concepto de *crisis*. Etimológicamente, en chino *wei ji*, la palabra está formada por dos caracteres: peligro y oportunidad de cambio. En griego, la palabra *krisis* significa decidir, siendo un punto de viraje en el que las cosas pueden mejorar o empeorar. Es posible entonces considerar, siguiendo a Pittman (1995) 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. 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. Desde esta perspectiva, Musicante (2005) plantea el sentido de la palabra crisis como un momento de decisión en un asunto de importancia, en el que siempre está en juego la idea de un conflicto agudo, de un momento álgido de resolución, de toma de decisión.

En esta línea, la pandemia causada por COVID-19 que viene azotando al país y al mundo, puede entenderse como una crisis, en tanto es un fenómeno *disruptivo colectivo*, (Fainstein, 2020), que vino sin previo aviso y nos encontró indefensos. Berenstein (2002), denomina *catástrofe* a los sucesos que alteran un orden supuestamente regular y producen un efecto grave. Esta irrupción contradice “lo cotidiano”, que supone un curso regular previsible, rutinario, de hechos que pueden ser pensados y previstos. Una *catástrofe colectiva*, implica que las consecuencias del evento en cuestión tendrán un alto impacto en una amplia gama de dimensiones que trascienden lo individual; es decir, lo social, lo económico, lo político y lo cultural.

En este punto, y aunque lo que vivimos es definido frecuentemente como una situación traumática, es posible distinguir lo *disruptivo* de lo *traumático*. Siguiendo los aportes de Benyakar (2016) lo traumático, en psicoanálisis, sólo puede evaluarse a posteriori. La amenaza incierta sobre proyectos personales, familiares, sociales y económicos, miedo, inquietud, tristeza, alteración psíquica, son todas manifestaciones de lo disruptivo en la conciencia. Sin embargo, son reacciones esperables ante situaciones anormales y no debemos patologizarlas a priori. De esta manera, la pandemia de COVID-19 es indudablemente una situación disruptiva pero no necesariamente traumática, aunque muchas veces devenga en ello (Fainstein, 2020). Entendemos lo disruptivo como todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración (Benyakar, 2016). Sin embargo, para el psicoanálisis, el estatuto de lo traumático no está dado por la dimensión fenoménica sino por la cualidad que puede tener para impactar sorpresivamente de manera singular en la subjetividad (Sotelo, 2015).

La práctica psicoanalítica no podría estar ajena a este contexto epocal. En el contexto actual la práctica se ha visto sorprendida por algo completamente inesperado, disruptivo en lo colectivo e individual, y que en pocos días ha obligado a los profesionales no solo a trabajar en forma remota sino a atender esta situación crisis que afecta por igual a paciente y analista.

Lo acontecimental

La situación de pandemia como “peligrosa oportunidad”, nos posibilita pensar la ocurrencia de diferentes acontecimientos emergentes de la irrupción abrupta de un nuevo estado de cosas. Se ha producido una suerte de impasse: algo ocurre que no tiene lugar en la lógica habitual; algo irrumpre y desestabiliza la consistencia constituida hasta ese momento. A esto Lewkowitcz (2004) lo denomina acontecimiento. El mismo significa “hecho que ocurre en un momento dado”. Está formado por el verbo *acontecer* y el sufijo *miento* que indica la acción. Además, *acontecer* viene de *contecer*, del latín vulgar, y significa: aclarecer, prevalecer, y el verbo *contingere*: tocar, manipular, suceder.

Un acontecimiento origina la invención de otros esquemas frente al impasse. El problema es que no hay lugar alguno, el término presentado resulta incompatible con la lógica estructural. Es decir, el punto de partida de un acontecimiento es el impasse (Lewkowitcz, 2004). En todo acontecimiento hay algo de imposible. Solo es acontecimiento en tanto es sin pasado. En este punto, el acontecimiento no puede ser predicho- un acontecimiento que pudiéramos predecir no sería acontecimiento. Lo imposible del acontecimiento es, por el contrario, a partir de lo cual la palabra y la representación son llamadas (Blanco, 2019). Todo acontecimiento imposible impone una ética: lo que no puede ser dicho debe ser dicho, lo que no puede ser representado debe ser representado.

El inasimilable exceso cualitativo indica el sitio del acontecimiento. Todas las fuerzas de la estructura se conjugan y conjuran para negar la existencia de una calidad cuya afirmación les resulta estructuralmente imposible. El acontecimiento es la posibilidad efectiva de ese imposible estructural. Por ausencia de categoría capaz de comprenderlo, el acontecimiento se afirma como nombre. Ese nombre, incompatible con la estructura, la desquicia. Se inicia un proceso paralelo: afirmación de la calidad heterogénea y desarticulación estructural. No retornan las voces acalladas; hablan voces inauditas.

En la misma línea, Žižek (2014) plantea que el acontecimiento es algo traumático, perturbador, que parece suceder de repente y que interrumpe el curso normal de las cosas;

algo que surge aparentemente de la nada, sin causas discernibles, una apariencia que no tiene como base nada sólido. Según la construcción que venimos desarrollando, se trataría de algo disruptivo, frente a lo cual es posible que emerja algo acontecimental. Pasar del acontecimiento a lo acontecimental, al decir de Fernández-Jaimes (2020), implica no quedarnos suspendidos en lo real mismo, sino empezar a destacar, los vericuetos que nos cierran el paso. Es decir, encontrarnos con esas sin salidas para dar lugar a una universalidad en la que emergen otro tipo de contenidos que contemplen las tesis y las antítesis, las inconsistencias, las fallas del discurso, la dimensión imposible de todo saber hasta ahora configurado. Encontrándonos así con el mismo acontecimiento y de allí, fijar los puntos a partir de los cuales se puede reconfigurar la historia, y contemplar otros modos de existencia más benévolos entre los seres humanos.

En este marco, para comprender el proceso que arriba a la nueva normalidad, tomamos el término *cambio catastrófico* de Bion, el mismo señala una conjunción constante de hechos, cuya realización puede encontrarse en campos diversos, como la mente, el grupo, la sesión psicoanalítica y la sociedad. Los hechos pueden ser observados cuando aparece una idea nueva (Grinberg, 1991). La idea nueva, contiene una fuerza potencialmente disruptiva, que violenta en menor o mayor grado la estructura del campo en el que se manifiesta. Una estructura se transforma en otra a través de momentos de desorganización, dolor y frustración; el crecimiento estará en función de estas vicisitudes.

6.3 Concepto de dispositivo

El concepto foucaultiano de dispositivo, es un concepto muy útil en tanto remite a las redes de relaciones entre los enunciados científicos, las instituciones, sus discursos, sus legalidades. El dispositivo mismo es la red, que se establece entre estos elementos (Kuras de Mauer, 2014).

García Fanlo (2011), siguiendo a Foucault, explica que el dispositivo está compuesto de elementos heterogéneos y es importante determinar la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos. Así, un discurso puede aparecer bien

como programa de una institución, o por el contrario como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un nuevo campo de racionalidad. Entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes. Por otro lado, es importante destacar otro aspecto del dispositivo, el hecho de que es una especie de formación, que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. Analizar un dispositivo consistiría en descubrir esas prácticas que siempre son singulares porque su emergencia siempre responde a un acontecimiento históricamente particular.

De este modo definimos *dispositivo* como una organización de elementos heterogéneos discursivos y no discursivos que sirven a un objetivo estratégico. En el caso del psicoanálisis, entendemos que el dispositivo analítico, tiene como propósito el desarrollo de un proceso analítico. Si bien el dispositivo puede ser asimilado a una relación de poder, es decir capaz de inducir conductas, la pensamos como un deslizamiento dependiente de cómo se lo use y de los contextos (Campalans Pereda, 2015).

Partiendo de esta conceptualización del dispositivo, Kuras de Mauer (2014) plantea que en el siglo XXI ya no concebimos al psicoanálisis replegado sobre sí mismo, sino como un dispositivo cuyo entramado, heterogéneo y móvil trasciende la dimensión teórica-clínica. Atendiendo a los múltiples intersticios de este concepto “bisagra” (como lo llama Foucault), podríamos pensar al psicoanálisis mismo como dispositivo. Pero hay también otra dimensión a considerar cuando hablamos de dispositivos. La diversidad de las intervenciones clínicas, su diseño y construcción que implementamos en la singularidad de cada vínculo paciente-analista nos fueron llevando a ampliar el espectro de variantes de *intervención psicoanalítica*. Desenmarañar las líneas de un dispositivo implica en cada caso cartografiar tierras desconocidas, y eso es lo que Foucault llama el trabajo en el terreno, que coincide con la clínica psicoanalítica y la necesidad de diseñar con cada paciente un dispositivo a medida. Atentos al sufrimiento de quien consulta, nos disponemos a cartografiar, a trazar, en conjunto con quienes demandan un análisis las líneas del dispositivo (Kuras de Mauer, 2014).

Siguiendo las palabras de Sotelo (2015), dispositivo proviene del latín *dispositus* cuyo significado es dispuesto. Un dispositivo es un artificio construido para lograr un

objetivo determinado a través de acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, previsible. En el campo de la salud mental, se lo utiliza para nombrar distintos procedimientos de asistencia institucional u hospitalaria; en la comunidad analítica se lo emplea para nombrar el dispositivo creado por Freud – “dispositivo analítico” – que sostiene la práctica analítica, cuyos pilares son: asociación libre, la interpretación y la transferencia. Por último, la idea de diversos procedimientos de asistencia conduce a la noción de dispositivo, en tanto artificio que es construido de manera deliberada y que orienta acciones de las que se espera obtener un resultado calculable, con miras a alcanzar un objetivo determinado.

Características de los dispositivos

Kuras de Mauer y Resnisky (2011) destacan tres aspectos de los dispositivos: la naturaleza estratégica del dispositivo, su heterogeneidad y su entramado en red. En relación a la *naturaleza estratégica*, la misma responde a la formación del dispositivo que tuvo por función mayor responder a una emergencia en determinado momento. Es decir, lo estratégico del dispositivo, es aquello que lo origina, lo organiza y configura su discurrir.

Con respecto a la *heterogeneidad*, las autoras refieren a los modos de constitución de los dispositivos, la naturaleza de las relaciones que entabla con el entorno asistencial, es decir su inserción interdisciplinaria, como también son heterogéneas sus incumbencias y la regulación de su ejercicio. Por último, la noción de *red de relaciones*, hace referencia al dispositivo como malla en la que se tejen relaciones entre elementos.

Batista y Tejo (2014) proponen dos lógicas de funcionamiento de los dispositivos, entendiendo que hay dispositivos versátiles a los usos singulares que los sujetos realizan de ellos y dispositivos no versátiles. Se entiende por *versátil* “algo capaz de adaptarse con facilidad y rapidez a diversas funciones”, tal como lo indica su definición en el diccionario de la Real Academia Española. Se trata entonces de algo que debe ser flexible, maleable.

En cambio, los dispositivos *no versátiles* son aquellos que no se adaptan a diversas funciones requeridas por diferentes usuarios, reproduciendo una lógica que vale igual para todos los casos, sin considerar diferencias subjetivas. Esta característica, la de la versatilidad, no puede determinarse a priori en la planificación, sino que, como plantean los autores, está ligada al tipo de encuentro que se produce con determinado usuario. El funcionamiento no versátil para un usuario puede resultar versátil para otro. Por lo que es posible pensar que, desde esta perspectiva, hay un dispositivo por cada sujeto según el encuentro que se produce.

Dispositivo, encuadre e intervención

Kuras de Mauer (2014) elige referirse más que a la formulación de un encuadre, al *armado de dispositivos clínicos* concebidos como montajes complejos, construcciones conjuntas analista-paciente, donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las diversas figuras del dispositivo. Es decir, que el dispositivo es un producto del vínculo analítico en transferencia que, a diferencia del encuadre, no lo precede. El concepto de dispositivo abarca al encuadre, es decir lo aloja como uno de sus componentes determinantes. El encuadre, sostén y guardián de la estabilidad, pone en marcha el proceso analítico y lo regula con reglas fijadas de antemano. El diseño del dispositivo en cambio se construye en inmanencia, y más que la fijeza lo caracteriza su dinámica posibilidad de variación. La heterogeneidad de dispositivos y estrategias de abordaje en la clínica psicoanalítica enriquecieron los alcances de lo analizable.

Pensamos que cada dispositivo, siguiendo a las autoras, se construye en un trabajo conjunto y en colaboración. No está preconfigurado ni es fijo, puede variar en función de una regla inmanente. La clave de la validación se encuentra en la lectura a posteriori de sus efectos. Un entre dos o más de dos que habilita la producción de aperturas inéditas. El dispositivo es una malla cuyo entramado, textura, elasticidad y consistencia se nutre de la creatividad del conjunto generando combinatorias variadas. Las reglas de los dispositivos son situacionales.

También, es importante diferenciar el *dispositivo analítico* de la sesión analítica, tal como plantea Baez (2010). El dispositivo analítico no es un espacio ni un tiempo donde se encuentran dos sujetos (esto es, la sesión analítica); el dispositivo analítico es todo lo que posibilita ese encuentro, ese artificio donde la palabra se hace indispensable: la teoría, la experiencia particular, las tácticas, las estrategias, los espacios de formación, la ética, la crítica y el mismo rechazo de los detractores.

El concepto de *intervención* resulta importante para entender las modificaciones que pueden darse en un dispositivo. Este concepto, se halla asociado etimológicamente a “venir entre” (del latín, *interventio*), siendo muy equívoca en sus diferentes acepciones y connotaciones. Desde las más "positivas" (a nivel Ético-valorativo) como sería la idea de ayuda, cooperación, apoyo, de interceder, mediar o interponerse en situaciones conflictivas, etcétera; pasando por la idea de la intervención como forma de control (interventor, auditor, etc.), hasta llegar al extremo de las acepciones más "negativas", de intervencionismo, vinculadas a diversas formas de autoritarismo, intromisión, injerencia, coerción y/o represión gubernamental (Musicante, 2005) . Tal vez la metáfora más propicia para entender el concepto de intervención en el uso que nos interesa en este contexto, para el campo psicológico y sociológico, sea el de intervención como operación quirúrgica. Dicha metáfora médica cobra toda su validez, porque se trata de operar sobre un campo de la realidad previamente explorado, analizado, con la intención de incidir en él, de provocar ciertas modificaciones, no necesariamente previstas en sus efectos o sus alcances.

Por último, un dispositivo supone cierta creatividad. Winnicott (1972) señala que la creatividad es inherente al juego. El juego es una experiencia creadora que posibilita la representación y el reemplazo simbólico de un objeto. El mismo, se inicia en la transición entre la dependencia absoluta del bebé con la madre hacia la independencia. La confiabilidad de la madre que luego se extiende a otras personas y cosas, permite que el bebé avance hacia la separación de aquello que es Yo, a aquello que es no-Yo. En este marco, es posible pensar la creatividad como facilitador de nuevas intervenciones en los dispositivos.

Hospital de día

El Hospital de Día (HdD) es un dispositivo de tratamiento ambulatorio e intensivo pensado para la asistencia de pacientes severamente perturbados en el marco de una institución privada o pública. Como su nombre lo indica, las coordenadas de tiempo (diurno) y espacio (institución) definen su marco, estableciendo características intermedias con los dos procesos terapéuticos más habituales: la internación, con la que comparte su intensidad (frecuencia diaria), y el consultorio externo, con el que se asemeja por su carácter ambulatorio (Maureso, 2012).

Siguiendo lo planteado por Del Olmo (2017) el hospital de día consiste en un dispositivo de tratamiento en salud mental de carácter ambulatorio, grupal y de alta frecuencia. Se encuentra compuesto por instancias terapéuticas clásicas (entrevistas individuales, psicoterapia grupal, entrevistas familiares y asambleas multifamiliares), actividades de convivencia (desayunos, tiempo libre, asamblea, almuerzos) y talleres que, a través de soportes diversos, se conforman en el marco de expresión y de trabajo a partir de la vivencia misma: aspectos vinculados con la relación con el cuerpo, la creatividad, el otro y el funcionamiento cognitivo. Suele indicarse como continuación de tratamiento luego de una internación psiquiátrica, e incluso como una alternativa terapéutica a la misma: por la intensidad del abordaje, por la infraestructura de recursos, por el acompañamiento profesional cercano.

El pasaje por el HdD conlleva otra temporalidad, en la cual cobra importancia el proceso de un trabajo, incalculable en su duración y resultados, adaptando el tiempo cronológico al ritmo del trabajo de elaboración propio del sujeto, y no el del paciente a los tiempos del Otro como respuesta a una grilla estándar de tareas. Surge de esta manera una clínica de la singularidad en un dispositivo grupal.

Del Olmo (2017), realiza una comparación con los conceptos planteados por Winnicott y las funciones del HdD, explica que el *sostén* o *holding* reúne las intervenciones tendientes a propiciar un encuadre estable que contenga lo informe del infans y la locura (en el más amplio de los sentidos) del paciente. El hospital de día soporta ambas cualidades, locura e informidad: tolera sus excesos y la aloja, estableciendo

coordenadas espacio-temporales, proporcionando un cuidado cercano. Se trata de sostener, hacer de soporte, acompañar al sujeto que se siente atravesado, interrumpido, interceptado, violentado por lo loco: por afectos, pensamientos e impulsos que lo hablan, ya sea transitoriamente o de larga data. Esta función de sostén se encuentra compartida entre el encuadre proporcionado por lo institucional, los terapeutas y los compañeros de tratamiento, lo cual acarrea intensas consecuencias afectivas y transferenciales.

En relación al *holding* en el HdD, el autor plantea que encargarse de un paciente, en el contexto de un tratamiento en un HdD, implica una serie de cuestiones: estar atento, entre otros menesteres, al estado y funcionamiento psíquicos actuales, para poder intervenir de manera tal de favorecer la aparición y el aprovechamiento de experiencias alternativas a las conocidas; el trabajo propiamente analítico, el manejo de la transferencia, la provisión de pautas de cuidado a los familiares. Posiblemente en los casos de mayor perturbación estas funciones cobran un matiz más concreto: acompañar a algún paciente a un taller, despertar a otro para una actividad que se considere importante específicamente, entre otras.

También, el autor hace referencia al encuadre o los elementos del encuadre que ponen al trabajo la relación con la normatividad (reconocimientos, aceptaciones y transgresiones, negociaciones, transmisiones de las reglas institucionales y los acuerdos de convivencia, tanto arbitraria como consensuada), las vicisitudes del estar con otros y la relación con el espacio a habitar propio. Así, el encuadre se consolida como el escenario primordial donde se evidencia, pudiéndose abordar en vivo, las desorganizaciones, confusiones y manejos de tiempo y espacio, hábitos de higiene, tendencias de cuidado, destructivas y reparatorias. Por su parte, los talleres proporcionan una serie de experiencias y producciones, que no forman parte necesariamente del quehacer ni de la disponibilidad en la vida cotidiana. Ofrece un marco de expresión en diversos soportes, y de integración entre las emociones, aspectos vinculados con la relación con el cuerpo, la creatividad, el otro y el funcionamiento cognitivo, y un hacer con estos más o menos balizado.

Por último, el modelo del Hospital de Día no se opone ni sustituye completamente la hospitalización total en unidades psiquiátricas especializadas. Cada una de esas formas de abordaje tiene sus indicaciones (Stagnaro, 2012). No obstante, el dispositivo permite evitar ciertas internaciones completas ya que hay evidencia de la mayor o igual eficiencia

y efectividad del dispositivo para el tratamiento de muchos pacientes afectados de diversas patologías psiquiátricas graves que el que brinda la hospitalización completa. Las ventajas del HdD estriban en evitar la desinserción del paciente de su medio habitual, concentrar los tratamientos de manera intensiva en ciertos horarios evitando los “tiempos muertos” de la hospitalización total y disminuir el estigma producido por la hospitalización en hospitales psiquiátricos, entre otros.

Internación

Dentro de las modalidades asistenciales en salud mental, la *hospitalización* o *internación* es una de las de mayor trascendencia tanto para la vida de las personas afectadas como para la vida de los sistemas de atención de la salud (Barriónuevo, 2006). Por un lado, se trata de un dispositivo terapéutico eficaz y aún no superado para el abordaje y resolución de ciertas situaciones de extrema gravedad y riesgo que se presentan en la práctica cotidiana. Por otra parte, constituye una forma de cuidado que, por su propia naturaleza, requiere de la restricción de libertades esenciales de las personas y, en el caso de los trastornos mentales, de personas con su capacidad de autocuidado disminuida.

La hospitalización aparece socialmente asociada a la confirmación de trastornos psíquicos severos en sujetos y ha sido motivo de estigmatización. Goffman (1970) define como *estigma* a la situación en la cual un individuo posee un rasgo que puede imponerse por fuerza a la atención de los demás, “anulando” sus restantes atributos y moldeando la actitud de las otras personas hacia él o ella. Se habla de estigma cuando el propio sujeto “se hace eco de ese rechazo”. En relación a esto, tal como plantea, Michalewicz (2011) el hecho de haber pasado por la experiencia de la internación psiquiátrica puede constituirse en una marca permanente que condiciona la forma en la que una persona es percibida por los otros y la manera en que ella se percibe a sí misma. También condiciona la forma en que esa persona es escuchada, quedando su palabra relegada, muchas veces, al descrédito. El estigma asociado a las personas que han atravesado internaciones psiquiátricas actúa como marca permanente del proceso de objetivación al que fueron

sometidas durante las mismas. La persona pierde así el reconocimiento de su palabra y queda obstaculizada su posibilidad de reclamar por sus derechos y necesidades. La vigencia efectiva de los derechos puede revertir las consecuencias de las prácticas desubjetivantes. Los procesos de hospitalización se producen generalmente en instituciones de salud denominadas neuropsiquiátricos, a los que se los considera, siguiendo a Goffman (1972) *instituciones totales*. Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (Goffman, 1972). Ahora bien, un ordenamiento social básico en la sociedad moderna consiste en que el individuo tiene que dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes y sin un plan racional amplio. La característica general de la internación, en su funcionamiento como institución total, es la ruptura de las barreras que separan ordinariamente estos tres ámbitos de la vida. Esto produce múltiples efectos perjudiciales que, en conjunto, se engloban bajo la nominación de manicomialización. Un importante movimiento mundial tendiente a desbaratar ese modelo de tratamiento de la locura ha sido el iniciado por Franco Basaglia en Italia, en la década del 70 y que se extendió al mundo entero. En Argentina, la primera ola de transformación con los aportes de Pichon Riviere y Bleger, entre otros. La última dictadura militar detuvo ese avance, que se mantuvo en pausa en la Argentina, hasta su resurgimiento en inicios del 2000, culminando con la promulgación de la Ley de Salud Mental N°26.657 (2010). Allí se expresa acerca de la indicación de una internación en el art. 9:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de la internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

A su vez, en el siguiente artículo explica que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social. También, la ley indica que debe ser lo más breve posible, en función de criterios interdisciplinarios, y que cuando se decide internar a alguien es porque las distintas instancias comunitarias han fracasado en cuanto a la posibilidad de soporte, restitución o promoción de los lazos sociales.

En concordancia con esta perspectiva, Bercowsky, Ghía, y Gutierrez (s/f) plantean que hay que pensar cada internación en términos de la demanda singular, no entender la cura como una identificación a ideales que terminan forcluyendo al sujeto y sometiéndolo así a ese Otro absoluto que encarna el ideal institucional. Si se busca alojar y no controlar, las condiciones institucionales deberían hacer un espacio a lo propio, lo singular. La internación debe propiciar desde un inicio estrategias favorecedoras de una continuidad entre las diferentes instancias terapéuticas (Hospital de Día, Tratamiento Ambulatorio, Casa de Medio Camino). Promover la experimentación de nuevas formas de vinculación, el acceso a experiencias diversas, retomar aspectos que quedaron en suspenso: en lo educativo, recreativo, en el aprendizaje de habilidades en un entorno de cuidado. La internación puede propiciar el armado de redes generando articulaciones interinstitucionales e intersectoriales (servicios de apoyo comunitario, articulaciones con el área de trabajo, educación, promoción social).

En el Servicio de Internación se incluyen dispositivos diversos: escolaridad primaria, media, talleres recreativos y de oficios que se continúan en espacios comunitarios desde la internación o una vez que los pacientes se externan. Estos dispositivos, en muchos sentidos alternativos, tienen su propia lógica permitiendo que personas en tratamiento vivencien diferentes roles, favoreciendo formas diversas de inclusión en lo social, haciendo de consistir nominaciones que funcionan como significantes cristalizados: “el adicto”, “el enfermo mental” dando lugar a otros modos de nombrarse y percibirse: “ayudante del taller”, “responsable de la Huerta”, “estudiante”, entre otros. A nivel institucional permiten un corrimiento del modelo hospitalario asistencialista con el cual interactúan en una “saludable tensión”. Siguiendo las ideas de los autores, se trata del pasaje de un modelo asilar y segregativo a otro inclusivo y facilitador de la integración gradual en la comunidad incluyendo al sujeto activamente en este proceso. Una externación sustentable, en épocas de desafiliación y vulnerabilidad, contempla recursos económicos, educacionales, laborales, habitacionales y asistenciales, constitutivos de una clínica de la complejidad: clínica ampliada.

En tal sentido, la desinstitucionalización se refiere a contrarrestar la práctica manicomial. Esto no significa ausencia institucional, sino que implica transformar y crear nuevas instituciones. Acerca de los dispositivos, la institución como dispositivo y, en particular el dispositivo de la internación, responde en parte a algo de lo instituido, y en ese sentido, algo de lo inercial, pero también, y esto no es sin una estrecha relación con

la actitud crítica y comprometida de los equipos profesionales, se desliza entre lo que fue, lo que es, lo que todavía no es y lo que debería ser. En tal sentido, “la no institución”, “lo que todavía no es”, hay que inventarla para cada una de las personas que a ella se acercan, cuestionando generalizaciones y respuestas cristalizadas. Los distintos dispositivos deben constituirse cada vez y en el caso por caso.

La virtualidad como dispositivo

La Pandemia Covid-19 y más específicamente, la cuarentena y el aislamiento social preventivo y obligatorio dispuesto por los gobiernos, propiciaron un escenario donde la relación a lo virtual se vio reforzada y generalizada: “se impuso”. Claro está que desde otro ángulo que el de la oferta y penetración tecnológica -proceso en el cual ya veníamos inmersos y que permanece actuante- ya que la singularidad de este giro a la virtualidad fue la de operar como “morada”, tanto para lo vincular (afectivo) como para un trabajo analítico posible con los pacientes en medio del descoloque y la incertidumbre generalizada (Del Cioppo, s/f).

La virtualidad, la conectividad, los vínculos socio-técnicos (redes sociales), las biotecnologías, etc. nos interpelan promoviendo nuevas condiciones y efectos en la producción de subjetividad, en los estilos vinculares, en la narrativa de la identidad, en la experiencia de la corporalidad, la temporalidad y la espacialidad, entre muchas otras problemáticas. En este marco y en relación a nuestro quehacer, situamos como un analizador privilegiado el dispositivo analítico virtual. Entendiéndolo como aquella praxis específica que se despliega mediada por un artefacto tecnológico, una aplicación y/o interfaz digital y un servicio de conectividad.

Siguiendo lo planteado por el autor, en muchos casos detectamos que el dispositivo efectivamente se venía imponiendo sin haberse podido pensar consistentemente sus implicancias y su viabilidad. El giro a lo virtual -reforzando aquí su carácter acontecimental- nos propuso nuevos modos de hacer experiencia, de habitar

tiempos y espacios, de vincularnos con otros y con nosotros mismos, de configurar sensibilidades, etc. Como también, pone en juego las características de un dispositivo versátil, en el que también la creatividad opera como posibilitador del mismo. Y, por último, en el campo profesional, nos instó a “recoger el guante”, a autorizarnos y poder pensar y teorizar acerca de las nuevas condiciones para un psicoanálisis posible.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo es un proyecto de sistematización de la experiencia de Práctica Profesional Supervisada realizada de manera virtual y telefónica, debido a la situación de pandemia que nos atraviesa. Siguiendo a Jara Holliday (2011), se habla de *sistematización de experiencias* debido a que se amplía la idea de sistematizar, definida principalmente por “clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones”. En este caso se apunta a “obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias”, con la intención de comprenderlas y extraer sus enseñanzas, apropiándose críticamente de ellas, para luego comunicarlas y compartirlas con otras personas (p.3). El autor destaca que este tipo de estudio nos permite reconocer “los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (p. 4) a lo largo del proceso. A su vez, se caracteriza porque los principales protagonistas de la sistematización deben ser quienes son protagonistas de las experiencias” (p. 5).

Caracterización de los sujetos

La población con la cual se realiza la experiencia comprende a los profesionales de salud mental, específicamente psicólogos y psiquiatras, de las distintas áreas de la clínica. Se realizaron entrevistas a los coordinadores de los siguientes servicios: infanto-juvenil, consultorio externo, hospital de día, internación y rehabilitación. Los profesionales del equipo de internación y del hospital de día fueron los seleccionados para entrevistar en más de una oportunidad.

La participación total en las entrevistas se dio a doce profesionales, de los cuales seis realizan actividades en más de un sector de la clínica. También se seleccionan los profesionales presentes en los Ateneos de la clínica compartiendo casos clínicos. Los relatos de todos los profesionales, fueron fundamentales para el conocimiento de la institución, sus abordajes e intervenciones cotidianas.

Técnicas de recolección de datos

Para acceder a la información necesaria para el cumplimiento de los objetivos propuestos, además de la bibliografía pertinente, se han elegido ciertas herramientas o instrumentos, a saber: registros, observación participante y entrevistas semiestructuradas.

Registros: siguiendo a Jara Holliday (2013), resulta indispensable realizar y guardar registros de lo que ocurre en la experiencia de prácticas, se pueden utilizar anotaciones, fichas, grabaciones, etc. En este caso el mayor insumo proviene de las anotaciones o registros escritos a partir de la participación en los Ateneos por medio de la plataforma Meet y de las grabaciones y anotaciones tomadas en las entrevistas realizadas a los profesionales de la clínica a través de videollamadas por WhatsApp.

Observación participante: según Yuni y Urbano (2006), requiere una interacción con la realidad a observar, donde se ingresa a la situación modificándola temporariamente mediante el ejercicio de un rol, en este caso como practicante. Las observaciones tuvieron lugar en las entrevistas y especialmente en los ateneos (se participó en dieciocho ateneos durante el periodo de práctica), y la información pesquisada se asienta en los registros semanales y registros de cada actividad específica.

Entrevistas semi-estructuradas: según Yuni y Urbano (2006) las entrevistas permiten “obtener información provista por los propios sujetos, y con ello se obtiene un acceso más directo a los significados que éstos le otorgan a su realidad” (p. 81). Para este caso se apunta a una entrevista de tipo semiestructurada, en donde -según los mismos autores- se tiene un listado tentativo de preguntas en el cual se señalan los temas relacionados con la temática que se quiere indagar, sin aferrarse a la secuencia establecida previamente. En este caso, se realizaron dieciocho entrevistas a través de videollamadas de WhatsApp, por llamados telefónicos y conversaciones de WhatsApp.

Procedimiento y análisis de datos

A partir de los registros realizados en el proceso de práctica, se fueron reconstruyendo los datos en cuadros del cual emergían temáticas centrales recurrentes que fueron organizadas como categorías con el fin de analizar los datos obtenidos y así poder dar cuenta de los objetivos planteados. A su vez, el análisis se realizó mediante una interpretación crítica lo que permitió “identificar las tensiones y contradicciones, las interrelaciones entre los distintos elementos objetivos y subjetivos” (Jara, 2013, p.11) y, además, la articulación y confrontación entre las categorías y la teoría.

Consideraciones éticas

Para la recolección de datos, desarrollo de la práctica, realización del Proyecto del Trabajo Integrador Final, se ha procedido teniendo en cuenta lo indicado por el Proyecto de Investigación *Formación en ética profesional de la psicología en países del Mercosur* (Ferrero, s.f). Lo mismo, se tendrá en cuenta para el desarrollo del Trabajo Integrador Final. Será importante destacar que el principio fundamental para todos los requerimientos éticos de la práctica profesional del psicólogo es el “Respeto por la dignidad de las personas y los pueblos”. Dicha norma, se ha utilizado como guía en nuestro quehacer ético de la práctica profesional supervisada manteniendo pautas de conducta como la de “no realizar juicios discriminatorios” y “preservar la confidencialidad de los datos obtenidos” como así también el deber de guardar el secreto profesional que nos corresponde como futuros profesionales.

8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 Recuperación del proceso vivido

En este apartado se hará una descripción y reconstrucción del proceso vivido en la experiencia de prácticas en el periodo de abril a octubre del año 2020. Se explicará en tres etapas o momentos la experiencia vivida, haciendo hincapié en las vivencias más significativas atravesadas por el contexto actual de pandemia.

La experiencia de prácticas se lleva a cabo en la Clínica Privada Saint Michel, institución en la cual he tenido la oportunidad de participar entrevistando a profesionales de la institución y en los Ateneos clínicos de manera virtual, estando los servicios inhabilitados para la participación de practicantes de manera presencial en la institución debido a la pandemia por covid-19.

Primera Etapa

En **primera instancia**, a comienzos de abril, la sensación de **incertidumbre** fue protagonista ya que no había certeza en relación a la realización de la práctica en el corriente año. Esto se vio reflejado en mis notas de campo, en las que aludía frecuentemente a ello: “*En estos días me siento preocupada y ansiosa por la situación que estamos pasando. Me preocupa no poder hacer las prácticas o que las posterguen para el año que viene*” (Registro N° 1, 04/04/2020).

A mediados de abril, a través de la virtualidad, se dio el primer encuentro con mis compañeros de curso y las docentes de cátedra. Este espacio resultó aliviador ya que me dio la respuesta acerca del inicio de la práctica profesional supervisada (PPS): “*Me siento muy contenta (...) ya que me confirmaron que este año voy hacer las prácticas. Me tranquiliza saber que tenemos actividades en estos meses, aunque sean a distancia o teóricas, lo importante para mí es empezar*” (Registro N° 1, 16/04/2020).

En **segunda instancia**, es importante destacar el primer encuentro virtual que tuve con el grupo de contexto clínico y nuestra tutora. El mismo se dio el 23 de abril,

inaugurando a través de la virtualidad, los encuentros semanales de los jueves, entre las 17 a 19 hs. Este primer encuentro fue **ordenador** ya que por un lado pude conocer al grupo con el que voy a trabajar durante todo el año y por otro lado entender el objetivo de las tutorías y empezar a pensar-me en las PPS. También, fue motivador comenzar a pensar el rol del psicólogo clínico en la situación de pandemia y los efectos de esta en nuestro contexto. En este primer encuentro tuvimos noticias sobre la referente institucional y empezamos a pensar un primer acercamiento con ella. También en esta instancia, fue importante contactarme con mi compañera de la clínica, ya que pudimos compartir las expectativas y ansiedades que nos atravesaban. La pregunta que me hacía era ¿Es posible tener una práctica a distancia? ¿Cómo sistematizar la experiencia de práctica de manera virtual?

El **tercer momento** de esta etapa es en relación al primer acercamiento a la clínica, el mismo se dio a través del contacto con la referente institucional. A fines de abril le enviamos un mensaje de presentación a través de WhatsApp y comenzaron a surgir las **expectativas** de cómo se realizará el primer encuentro. Se pensaron las posibles preguntas para la primera entrevista, siendo esta la herramienta principal de nuestra práctica. Finalmente, luego de algunas conversaciones a través de WhatsApp, se concretó la primera entrevista con la referente institucional a través de una videollamada.

Segunda Etapa

El comienzo propiamente dicho de la práctica, se da con la primera entrevista a la referente institucional a mitad del mes de mayo. Desde ese entonces, **calmaron las ansiedades** y se pautó con la profesional realizar entrevistas semanales, estando también invitadas a participar de los ateneos clínicos que realizan todos los viernes a las 14:30 hs con el equipo de profesionales de la clínica, ocupando un rol de observador-participante. La modalidad de esta instancia continuó siendo la virtualidad, la sensación de distancia y extrañeza se adueñó de la práctica, pero con el correr del tiempo, significó la nueva normalidad.

Entrevistas virtuales

En relación a las entrevistas realizadas a la referente institucional, se dieron de manera virtual, a través de videollamada con la aplicación WhatsApp. La primera entrevista generó un alivio ya que pudimos conocer a la referente y presentarnos. Se preguntó acerca de su función en la clínica, de los cambios que se dieron a partir de la pandemia y de cómo sería nuestra práctica de manera virtual.

La segunda y tercera entrevista, también se realizaron con la referente institucional. En estas se pudieron conversar temas y dudas que surgen de los Ateneos y sobre todo de lo que sucede actualmente en la clínica. Las entrevistas son un instrumento fundamental para recabar información, como por ejemplo el organigrama, y a su vez, para generar nuevos interrogantes de futuras entrevistas. En estas las practicantes tomamos un rol activo dirigiendo las entrevistas. Por último, se planteó continuar con las mismas durante todo el año e ir incorporando otros profesionales de las diferentes áreas de la clínica.

El siguiente momento, las entrevistas realizadas a las coordinadoras del área Infantojuvenil, Consultorio externo y Hospital de día, resultó enriquecedor ya que nos permitió conocer el funcionamiento de la clínica desde otros dispositivos y sus adaptaciones debido a la pandemia. En relación a la distribución de sectores en internación del área Infantojuvenil: “*Si había, ahora con todo esto del COVID se ha generado problema, pero había un sector para varones y un sector para mujeres, el rojo y el blanco, pero están con la gente adulta*” (Registro N° 11, 17/06/2020). Con respecto al consultorio externo, la coordinadora relata cómo fue el proceso de cambio a la modalidad online: “*No fue tan engorroso como nosotros pensamos que podía llegar a ser, al principio se nos hizo más un mundo, pero después cuando lo empezamos a hacer dijimos bueno ya está, se puede hacer perfectamente bien.*” (Registro N° 14, 20/07/2020) También explica las ventajas de atender a los pacientes de manera online:

Antes tenías la sorpresa de que dabas turno y el paciente no llegaba. Ahora hay más seguimiento, porque antes sabes si se va a conectar o no, así que en ese sentido mejor. En ese punto es mejor, vos no te quedas esperando a que venga el paciente. (Registro N° 14, 20/07/2020)

En relación a la función de la coordinadora del hospital de día, nos explica lo siguiente:

Actualmente en esta situación puntual que estamos atravesando por la pandemia, mi función ha cambiado, yo estoy dedicando menos tiempo a la revisión de historia clínica y mucho más tiempo al envío de material a los pacientes que están en sus casas. (Registro N° 11, 17/06/2020)

A su vez, surgió interés en seguir descubriendo como la institución y los profesionales se iban adaptando a la situación del ASPO. También se realizaron entrevistas a los cuatro profesionales que trabajan en el sector de internación, cuatro profesionales de consultorio externo, y tres psicólogas del hospital de día, continuando también el contacto con la referente institucional. Las entrevistas realizadas abrieron el camino al eje de sistematización ya que despertaron intereses e interrogantes que permitieron elegir el tema de preferencia.

Ateneos

El 22 de mayo tuvimos nuestra primera participación en los ateneos clínicos, el mismo se dio de manera virtual, junto a otros profesionales que se encontraban desde sus casas y con los profesionales que estaban en la clínica, en dos salas diferentes. El primer ateneo era acerca de dos casos del área Infantojuvenil. Previo a este encuentro, hablamos con la referente institucional sobre la importancia del encuadre y de la confidencialidad “*Enfatizó que es muy importante mantener el secreto profesional siempre y en todas las actividades realizadas en la clínica*” (Registro N° 7, 22/05/2020). Este fue nuestro primer encuentro con otros profesionales de la clínica, en el que comenzamos a escuchar casos clínicos y a entender la dinámica de la institución. Fueron varios los profesionales que expusieron estos casos, en especial, un psiquiatra, terapeuta familiar y terapeuta individual de cada uno de los pacientes, y finalmente se realizó un debate y devolución.

A finales de mayo y comienzos de junio se llevaron a cabo el segundo y tercer ateneo clínico, en los cuales pudimos conocer a otros profesionales de la clínica, quienes nos transmitieron más información en relación a lo que se vivencia en una institución de salud mental atravesada por la pandemia. El tema del segundo encuentro era en relación a la modalidad online en el consultorio externo a partir de dos casos clínicos. Se debatió acerca de la modalidad online, telefónica y la presencial. También se dieron opiniones acerca de las ventajas, limitaciones del abordaje virtual, rol del psicólogo, el encuadre y la importancia de escuchar las preferencias de los pacientes, lo cual se ve reflejado en el relato de la coordinadora del área de consultorio externo:

Esto hace resaltar una vez más, que nosotros trabajamos con individualidades, cada uno es un sujeto y hay muchos que quieren presencial, otros que no, videollamada, teléfono (...). La necesidad de preguntarle al paciente, que es lo que usted prefiere. Esto me hace pensar, con cual dispositivo cada uno se siente cómodo. Hay que hacer un trabajo previo también si vos después te tenes que encontrar cara a cara con esta paciente. Pero me parece importante marcar esto de poder preguntarle al paciente cómo se siente cómodo, que prefiere. (Registro N° 8, 29/05/2020).

Como conclusión, se invitó a pensar en “lo que deja la pandemia” en la psicología clínica y el desafío de lo virtual. Este segundo encuentro nos dejó múltiples interrogantes acerca del abordaje virtual en la clínica. En relación al tercer ateneo, paradójicamente, se habló acerca de la necesidad de consultas presenciales. Al final de lo expuesto por los profesionales, se realizó un debate en relación a los criterios de internación y la importancia de un seguimiento presencial. Estos ateneos fueron claves para empezar a entender que sucedía con las intervenciones terapéuticas, con los profesionales, con los pacientes, con la institución misma, en relación a la pandemia, como se refleja en lo enunciado por la referente institucional: “*Las adaptaciones que hemos tenido que hacer incluyen a todos, no solo a los menores y a los pacientes que internamos, sino también a nosotros. Como poder ingresar otras estrategias para poder contener*” (Registro N° 9, 05/06/2020).

Continuando con la experiencia de los ateneos, durante los siguientes meses, todos los viernes de 14:30 a 16:00 hs nos encontramos con los profesionales de la clínica y pasantes. Algunos encuentros tenían invitados especiales, y en otros los profesionales de la institución expusieron casos clínicos muy interesantes. Los viernes se convirtieron en un espacio de aprendizaje, en el que se habló acerca de diferentes temáticas como “El Hospital de Día en tiempos de pandemia: cuando la distancia nos acerca”, “Desarrollo

psicopatológico de cuadro clínico e intervenciones farmacológicas con evolución errante e incierta”, “Compartiendo experiencias en tiempos de trabajo virtual”, “Lados del malestar y consumo de sustancias”, “Pandemia y Educación”, “Aspectos saludables en adolescentes”, “Psicosis o simulación”, entre otros. A su vez, los debates y las conclusiones de estos encuentros fueron dejando grandes aportes desde una perspectiva clínica como lo enunciado por un psiquiatra del equipo de internación: “*Siempre que hablamos con otros psiquiatras en el contexto de algún caso complejo, yo soy de mencionar que el sujeto es un constructo de muchas cosas, que nunca tenemos que perder de vista el contexto socio-cultural en el que transcurra el sujeto*” (Registro Nº 15, 31/07/2020). Otro aporte valioso de estas instancias, es en relación a la atención virtual y la comunicación entre los profesionales dado por una psicóloga del servicio de consultorio externo:

¿Saben cuál es la mayor satisfacción que podemos tener desde terapias online? Con pacientes todos, los de la clínica, los privados, (...), es que podemos hacer psicoterapia verdaderamente, también que nos podemos conectar con el equipo interdisciplinariamente y eso es muy positivo. (Registro Nº 16, 07/08/2020)

También, en distintos ateneos, se discutieron opciones en relación a la salida de pacientes internados en tiempos de COVID-19, tal es el caso “*Con pandemia, honestamente yo creo que en ningún lado hay alternativa. Es seguir haciendo lo que tenemos... con acompañante terapéutico. No tenemos alternativa intermedia*” (Registro Nº 20, 04/09/2020).

A comienzos de septiembre, con lo recabado en las entrevistas realizadas a profesionales de los dispositivos de hospital de día, consultorio externo e internación, los registros y la participación en los ateneos, comenzamos a definir el eje de sistematización de la experiencia de la práctica. El interés se fue centrando en analizar desde una perspectiva psicoanalítica, en cómo los dispositivos de la clínica con sus estrategias de intervención llevadas a cabo y el rol del psicólogo clínico se adaptan a la subjetividad de la época, en este caso la pandemia. El mismo terminó centrándose en la incidencia de la pandemia en dos dispositivos de la clínica, las estrategias de intervención dispuestas por las autoridades, sus efectos, y las características del rol del psicólogo.

Teniendo en cuenta lo recorrido, la motivación por continuar aprendiendo prima en la experiencia de la práctica. Los ateneos y las entrevistas realizadas otorgaron conocimientos e información acerca del encuadre en tiempos de pandemia, en una entrevista a psicólogos de consultorio externo se registró lo siguiente:

Es un poco más flexible el encuadre ya desde el momento que se introducen las variables que pueden introducir un error de conectividad, de datos de alcance, de cobertura, de espacio ¿no? Yo realmente algunos pacientes los atiende y veo que están en el auto, otros están en una terraza, otros están como en un lugar raro. (Registro N° 18, 17/08/2020)

También acerca del rol del psicólogo y sus intervenciones, se destacan, por un lado, la implicación de ambos en una situación que les resulta común, como explica una psicóloga que forma parte del servicio de consultorio externo:

Me sirve mucho saber que uno es un igual, vieron esto que siempre hablamos de la asimetría que hay con el paciente, lo que cambió mucho es esto de sentirme en una simetría, en esto de que la pandemia nos atraviesa a todos por igual. Es para todos, y ahí uno es un igual al otro. (Registro N° 17, 12/08/2020)

Por otra parte, algunos relatos enfatizan adecuaciones en el abordaje clínico, como lo explica otra profesional del servicio de consultorio externo.

Lo que me he encontrado haciendo mucho en este periodo es andamiar, en muchos casos no tratar de bucear tanto ni de ir una búsqueda tan profunda, abrir cosas que después la gente va a estar solo en su casa sino más bien de sostener hacer un trabajo de sostener transferencialmente esto de hacer trabajos que sean siempre constructivo y no de remover cosas que los pueda angustiar muchos sino más bien de centrar el trabajo en una cuestión de apoyo, acompañamiento. (Registro N° 21, 04/09/2020)

Durante el recorrido de la práctica, comenzó mi inquietud por las modificaciones que presentaban los distintos servicios de la clínica. La participación en los ateneos y las entrevistas me permitió pesquisar cómo funcionaba la clínica previa a la situación de pandemia y qué adaptaciones se iban gestando para, por un lado, implementar las medidas reglamentarias y por el otro continuar con los objetivos terapéuticos de cada servicio, escuchando a la vez la singularidad de cada paciente. Fuimos descubriendo el funcionamiento de distintos dispositivos de la clínica y las flexibilizaciones dadas a partir

de la situación atravesada por el COVID-19, tal como se refleja en la entrevista realizada a la coordinadora del Hospital de día.

“El nuevo desafío era con que formato hacer las actividades, la profe de laborterapia empezó a enseñarle al resto como armar tutoriales (...) nosotros nos re descubrimos como equipo en nuestros roles” (Registro N° 11, 18/06/2020). Y en una segunda entrevista, la coordinadora nos cuenta acerca de las nuevas propuestas del dispositivo, “*Si, (...) desde esta semana hemos arrancado con un encuadre de dos zooms por semana. Antes hacíamos zoom, pero de una manera mucho más casual, espontánea y también sin tener estructura*” (Registro N° 23, 29/09/2020).

A su vez, profesionales del sector de Internación como del Hospital de día nos comentaron acerca de la relación familia-paciente-psicólogo y de los cambios que se dieron estos meses:

Antes un paciente recibía a sus familiares lunes, miércoles y sábados, y ahí les decía estoy cómodo o me falta ropa interior (...) tráeme libros. Por ahí, hoy por hoy al no contar con eso es como que también te preguntan mucho más a vos, te dan una listita por si vos ves a los familiares. (Registro N° 11, 18/06/2020)

En todos los encuentros se habló acerca del contexto actual y sus implicancias, lo cual refleja que la práctica del psicólogo no se desprende de la subjetividad de la época.

En el último tramo de este recorrido, se realizaron entrevistas a los profesionales del hospital de día, consultorio externo e internación, las cuales se orientaron específicamente al eje de sistematización y a los objetivos propuestos. En las mismas, se recabó información acerca de la experiencia subjetiva de los profesionales en relación a las transformaciones que se dieron en su rol en contexto de pandemia, en las cuales surgieron las siguientes palabras: *desafío, agotador, reinventarse, difícil*. También se realizaron preguntas que ya se habían realizado al comienzo de la práctica con el fin de conocer y comparar los distintos momentos que atravesaron los sectores de la clínica a lo largo de todo el año. La última actividad realizada, el Ateneo “Tenemos una cita”, fue muy importante ya que nos brindó información acerca del funcionamiento del Hospital de día, y las nuevas actividades propuestas a los pacientes. También nos contaron cómo fue el proceso de cambios por los que atravesó el dispositivo, como se sintieron los profesionales y cómo recibieron los pacientes las actividades propuestas por el equipo.

Finalmente, se realizó un encuentro de cierre con nuestra referente institucional, en el que se pidió que describiera su experiencia en la clínica durante este año, lo cual nos respondió “*implica todo el tiempo estar reacomodándose, no solamente en la función sino repensando los dispositivos para seguir adelante y ver por dónde ir*” (Registro N° 25, 6/11/2020).

Tercera Etapa

Meses después, se retomó el contacto con la referente institucional con la intención de despejar ciertas dudas en relación a los protocolos utilizados al momento de la declaración del ASPO. La referente me contactó con la médica clínica y laboralista de la institución, que era la profesional responsable de aplicar los protocolos. Luego de contactar con ella, me invita a la clínica de manera presencial para poder observar los cambios del antes y después de la pandemia que se dieron en la institución. Esta invitación fue una gran oportunidad para recorrer la clínica, ya que era la primera vez que podía ir de manera presencial.

Al llegar a la clínica, me controlaron la temperatura y sanitizaron, luego me presenté por la guardia y esperé a que llegara la doctora. En esos minutos pude observar los carteles en relación al COVID-19:

Prevención y cuidados ante el Covid-19: no llevarse las manos a los ojos y la nariz, lavarse las manos con jabón frecuentemente, desinfectar los objetos que usan con frecuencia; ventilar los ambientes, al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo, el uso del tapaboca es obligatorio, respetemos el distanciamiento social de dos metros.

Otros de los carteles que pude observar fueron los siguientes:



Luego, fuimos al consultorio principal de la guardia donde pudimos conversar acerca de las primeras medidas que tomaron a partir de la declaración de la pandemia y del decreto del aislamiento. En esta instancia me contó acerca del funcionamiento de la clínica en general y de la continuidad de las medidas tomadas en tiempos de pandemia. Luego me invitó a realizar un recorrido de la clínica por todos los sectores mientras continuamos con la entrevista. Recorrimos los pasillos de todos los sectores de internación, los patios internos, los comedores, como también las salas de hospital de día, el gimnasio y los consultorios. Me sorprendí de lo amplia que es la clínica y la disposición de los espacios. La doctora se detuvo a mostrarme la vestimenta utilizada por los profesionales, los recorridos de circulación que realizan los mismos para evitar contagios, como también el pasillo sanitario. Esta instancia fue muy importante ya que pude conectar desde la presencia con lo que había escuchado a lo largo de la experiencia virtual.

8.2 Análisis de la experiencia

A continuación, se retoman aquellos datos y aspectos de la práctica que resultaron ser los más relevantes en relación al eje de sistematización y a los objetivos propuestos para el presente trabajo. El propósito de este apartado es, a través de una articulación entre la perspectiva teórica y la práctica, profundizar la comprensión de lo vivenciado en la experiencia mediante una interpretación crítica de la misma, intentando dar respuesta a los múltiples interrogantes que se fueron presentando.

8.2.1. La clínica hoy no es la misma

"Una de las pocas impresiones gozosas y reconfortantes que se pueden tener de la humanidad es la que ofrece cuando, frente a una catástrofe desatada por los elementos, olvida su rutina cultural, todas sus dificultades y enemistades internas, y se acuerda de la gran tarea común: conservarse contra el poder desigual de la naturaleza" (Freud, 1927).

En este apartado, se propone realizar un recorrido de las implicancias de la pandemia en la clínica Saint Michel en el tiempo de la práctica tomando diversos conceptos teóricos, pensados desde una perspectiva psicoanalítica. Las nuevas intervenciones y estrategias de abordaje de los profesionales como también la incorporación de normativas que atravesaron el funcionamiento de la clínica fueron los temas principales que se repetían en los registros, con el interrogante: ¿cómo funcionaba antes la clínica? ¿Qué es lo diferente hoy? En la primera entrevista, la referente institucional expresa: “*la clínica hoy no es la misma*” (Registro N° 1, 15/06/2020). La frase generó gran curiosidad por conocer qué estaba sucediendo y el sabor de que la clínica de antes de la pandemia ya no estaba a nuestro alcance.

Para analizar esa primera experiencia retomamos el concepto de *crisis*, a modo de poder acercarnos a lo que sucedía con la llegada del coronavirus a nuestra sociedad y cómo marcó particularmente el accionar inmediato de una clínica monovalente. Para ello nos remitimos a la idea de conflicto en un momento álgido en que impera tomar una decisión (Musicante, 2005) que puede operar como una peligrosa oportunidad de cambio (Pittman, 1995). Tomando esta acepción, entendemos que nos pondría en la línea de lo que indican las voces de algunos de los profesionales de la clínica, cuando, por ejemplo, enuncian que: “*en ese momento no sabíamos si a nosotros nos iba a tocar, pero debíamos estar preparados*” (Registro Nº 26, 10/05/2021). Aquí se refleja la postura que tomaron en la clínica, de formarse y capacitarse para estar a la altura de las circunstancias. Una institución que tomó decisiones desde el momento en el que el coronavirus se asomaba a nuestro país, adaptándose a lo que podría venir y con la apertura de realizar los cambios necesarios durante el tiempo que restaba.

Las crisis, de manera general, desde muchas perspectivas sociológicas y psicosociológicas suelen ser entendidas como situaciones graves de la vida social, en donde el curso de los acontecimientos ha llegado a un punto donde el cambio es inminente. Nos referimos a crisis totalmente contingentes, provenientes del mundo externo, a menudo en forma de catástrofes y que provocan situaciones traumáticas. La situación puntual generada a partir del virus de Covid-19, coincidiendo con lo planteado por Demarco (2021), ha llevado a la declaración de la OMS del estado de pandemia, como una situación específica o un obstáculo que interviene en el devenir cotidiano y pone en cuestión la trama de sentido que se sostenía hasta ese momento. En consecuencia, de esto, se dieron cambios en nuestro país, que marcan un antes y un después, con el decreto presidencial ASPO, estableciéndose protocolos y reglamentos en relación a las instituciones de salud mental, tanto en servicios de internación como atención ambulatoria. En instituciones de salud mental, se estableció lo siguiente:

Aquellas personas internadas por períodos prolongados e institucionalizadas son consideradas un grupo en alto riesgo físico y psicosocial, ya que constituyen un grupo de población vulnerable que presenta un mayor riesgo de desenlaces adversos e infecciones al convivir en estrecha proximidad con otras personas. Por consiguiente, los centros de larga estancia han de adoptar precauciones especiales para proteger a sus residentes, empleados y visitantes. (OMS, 2020, en Resolución S.E. Nº 01/2020)

Teniendo en cuenta la importancia de tomar precauciones especiales en las instituciones que albergan personas en situación de internación, es importante señalar las

propuestas realizadas por el MSNA (Protocolo, MSNA, 5 mayo, art 3) para estos establecimientos como la organización de un comité de emergencia, la utilización de un protocolo tomando como base las indicaciones elaboradas por la autoridad sanitaria local y la capacitación del personal de estas instituciones. Ante esto, la Clínica Privada Saint Michel estableció un Comité de Emergencia de la institución creado en el contexto de pandemia, el cual determinó una serie de medidas de implementación inmediata, escalonada y progresiva desde el 11 de marzo de 2020, cumpliendo las recomendaciones de la OMS, Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia, las recomendaciones dispuestas por el COE, entre otros organismos. Tal como se refleja en el registro: “*el protocolo fue modificado a lo largo de todo el año según la información científica y las disposiciones que fueron llegando*” (Registro N° 26, 10/05/2021).

En este contexto de pandemia, al que enmarcamos dentro de la noción de *crisis*, que, frente a lo disruptivo, flexibilizó sus dispositivos y adecuó sus modos de intervención. La clínica implementó nuevas *intervenciones* durante los meses de la pandemia. Las primeras medidas tomadas fueron la incorporación del sector triage y un análisis institucional. Una profesional de la clínica dice lo siguiente en relación a triage: “*quiere decir que hay que seleccionar, categorizar, realizar un filtro literalmente*” (Registro N° 26, 10/05/2021). Otro profesional coincide en que la primera medida de cuidado fue la incorporación de una carpa sanitaria en donde funciona la guardia con el fin de realizar un relevamiento a todas las personas que ingresen a la institución (Registro N° 18, 17/08/2020). En ese sector se toma la temperatura, se lleva a cabo un cuestionario en relación a contactos estrechos de casos de Covid-19 positivos, se solicita el uso de barbijo, y se permite ingresar solamente a un familiar acompañante por paciente.

La instauración del sector triage en el ingreso de la clínica, nos permite observar a primera vista que “la clínica no es la misma” desde la misma puerta de entrada. Una intervención que sirvió para cooperar, controlar y prevenir en la situación de pandemia. La formación del comité de emergencia, los protocolos puestos en marcha, la realización de un análisis institucional y el sector triage establecido, fueron los primeros pasos que realizó la clínica, para hacer frente a esta crisis sanitaria, “wei ji”². A su vez se reformularon espacios de trabajo, se incorporaron nuevas estrategias de abordaje de las

² Ver p. 36, etimología china que remite a dos caracteres: peligro y oportunidad de cambio.

tareas cotidianas y se reconfiguraron los dispositivos de atención, de lo cual abordaremos en los siguientes apartados.

Es posible también considerar que la crisis sanitaria y su particular tramitación por parte de la clínica en estudio, ha supuesto cierta conmoción de la misma entendida como *dispositivo*. Esto nos permite entender, los innumerables cambios que se dieron en los servicios de la clínica, que, a su vez, se encontraban atravesados por medidas reglamentarias sugeridas por los organismos competentes.

Siguiendo lo propuesto por Foucault (1991), entendemos la clínica como un conjunto heterogéneo de elementos que se articulan entre sí conformando una red compleja de relaciones atravesada por factores intra y extra institucionales. Incluimos aquí sus discursos, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, como aquello que es dicho, pero también “no dicho”. Esta compleja red de elementos articulados entre sí tiene una función determinada de acuerdo con el momento histórico de que se trate, y en este caso su estrategia a la vez incluye y supera los límites fijados inicialmente por la institución dado el momento excepcional. Analizar la clínica desde esta perspectiva, resulta ser claro para entender, en primer lugar, la complejidad de factores y elementos que atraviesan los servicios de la clínica y, en segundo lugar, la necesidad de responder a la contingencia de la época (situación de pandemia), tanto para la creación de los mismos, como para sus modificaciones, tal como se refleja en lo que nos dice una de las coordinadoras: “*Nos ha cambiado un poco a todos; si bien es el mismo dispositivo, la modalidad es diferente*” (Registro N° 18, 20/08/2020).

Así, el *dispositivo analítico* (Sotelo, 2015), como artificio “dispuesto” para la asistencia institucional, en el marco de abordaje clínico sostenido en la práctica analítica, sostiene sus ejes como invariancia al tiempo que se aboca al diseño de nuevos dispositivos. Siguiendo la premisa de que estos deben ser lugares de alojamiento de la urgencia, y no de eliminación de la misma (o de los fenómenos y síntomas con los que se presenta), lo cual vendría por añadidura. La reconfiguración de los dispositivos y el reinventarse de los profesionales, atravesó de modo particular a la clínica, en tiempos de pandemia: “*Implica todo el tiempo estar reacomodándose no solo en mi función, sino que repensando los dispositivos para poder seguir adelante y ver por dónde ir*” (Registro

Nº 24, 06/11/2020). En esta línea, señalaremos las transformaciones del dispositivo de internación y HdD.

8.2.2 Dispositivo de internación

Es posible una reflexión acerca de las implicancias de las medidas tomadas en una clínica monovalente y más específicamente en el sector internación, entendiendo a esta como una *institución total* (Goffman, 1972). Siguiendo sus lineamientos, la característica general de la internación, en su funcionamiento como institución total, es la ruptura de las barreras que separan ordinariamente los tres ámbitos de la vida: dormir, jugar, trabajar. En primer lugar, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, en el caso de la internación, la vida diaria se desenvuelve en el sector designado a cada paciente con sus respectivos patios internos. En segundo lugar, cada etapa de la actividad diaria del individuo se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas, es decir, los compañeros de cada sector que atraviesan problemáticas similares asumen el papel de “paciente mental”. Por último, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, o sea que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, mediante un sistema de normas explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Tal es el caso de los horarios y orden de las comidas, los talleres, visitas, etc. Este funcionamiento “regular” de la internación en una clínica monovalente, se particulariza en tiempos de pandemia adquiriendo cierta singularidad, que es enunciada por los actores en términos de: “*aislamiento*”, “*distanciamiento social*”, “*respetar la distancia*”, “*sanitizarse*”, como también cuestiones de vestimenta y uso de barbijo. Estas cuestiones circulaban en la clínica, interfiriendo en nuevos modos de funcionamiento, de permanecer en la institución, tanto para los pacientes internados, como para los profesionales.

Lo cual, partiendo de estos lineamientos teóricos, nos invita a cuestionar temas ligados a los efectos que ocasionaron los cambios en el sector de internación. Es decir, pensar acerca de las implicancias del servicio de internación, en el marco de una institución total, sumado a las particularidades del contexto de pandemia. Para esto, comenzaremos con una descripción de las modificaciones que se dieron en el servicio de internación, abordaremos las que refieren a la nueva forma de ingresar al mismo, para luego referirnos a la nueva manera de permanecer en el sector, y sus efectos.

Zona de aislamiento

Tomando lo dispuesto por el Ministerio de la Nación se establece para el ingreso de personas que requieran internación, realizar un chequeo médico-clínico general de la persona con uso de EPP adecuado a las recomendaciones (Protocolo, MSNA, 5 mayo, art. 3). Por otra parte, el protocolo de Salud Mental de la Provincia suma otra recomendación al sector de internación en instituciones monovalentes, la de prever el aislamiento por 72 hs a pacientes que ingresan a la institución para ser internados. Estas medidas fueron adoptadas por la clínica, tal como se establece en el informe: “Aislamiento estricto individual” por 72 hs hasta el resultado de su estudio y hasta ver la evolución de su estado infectocontagioso. A partir de las entrevistas realizadas a profesionales que se desempeñan en el servicio de internación se pudo registrar los pasos a seguir al momento del ingreso de pacientes en dicho sector. En primer lugar, se cumple el examen clínico correspondiente, que incluye la realización del hisopado, al que deberán esperar su resultado permaneciendo aislados por 72 hs en una habitación individual. En un segundo momento, el paciente pasa al “sector aislamiento” por catorce días, pero en grupo con otros pacientes, dando inicio a su tratamiento desde el primer momento. En tercer lugar, en caso de ser necesaria la prolongación de internación, la persona podría continuar su plan terapéutico en las habitaciones generales de la institución.

“Todos los pacientes que ingresan tienen que permanecer en su habitación 48 horas (...) luego se incorporan al sector y después de dos semanas en el caso de que la internación continúe, se los deriva digamos a otro sector por su obra social, por afinidad, o por motivo.” (Registro Nº 18, 17/08/2020)

Esta fue una de las modificaciones más importantes que se realizó en términos estructurales y de organización del sector: la zona de aislamiento

El sector rojo, que es para agudos adolescentes hombres y mujeres, ahora es la zona de aislamiento. El paciente que entra a la clínica pasa por este sector. Todo este cambio estructural tiene que ver con un cambio que hizo la clínica debido a la pandemia. Ese es el cambio grande que hubo. (Registro Nº 8, 29/05/2020)

La clínica, en tanto institución psiquiátrica, en el proceso de internación, opera como institución total (Goffman, 1972), imponiendo un distanciamiento del mundo exterior, con tendencias absorbentes, con el riesgo de procesos que, en algunos casos, despersonalizan al individuo. En situaciones extremas, ha sido asociado a procesos de cronificación manicomial, en relación a lo que Goffman refiere como *mortificación del yo*, para hablar de una tendencia absorbente de las instituciones totales, despojando al sujeto de sus derechos y autonomía. En este caso, es posible suponer un “doble aislamiento” para los usuarios que ingresan al dispositivo de internación de la Clínica Saint Michel en tiempos de ASPO. Por un lado, el encierro propio que implica tal situación, y por el otro, las normativas vigentes que indican el aislamiento en la institución misma.

Teniendo en cuenta la situación de “doble encierro” anteriormente planteada, es que nos cuestionamos acerca del cumplimiento de los derechos de los pacientes en relación a nuestra Ley de Salud Mental³. Entendiendo que el dispositivo de internación, por su propia naturaleza, implica la restricción de libertades esenciales, se suman las restricciones que disponen los protocolos en el marco de la pandemia. La Ley de Salud Mental, reconoce el derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento (Art. 7, 2010). En el marco de la pandemia por covid-19, el usuario o familiar responsable deberá firmar un

³ En el año en que se proponía, paradójicamente, el cierre de los neuropsiquiátricos.

consentimiento informado, al momento del inicio de la internación, donde se le explique que las medidas restrictivas son excepciones mientras dure la pandemia y hasta tanto no se modifiquen los protocolos asistenciales según autoridad sanitaria (Protocolo, MSNA, 5 mayo, art. 3). Lo cual coincide con lo planteado por uno de los profesionales: “*ante todo la claridad, cuando el paciente va a ingresar se le explica a él y a la familia como es hoy por hoy, y estos obstáculos son muy menores en relación al motivo real de la internación.*” (Registro N° 18, 17/08/2020) Tomando las palabras del profesional, se entiende que, en consonancia con la ley, la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (Ley 26.657, Art 14, 2010). Es decir, hablamos de una instancia recomendada para situaciones de extrema gravedad y riesgo, aún en situación de pandemia y bajo los requisitos de doble aislamiento.

Por otra parte, se suma a lo dicho que la normativa provincial dispuso la suspensión de visitas y de los permisos terapéuticos de salida de los pacientes. Tal como plantea el Comité de Emergencia de la clínica, se permiten solo las salidas de pacientes en caso de ser de extrema necesidad, cuidando la seguridad de los mismos tendiente a no romper el aislamiento. En una de las entrevistas realizadas se preguntó acerca de la comunicación de los pacientes internados con sus familias, el profesional respondió:

Ahora sólo por teléfono, desde que está esta cuestión de la cuarentena, desde el 20 de marzo la clínica decidió cerrar de alguna forma las puertas para proteger el internado. Históricamente nosotros teníamos tres maneras de comunicarse de los pacientes con la familia: llamadas telefónicas, visitas tres días por semana y eventualmente salía en el fin de semana. Ahora tanto visitas como salidas están suspendidas así que no les queda otra que llamar por teléfono. (Registro N° 19, 27/08/2020)

Siguiendo los lineamientos teóricos planteados, es posible considerar “mortificación pandémica” la situación de internación en contexto de crisis sanitaria que implica, además de un “doble aislamiento”, la suspensión del contacto con referentes afectivos, quedando reducida la comunicación sólo vía telefónica. A su vez, garantizar la comunicación con estos, implica generar los mecanismos necesarios para que el/la usuario/a pueda comunicarse con ellos a través de distintos medios como teléfono o videollamadas. Por otra parte, a pesar de encontrarse cumpliendo el aislamiento

correspondiente, los usuarios se encuentran acompañados por los profesionales del sector, tal como lo explica un psicólogo entrevistado:

Pero han tenido la admisión con el psiquiatra, una valoración médica, asistencia de psicología (...) No están solos... no es que están encerrados. Están los auxiliares, los enfermeros, hay gente. No tienen la posibilidad de ir al patio en horarios comunes. Pueden ir al patio, pero cuando otros duermen la siesta. Están sumamente acompañados. (Registro N° 18, 17/08/2020)

Es así, como en un primer momento, el paciente debe transitar su internación en la zona o sector aislamiento, para luego, concluir con su proceso en el sector correspondiente. El sector aislamiento se convirtió en la puerta de entrada para los usuarios y también en el modo de “*cerrar de alguna forma las puertas para proteger el internado*”, mediante la restricción del contacto físico con el medio social externo. Lo paradójico de “proteger el internado” del exterior y la “mortificación pandémica”, da lugar a “lo virtual” que funciona “abriendo puertas al afuera”, en presencia de un “doble encierro”. En el siguiente apartado, se continuará describiendo la modalidad de internación en contexto de pandemia y sus efectos.

La nueva normalidad

“Un fenómeno colectivo como el que hoy padecemos no necesariamente desencadena un efecto traumático; puede haber una reacción masiva pero que en todo caso potencia el efecto conmocionante; luego cada quien armará respuestas singulares de acuerdo a sus posibilidades simbólicas.”
(Garaventa; 2020).

La pandemia por COVID-19, irrumpió en la cotidianeidad de la clínica, el sector de internación, sus profesionales, pacientes y familias, generando indudablemente efectos subjetivos y sociales que podrían pensarse como catástrofe colectiva (Berenstein, 2002). La misma atraviesa todos los sistemas: sanitario, educativo, comunitario, entre otros. Se trata entonces de un arrebato y/o destrucción, con consecuencias desde lo individual hasta lo social (Nahmod, 2020). En ese marco, el dispositivo de internación adquirió

transformaciones en relación a la modalidad de trabajo, en la disposición de sectores con determinada cantidad de pacientes, protocolos de sanitización, entre otros. Los pacientes que reinciden encuentran al dispositivo de internación, transformado por la pandemia. Es decir, el estar “adentro” ya no es lo mismo que otras veces, para ellos la clínica tampoco “es la misma”. La pandemia irrumpió en lo cotidiano, tanto afuera como adentro de la institución. Se altera la cotidianidad con continuos cambios de abordaje dando lugar a una reorganización constante del dispositivo como lo describe un profesional del servicio de internación;

Cuando se descompensan y son internados, tenían una imagen de una institución que los ordenaba y ahora encuentran una institución con cambios, sectores que no conocían, otra modalidad de internación. Venían con una expectativa de orden que no era la misma. Que se adapten a esta nueva modalidad de internación, es una arista que tuvimos que trabajar. (Registro N°7, 22/05/2020)

En este contexto, los profesionales se adaptan continuamente a los cambios en la modalidad de trabajo, para hacer frente a la realidad epidemiológica, también a los protocolos dispuestos por la clínica como a las demandas de los pacientes. Ahora bien, la nueva modalidad de internación como “una arista a trabajar” y que requiere de cambios, puede ser pensada, en sí misma, como una *situación disruptiva*; en un contexto de crisis sanitaria que también resulta disruptivo para todos. La clínica, y más específicamente el dispositivo de internación, aloja y contiene usuarios que se encuentran en situación de riesgo, atravesando una situación que excede a otras posibles intervenciones. Tomando las palabras de la referente institucional “la locura muchas veces cursa muda, pero digamos que acá la locura ingresa desatada” (Registro N° 6, 15/06). Lo cual nos lleva a pensar en la línea de lo disruptivo en tanto condición propia a una situación de internación que, en esta contingencia aparece de diversos modos.

En estas situaciones uno hace una analogía con una catástrofe donde se enfrenta a situaciones disruptivas permanentes. La institución trabaja con lo disruptivo en el sentido de la psicopatología grave, (...) y como institución monovalente uno aloja la desorganización psíquica, entonces, tuvimos que trabajar mucho los coordinadores, todo el tiempo, tratando de reorganizar, y lo que te servía una semana, esta no te servía más, y eso sigue pasando, lo que te servía ayer hoy no te sirve. (Registro N° 24, 06/12/2020)

Lo disruptivo (Benyakar, 2002), de la pandemia al interior del dispositivo de internación, implicó un evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el

psiquismo y en la institución. Producido reacciones que alteran la capacidad integradora y de elaboración. El covid-19 ha resultado para muchas personas una amenaza incierta sobre proyectos personales, familiares, sociales y económicos, ocasionando miedo, inquietud, tristeza, alteración psíquica. Entre muchas otras manifestaciones de lo disruptivo en la conciencia. La incertidumbre, el miedo, y la amenaza cobran protagonismo en los pasillos del sector de internación. Las palabras de los profesionales nos permiten pensar la pandemia, por un lado, con posibles efectos de catástrofe colectiva, que atravesando el plano institucional se instala en sus dispositivos; y por el otro, como una constante situación disruptiva, con su capacidad potencial patógena, relacionada con las características de amenaza y miedo que implican adaptarse a la situación epidemiológica de cada momento.

Como se mencionó anteriormente, ante la llegada del coronavirus, los protocolos han delimitado la posibilidad de visitas semanales por parte de las familias a los pacientes internados y sus salidas de fin de semana. A partir de esto, el contacto de los usuarios internados con el afuera, se dio a través de llamados telefónicos y videollamadas. Antes los pacientes podían recibir a sus familiares tres veces por semana, lo que en la mirada de los entrevistados: “*era muy terapéutico y tranquilizador*” (Registro N° 24, 07/10/2020). Además, supuso transformaciones intempestivas, en palabras de una profesional: “*Fue más difícil para la gente que ya estaba internada decirle que no iban a recibir visitas que para los nuevos ingresantes. Porque los nuevos ingresantes ya entran con esta modalidad*” (Registro N° 19, 21/08/2020). Lo cual coincide con lo planteado por otro profesional en relación al ingreso a internación: “*No recibir visitas o no tener salidas recreativas o de vinculación es como menor al lado de lo que aconteció para que ese sujeto este con sus familiares en una guardia*” (Registro N° 18, 17/08/2020). Esto nos indica que a pesar de los efectos ocasionados en el plano institucional como medidas preventivas dispuestas en respuesta a la crisis sanitaria por covid-19, y los constantes momentos disruptivos que se vivencian en el día a día del sector, el motivo de internación prima sobre las circunstancias de tal internación. A su vez, y teniendo en cuenta la ley de salud mental, el dispositivo de internación continúa siendo de carácter restrictivo, utilizándose cuando aporta mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones.

A partir de la disposición del ASPO, se inicia para toda la comunidad el camino del aislamiento y de diversas restricciones. Aun cuando afirmamos que aislamiento social no es aislamiento afectivo; dado que distancia física no es distancia emocional (Nahmod,

2020), esta situación confinó a algunos a lo intrafamiliar y lo cotidiano, reduciendo los vínculos de las personas con los que se comparte la convivencia, disminuyendo el contacto físico con lo externo. Mientras que, al interior de la clínica, los sujetos en situación de internación, rota la continuidad familiar que se tenía en lo cotidiano y sin recibir visitas del exterior, consolidan los vínculos entre compañeros del sector. Lo cual, obviamente, no suplanta la relación con la familia.

Para ello, la virtualidad y los llamados telefónicos intentaron reemplazar la presencia objetiva del cuerpo por una presencia simbólica, subjetiva y afectiva, que no siempre resulta efectiva. Lo cual, en los sectores de internación, la contención entre los usuarios resulta, una de las pocas estrategias posibles para sobrellevar el confinamiento. Los fines de semana se arman rondas de espera de los llamados telefónicos, los usuarios comentan entre ellos quienes recibieron llamados, cuantos y de quienes (Registro N°19, 21/08/2020). A pesar de los intentos de reemplazar la presencia por los recursos tecnológicos y virtuales, no ha existido recurso tecnológico que posibilite el reemplazo del otro en cuerpo presente. Las entrevistas refieren que el cuerpo se ha quedado sin abrazos, sin contactos físicos, las llamadas telefónicas resultan insuficientes, y ante lo cual aparece en los relatos el enfático señalamiento de que entre los compañeros del sector se contienen y acompañan.

A su vez, se observa una falta en el dispositivo, en relación a las salidas de reinserción. En palabras de un profesional, si pensamos en un paciente puntual que se encuentra internado hace dos semanas, refiere “*nos falta una pata*” (Registro N° 18, 17/08/2020). Se entiende que sería mejor que el usuario tenga su salida y regrese para terminar su proceso, ya que el contacto con el afuera, que convalida el derecho de los sujetos a mantener sus vínculos con sus familiares y con el entorno social, y que rompe con la lógica totalizante de la institución de encierro, no se puede reemplazar por la tecnología. La imposibilidad de salir afuera generó ansiedad e inquietudes en los usuarios.

Entendemos de este modo, siguiendo con lo planteado por Nahmod (2020), que el proceso de aislamiento implica duelar la presencialidad por tiempo indeterminado. La necesidad del distanciamiento del otro, de la protección del cuerpo biológico hace que nuestra presencia se ausente, y que la libido intente apropiarse de otros recursos, como la mirada, las palabras, la escucha, las emociones. El duelo por la presencia del otro se ha puesto en marcha y es la realidad objetiva la que con sus limitaciones activa este proceso.

En nuestro caso, este duelo se sumaría a la desestructuración de los sectores del dispositivo y a lo desubjetivante propio de la situación de internación (Goffman, 1972) y aparece en voz de los profesionales como:

Creo que las limitaciones externas desde esta realidad que estamos viviendo hoy, nos pone a veces en un lugar de mayor visibilidad a nosotros y se nos demandó un poco más hasta en la necesidad de contacto de hablar y de tener un vínculo que se ocupaba antes con el espacio recreativo al que asistían y que ya no pueden asistir, el acompañante terapéutico que ya no puede ir, el hospital de día que está cerrado (...) desde ese lado hay un poco más de demanda. (Registro N° 18, 20/08/2020)

Es así, como en este transitar el duelo y la aparición de *un poco más de demanda* a los profesionales, estar en presencia simbólica no incluye al cuerpo objetivo, pero lo contiene. Se profundiza la necesidad de un cuerpo distante que haga de soporte de un estado afectivo. Se hace necesario entonces para transitar este momento generar una red afectiva a pesar del distanciamiento corporal. Se han ido abriendo opciones vinculares novedosas, dando lugar a un desplazamiento desde un cuerpo familiar o conocido a otros cuerpos: profesionales, institucionales, grupales. Continuando con lo planteado anteriormente, los psicólogos que acompañan a los usuarios que se encuentran internados, comenzaron a ocupar un lugar de puente entre el sujeto y la familia. Antes, al contar con las visitas y salidas el usuario iba satisfaciendo necesidades concretas, que, en pandemia, no son satisfechas por comunicación telefónica de pacientes y familia.

En estas nuevas demandas a los profesionales se superponen las condiciones subjetivas y objetivas, visibilizando cómo los acontecimientos producen un impacto en lo psíquico. La subjetividad se entrecruza con la realidad objetiva en la cual se encuentra inmersa, produciendo un enlace que será único en cada sujeto, como así también se singulariza cada espacio y momento vivenciados en la clínica, atravesados por la pandemia. Constituyendo así desenlaces clínicos posibles que dependerán del caso por caso y las posibilidades de elaboración o convivencia para cada una de las situaciones mencionadas. Lo cual coincide con lo planteado en el apartado de perspectiva teórica, en relación a la situación de internación. La misma debe ser pensada en términos de demanda singular, buscando alojar lo propio y singular de cada usuario. Desde esta perspectiva, es necesario escuchar lo subjetivo de cada paciente, en un contexto de pandemia que atraviesa a todos, dentro y fuera de la clínica.

En pandemia, los pacientes internados solicitaban más actividades lúdicas, antes o después de los plenarios grupales que se realizan al aire libre. Se habilita de esta manera, la posibilidad de encontrar otros en presencia física, se corporaliza un lenguaje simbólico y emocional. Una forma de expresión donde los pacientes se desenvuelven con mayor naturalidad y les permite la circulación de la palabra y sentimientos. Los relatos enfatizan que los usuarios anhelan compartir un mate, poder abrazar a sus seres queridos, festejar un cumpleaños, jugar un partido de fútbol, estar sin tapa boca, entre otras cuestiones. Estas instancias permiten poner en palabras sus deseos y anhelos, y de algún modo, el despertar de lo singular.

La incertidumbre cobra un papel importante, pareciera que no volveremos a la “normalidad” sino que, arribaremos a una nueva normalidad. Una profesional de la clínica nos describe, lo que podríamos considerar como nueva normalidad, lo cual fue observado durante los meses de ASPO:

En Pandemia observé una mayor tolerancia entre los pacientes internados, una escucha más activa, un acompañamiento y cercanía. Compartían la dificultad de manejar la soledad, su padecimiento, el aburrimiento y la cantidad de horas "libres" que debían ser ocupadas. En un contexto epidemiológico tan complejo como el aislamiento, parecía que, por intermedio del juego, los pacientes doblemente aislados, internación/cuarentena, logran sobrellevar la incertidumbre del tiempo de permanencia y a su vez, la finalización de esta nueva normalidad. Se identificaban y compartían deseos como: anhelo de volver a dar un abrazo fuerte, circular con mayor espontaneidad, sin protocolos, y re significando las cosas simples. (Registro N° 24, 09/10/2020)

Este testimonio focaliza como la nueva normalidad se caracteriza por una mayor tolerancia y acompañamiento entre los usuarios. El doble aislamiento, dado por la situación de internación en cuarentena, produce efectos en los vínculos de quienes lo transitan. Comparten, además del padecimiento mental, sensaciones de miedos e incertidumbre propias de la crisis sanitaria por covid-19. El día a día en la clínica se transita a partir del encuentro al aire libre, entre compañeros del sector, momentos de juegos, la escucha activa, charlas, de un compartir.

En esta línea, estas nuevas dinámicas institucionales pueden ser pensadas como *cambio catastrófico* (Bion, 1965). También el lugar que ocupa la familia y los psicólogos podrían ser analizados en ese eje:

Es un año donde se exacerbó muchísimo la presencia e insistencia familiar paradójicamente a la imposibilidad de ver al paciente, nosotros somos el nexo entre el paciente. Entonces recae más fuertemente las demandas, la disconformidad y también el cimiento de las familias. (Registro, N° 18, 17/08/2020)

Ante las nuevas demandas y los cambios en los dispositivos, surge la importancia del trabajo en equipo entre los profesionales, entendiendo como tarea principal acompañar a los pacientes, respetando las particularidades de cada uno y respetando las medidas sanitarias. El cambio catastrófico no es un desastre, sino el punto de partida de una evolución y crecimiento mental, por lo que se encuentra asociado a una transformación. Estos hechos tienen lugar en un momento de crecimiento y de cambio. Aunque se trata de una situación emocional profunda, se imbrica en un sentimiento de crisis, como oportunidad de cambio, que se puede apreciar tanto en la vida psíquica, como en el grupo y en la sociedad. “*Esto nos ha unido como cuerpo, como grupo. Nos ha unido más, con más diálogo, más articulados, más atentos y flexibles porque hay que atender esta emergencia*” (Registro, N° 18, 17/08/2020).

En definitiva, se puede observar cómo los vínculos vienen a ocupar un lugar de contención, tanto entre los usuarios del sector que vivencian un doble aislamiento, como el rol del psicólogo de puente entre familia y paciente, y además entre ellos, como equipo de salud. Entendemos así, en medio de esta crisis sanitaria, las transformaciones en los dispositivos de la Clínica Saint Michel, es sobrellevada con la aparición de nuevos lazos sociales que contienen estos cambios internos y externos.

8.2.3 Dispositivo de Hospital de Día

“Las puertas del hospital de día se cerraron y entonces los pacientes nos abrieron las puertas de sus casas, y desde allí se animaron a trabajar a la distancia.” (Registro N° 10, 12/06/2020)

En este apartado se invita a conocer lo sucedido en el Hospital de Día, en primer lugar y a modo de contextualizar, se describirán las sucesivas intervenciones que se realizaron en el dispositivo, adaptados al “caos” y, en segundo lugar, nos proponemos evidenciar los efectos que surgen a partir de dichas intervenciones, siendo la familia un pilar fundamental para el sostenimiento del hospital de día. En tercer lugar, se presentará el nuevo modo de abordaje del dispositivo, operando desde la creatividad, dando lugar a lo inédito, o lo acontecimental.

Como ya hemos dicho, en el marco de la pandemia por Covid-19, el 19 de marzo de 2020 se dictó el decreto ASPO con el fin de proteger la salud pública del país. Ante el inicio de la cuarentena, el HdD tuvo que cerrar sus puertas, quedando los usuarios del servicio, sin poder acudir a la institución. El dispositivo cierra sus puertas en la modalidad presencial, pero continuó funcionando dando continuidad a la atención de manera virtual para los pacientes.

La situación en ese momento se acercaba más a la incertidumbre de no saber de qué se trataba el virus, como también hasta cuando la máxima “quédate en casa” iba a comandar nuestra cotidianidad. Sotelo (2015) plantea que la contingencia y gravedad de ciertos acontecimientos, y sus consecuencias, requiere en muchos casos la creación de dispositivos de asistencia. Jaques Lacan enseña que todo hecho, es un hecho de discurso, y esto significa que los acontecimientos y sus consecuencias requieren una lectura de los mismos y una respuesta. Ante esto, se dio una reorganización del dispositivo, un nuevo desafío florecía, y era en relación al funcionamiento del mismo, ¿Cuáles son las posibilidades de brindar este servicio desde la virtualidad? ¿Cómo continuar con la asistencia y el cumplimiento de los objetivos del dispositivo? ¿Cómo realizar los talleres a distancia? entre muchos otros interrogantes. En un primer momento la coordinadora del

servicio, explica que la profesora de laborterapia comenzó a enseñarle a sus compañeros cómo diseñar tutoriales, “*Nosotros nos redescubrimos en nuestros roles*”. Luego del armado de los mismos, se pensó en cómo enviarlos, “*el método más instaurado era el WhatsApp, la mayoría tiene acceso, así que fue el medio elegido para el envío de actividades*” (Registro N° 10, 12/06/2020).

El hospital de día es un dispositivo institucional, que previo al ASPO, estaba compuesto por instancias terapéuticas clásicas como entrevistas individuales, familiares o psicoterapia grupal; actividades de convivencia y talleres. En situación de pandemia, el HdD, en una primera instancia comenzó con el seguimiento de pacientes de manera telefónica y la incorporación de tutoriales virtuales, para que cada usuario realizara en su casa, a modo de continuidad de los talleres. “*Redefinimos nuestros roles, los profes se ocupan de armar las actividades, algunas de formato impreso, papel, tenemos dos psicólogas que se ocupan de hacer el seguimiento psicológico a los pacientes que ya venían con su terapia*” (Registro N° 10, 12/06/2020). Es decir, en este contexto, el dispositivo se adaptó de tal manera que pudieron continuar con las entrevistas terapéuticas y los talleres de manera virtual, quedando las actividades de convivencia sin poder realizarse. Los profesionales que trabajan en el dispositivo explicaron que en un primer momento pensaron en los recursos con los que contaban los pacientes en sus casas para realizar las actividades a distancia:

Se pensó conjuntamente en la posibilidad que había en relación a los pacientes, posibilidades concretas, teléfonos, alguien que pudiera buscar actividades en la clínica. El tema de las actividades fue lo que se encontró para conectarnos con ellos. Algunos manejan equipos de teléfonos, otros no, es con un contacto con el responsable, con algún familiar. Después el contacto continúa por teléfono, por llamadas o por mensaje de WhatsApp. Tienen un seguimiento. (Registro N° 21, 15/09/2020)

En relación a los talleres, éstos se conforman en el marco de expresión y de trabajo a partir de la vivencia misma: aspectos vinculados con la relación con el cuerpo, la creatividad, el otro y el funcionamiento cognitivo (Del Olmo, 2017). En la presencialidad, cada usuario se inscribía en las actividades que deseaba. Si acudía a la mañana, hacía las actividades de la mañana, ya que, según explica la profesional, se suponía que el paciente elegía ir en ese horario, y, si hay alguna actividad que no le gustaba, se proponía otro horario. Con la virtualidad, la coordinadora explica que comenzó a enviar actividades de

otros talleres, y las empezaron a hacer, es decir, los usuarios se sumaron a realizar actividades que en la presencialidad no hacían, tomando así, un lugar más activo, que los convoca a realizar actividades diversas, “*es como una ganancia para ellos, porque recuerden que hay muchas enfermedades mentales, entre ellas la esquizofrenia que tienden a la estereotipia, a hacer todo igual, en forma repetida*” (Registro N° 11, 17/06/2020). Teniendo en cuenta que uno de los principales objetivos del dispositivo es la rehabilitación del paciente, intentando rescatar los potenciales sanos, activando y estimulando las capacidades personales, consideramos esta posibilidad de realizar nuevas actividades, como una instancia que promueve el desarrollo personal de los usuarios.

Los objetivos del HdD son múltiples. Entre ellos, se encuentra la prevención de internación y recaídas, como también la resocialización de los usuarios, promoviendo lazos sociales, institucionales, y el favorecimiento del vínculo entre paciente y familia. A su vez, en el marco de la Ley de Salud Mental, la misma, apunta a la creación de Hospitales de día, y otros dispositivos intermedios, con el fin de reducir aspectos estigmatizantes de la situación de internación, bajo lógicas manicomiales, proponiendo el reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales (Ley N° 26.657). Desde esta perspectiva, nos preguntamos ¿Qué posibilidad de socialización se generan en el hospital de día en situación de pandemia?

En esa línea, una de las actividades que realizan, con el fin de promover la socialización entre los usuarios, es la de compartir espacios de convivencia como un desayuno, almuerzo, merienda, realizando actividades lúdicas, o compartiendo tiempo libre, entre otros. Ahora bien, en cuarentena, y al no poder acudir a la clínica de manera presencial, estas actividades dejaron de hacerse, estando cada usuario en sus casas, manteniendo contacto con los profesionales y realizando las actividades de los tutoriales. En palabras de la coordinadora del dispositivo: “*uno de los objetivos fundamentales del hospital de día es la resocialización, y la pandemia en ese sentido va totalmente en contra con eso porque si bien ellos siguen en contacto conmigo por las actividades, entre ellos habían perdido totalmente contacto*” (Registro N° 23, 29/09/2021). Los pacientes del HdD, a diferencia de los que se encuentran en situación de internación, pasaron de compartir todos los días en la institución, con sus compañeros, a permanecer en sus casas con sus familias en razón de la consigna “quédate en casa”.

Ante esto, nos proponemos pensar en el lugar que ocupó la familia en situación de pandemia y que sucedió con los vínculos entre las familias, los pacientes y los profesionales. Para la familia, el hecho de que los usuarios vengan presencial, descomprime y los alivia, “*es como que descansan en la institución*”, nos explica la coordinadora (Registro N° 11, 18/06/2020). El dispositivo promueve visibilizar a los usuarios como sujetos adultos activos, lo cual se expresa en la ley de salud mental reconociendo a estos como sujetos de derecho. Tal es así, que los usuarios tienen derecho a ser tratados con la alternativa más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. También, el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y tratamiento y reconociendo a estos como sujetos de derecho, con pleno respeto de su vida privada.

Al momento de la práctica, los pacientes ya no pasaban tiempo en la institución, sino que desarrollaban las actividades de HdD en sus casas. El impedimento por asistir al HdD y la concomitante intensificación de la dinámica convivencial en el ámbito familiar configuraban un marco en el cual las intervenciones desplegadas desde el equipo generaban una gran incertidumbre. Lo cual implicó para los profesionales el desafío de contener esta incertidumbre indicando pautas claras en las actividades que enviaban. Las mismas les generaban interrogantes en relación a las respuestas que tendrían de parte de los usuarios y sus familias: “*la realidad es que muchos pacientes vienen por una demanda social, donde la familia piensa que esto es una guardería, qué valor le van a dar a esas actividades si no está la estructura física que aloja al paciente, que descomprime la situación de tensión del paciente y la familia*” (Registro N° 10, 12/06/2020). Lo cual, podría ser leído en la línea que señala Mannoni (1997) con el concepto de eternos niños que los usuarios de salud mental suelen ocupar en las familias.

Una de las ventajas del Hospital de Día, es que evita la desinserción del paciente en su medio habitual, pero a la vez, se localiza como un espacio diferente al familiar. Aquí se espera una participación activa del usuario, la implicación en la toma de decisiones y establecimiento de acuerdos, con otros, pero realizando un proyecto propio que sus familias podrán eventualmente conocer y compartir (Cifre Carillo, 2020). En tiempos de ASPO, la modalidad virtual y a distancia permitieron, por un lado, el ingreso de la familia al dispositivo, y por el otro el de los profesionales a la familia. La presencia familiar cobra su protagonismo, acompañando y ayudando a la comprensión y resolución de las consignas, como también trabajando en las actividades (Registro N° 11,

18/06/2020). De la misma forma, es que la familia solicitó a los profesionales, herramientas para intervenir en situaciones en que la cuarentena se hace difícil, abrumados de tanta incertidumbre y angustia, y los pacientes se sentían desbordados.

Antes de la pandemia, la presencia de la familia en el HdD se daba cuando existía una demanda de parte de los profesionales, cuando había algún conflicto o preocupación. En el 2020 el vínculo cambió, se generó una interacción continua y un acompañamiento semanal. A su vez, el acercamiento de la familia a los profesionales, o de los profesionales a la familia, permitió el despliegue de situaciones que en la presencialidad no se daban. Por un lado, instancias de entrevistas telefónicas, ya que el llamado permite el contacto con el familiar que atiende, y, por otro lado, en espacios de zoom, se podía observar y escuchar la intervención familiar en esas situaciones. La participación familiar, permitió que se encuentren más familiarizados con el dispositivo y con la dinámica de trabajo. Les permitió ver cómo los pacientes realizaban las actividades, y sorprendidos por los resultados, continuaron incentivando su autonomía. Estas situaciones que en la presencialidad no se daban y que permitieron que el profesional conozca desde otra mirada la intimidad del paciente, como también, la autonomía de los pacientes que se despliega en relación a la participación familiar, puede considerarse como efectos imprevistos del HdD virtual y a la vez, “en casa”.

En líneas generales, el HdD funciona como un ordenador en la vida de los usuarios, marcando tiempos y espacios en la cotidaneidad. El levantarse temprano para ir al hospital, desayunar con sus compañeros, conversar con ellos, ir al taller para luego realizar actividad física o algún trabajo manual, implica una estructura que permite el concurrir del hospital de día (Registro N° 21, 15/09/2020). Con la virtualización del funcionamiento, la familia planteó la dificultad para sostener esa rutina dentro de sus casas, las horas de sueño, las comidas, entre otros hábitos, en situación de cuarentena, donde los parámetros temporales son diferentes a los habituales. Una profesional refiere: *“Hay una parte que se nos escapa y el acompañamiento, o la presencia o el discurso de la familia nos dice un montón”* (Registro N° 23, 29/10/2020). Por lo tanto, la función de sostén del dispositivo se encuentra compartida entre el encuadre proporcionado por lo institucional, los terapeutas y los compañeros de tratamiento, sumándose, en relación a lo observado en pandemia, la familia.

En este contexto, los usuarios del HdD se encuentran en una experiencia de inédita acentuación de presencia y vinculación con el espacio familiar, en detrimento de otras instancias de participación social. En este marco, es sin dudas el recurso de la tecnología lo que permite que el sujeto pueda “salir” en este nuevo contexto del espacio del hogar, para sumergirse en “espacios virtuales” (Cifre Carillo, 2020). La tecnología opera entonces, como recurso para estar en casa, pero en contacto con el afuera, dejando por un momento el núcleo familiar para sumarse al grupo de pares. Implica salir del espacio familiar, para incluirse en el institucional, donde la familia cobra el protagonismo como nuevo “sostén”, para el acceso a la tecnología como también al acompañamiento de la implementación de una nueva modalidad de abordaje.

Al decir de los entrevistados, el apoyo y acompañamiento familiar tuvo fluctuaciones en el transcurso de la cuarentena: al comienzo las medidas de aislamiento eran consideradas algo temporal y excepcional, y entendían que eso permitía que la familia pudiese adecuar sus horarios, espacios y otras actividades a las de los usuarios; luego, con la vuelta a espacios de trabajos online o presenciales, la vuelta a la rutina, comenzó a darse una menor presencia en los espacios virtuales institucionales, con la doble consecuencia, de por una parte, acotar el tiempo de participación de los usuarios, y por la otra, favorecer en ellas la asunción de posicionamientos más autónomos frente a la tecnología, los tutoriales propuestos, actividades de los talleres, como también frente a los vínculos con su grupo de pertenencia. En palabras de las profesionales, en relación al uso de la tecnología *“La herramienta sirve para los encuentros y para aprender otras cosas, tienen esta nueva herramienta para buscar información, para conectarse con otros compañeros cuando nosotras no estamos, una herramienta más para la socialización, para ser más autónomos”* (Registro N°23, 29/10/2020). Podemos decir, que, a los efectos anteriormente planteados, se suma otra herramienta, que de manera imprevista y gradual fue tomando un papel importante para el cumplimiento de los objetivos del HdD. Por un lado, promueve la autonomía y por el otro, favorece la socialización entre los usuarios del HdD.

Nadando en el caos

“La mayor parte de la realidad no es ordenada, ni estable ni equilibrada, sino que bulle con el cambio, el desorden, el azar, no obstante, es capaz de generar estructuras y ordenamientos no aleatorios” (Blanco, 2019).

Teniendo en cuenta los efectos hasta ahora descriptos podríamos afirmar que la clínica, específicamente los dispositivos de internación y HdD, se fueron adaptando a la crisis sanitaria. La amenaza incierta, como elemento clave de lo disruptivo, circulaba en la institución. Hubo cambios en los dispositivos, “*es una forma de ir haciendo frente a la amenaza y no amenaza, de la cuestión epidemiológica*”. (Registro N° 24, 06/11/2020). Para comprender esta forma de “*ir haciendo*” retomamos el significado hacer definido como “ejecutar, poner por obra una acción o trabajo” (RAE, 2020). Proponemos, analizar los dispositivos de internación y HdD, en crisis por pandemia, pensar lo disruptivo, y también el cambio catastrófico y sus efectos, que implican “*ir haciendo*” una nueva normalidad, y en donde la clínica “*no es la misma*”. Una realidad de constantes cambios y desequilibrios, que además de la sensación de amenaza, comienza a autoorganizarse frente a lo azaroso de la actual cotidianeidad.

Hay un instante donde tenes que hacer algo, la contingencia, viene siendo muy azaroso, más allá de que uno vive trabajando con lo azaroso, es parte de nuestro oficio, pero, si uno toma la institución toda como si fuera una persona, (...) implica todo el tiempo estar re acomodándose (...) repensando los dispositivos para poder seguir adelante y ver por dónde ir. Por eso, el caos no creo que se fue, sigue todo el tiempo, estamos nadando en el caos hace rato. (Registro N° 24, 06/11/2020)

Se vuelve pregnante la afirmación del entrevistado, y haciéndonos eco de su impresión, luego de varios meses recorridos, consideramos que el concepto caos nos permite expresar, en términos generales, lo transitado por la propia práctica en la clínica y sus dispositivos en situación de pandemia.

Para la antigüedad grecorromana, caos era la personificación del vacío primordial, anterior a la creación en el tiempo, en que el orden no había sido impuesto a los elementos del mundo. Nos resulta interesante tomar los aportes de la Teoría del Caos, ya que explica una nueva visión de la naturaleza desde la cual se observa que la inmensa mayoría de los objetos y la vida en general, están sometidas a la inestabilidad, donde no se identifica claramente el efecto proveniente de una causa (Blanco, 2019). En mi tiempo de práctica, mis propias experiencias estaban en la misma sintonía que la de los entrevistados. En las entrevistas tomadas, los profesionales explicaban los cambios constantes que realizaban en los dispositivos, comandados por la incertidumbre de la situación y “*el no saber qué pasará*”. La no-linealidad, lo imprevisible, la incertidumbre, resultaban así una referencia constante. ¿Estaríamos inmersos en lo que podríamos considerar “sistemas caóticos”? ó, más bien ¿“pandémicos”?

A su vez, los procesos de la realidad están inmersos en un enorme conjunto de circunstancias inciertas. Siguiendo esta concepción, el caos se refiere a interconexiones subyacentes que se manifiestan en acontecimientos aparentemente aleatorios. “*Estamos nadando en el caos*” refiere a una acción, un ir haciendo, que implica repensar y reacomodar los dispositivos para hacer frente a la contingencia. Implica un punto de evolución hacia dos posibilidades: o bien retorna al estado de equilibrio original, al modo de la termodinámica clásica, o bien deja de caotizarse, empieza a auto ordenarse auto organizarse hasta constituir una nueva estructura, denominada estructura *disipativa* o *dispersiva* que evoluciona hacia una mayor complejidad. La sensación de que el caos no se fue, que el caos continúa y sigue todo el tiempo, implica también la posibilidad de evolucionar a una nueva estructura, que se va dando en el mismo transitar del caos. Desde esta línea, nos interrogamos ¿Cómo evolucionó el HdD en el transitar del caos?

La creación como condición del caos: “Tenemos una cita”

Primero hay que crear la situación en un presente y ver después si el presente es una repetición de la historia o un nuevo presente que abre un nuevo futuro. En ocasiones, ese presente puede llegar a ser acontecimental”
(Puget, 2019).

Tomando el caos como posibilitador de una autoorganización de una nueva estructura, consideramos el término de *acontecimiento*. Como ya mencionamos, un acontecimiento origina la invención de otros esquemas frente al impasse. ¿Qué invenciones podríamos pensar en relación a la pandemia por coronavirus y su llegada a la clínica?

Es posible analizar algunos *acontecimientos* (Lewkowicz, 2004) observados en el tiempo de práctica, tal como sucedió en el hospital de día. Se propuso un cambio en el dispositivo, creando un nuevo espacio de encuentro entre los usuarios, el mismo se llamó “Tenemos una cita”. La coordinadora del hospital explica que, al comienzo, se realizaban zoom de una manera más espontánea y casual, sin tener días fijos. En un segundo momento, se realizó una reorganización del equipo, quedando fijo dos veces por semana, con dos profesores del hospital a cargo, un encuentro por zoom con los usuarios que quieran conectarse y encontrarse con sus compañeros. El objetivo del mismo era sostener el vínculo con la institución, y entre ellos (Registro N° 23, 29/10/2020).

“Ser fiel al acontecimiento” es posibilitar la intervención desde el borde del vacío, “el ser fiel en su borde anterior”, estableciendo que “toda fidelidad verdadera es una invención, pero, además, también depende de la fecundidad del azar” (Badiou, 2015). Ante este cambio, se comenzó a escribir las primeras líneas de lo que podría ser una nueva historia. Se observó que los pacientes se encontraban predispuestos y la familia acompañando en cuestiones de tecnología. Los pacientes se arreglan, se peinan, se visten con ropa adecuada para las actividades que a veces cuando concurrían a la clínica costaba más, el tema de la higiene, del aseo, se observa este cambio de lo presencial a lo virtual. Esta nueva modalidad es posible pensarla en pacientes que se encontraban a la distancia, o que por algún motivo no podían acceder a la clínica y que tenían recursos tecnológicos para poder integrarse en este nuevo espacio virtual. En voz de una profesional, “*Es un nuevo dispositivo para mí, no es lo mismo lo que yo hago cuando estoy presencial, porque*

sin duda, la dinámica es otra y los tiempos también. Es un nuevo espacio” (Registro N° 23, 29/10/2020). Pensamos en esto, lo acontecimental, es decir, lo que sucede luego del acontecimiento que implica dar lugar a una universalidad en la que emergen otro tipo de contenidos. Encontrándonos así con el mismo acontecimiento y de allí, la posibilidad de fijar puntos a partir de los cuales se puede reconfigurar la historia, y contemplar otros modos de existencia (Fernández-Jaimes, 2020).

Tal como hemos sugerido en este trabajo, durante el recorrido de la práctica circulaba “la clínica no es la misma”, “la nueva normalidad”, “nadando en el caos”, “un nuevo espacio” y al finalizar, la palabra caos continúa en voz de los profesionales, “*El caos (...) lo llevo hoy, más relacionado con la creatividad y con la posibilidad de cambio, más que con la connotación negativa que tiene el caos*”. (Registro N° 24, 06/11/2020). Sobre estas líneas, el devenir es acción y movimiento en la incertidumbre caótica, pero al mismo tiempo es potencia (Blanco, 2019). La evolución, la vida, es inestabilidad, irreversibilidad, pero también con la posibilidad de dar sentido en el “entre” de los acontecimientos, produciendo transformaciones, representaciones, o sea invenciones, ficciones mediante las cuales velar el vacío, la nada del caos. Se puede pensar que el constante devenir sólo es posible en una situación de no equilibrio. El mismo implica, jugar en la interrogación, tolerar la incertidumbre, destruyendo las certezas y convicciones. Desde esta mirada, el caos es condición de la creación. No hay creación sin caos.

Ante esto, pensamos en la posibilidad de cambio, de apertura, de nuevas configuraciones que se dieron en el transitar del caos y de los sucesivos acontecimientos que fueron atravesando los profesionales, los dispositivos y la institución en sí misma. En el hospital de día, se puede observar la aparición de cambios en los sujetos y en sus relaciones, ahora los profesionales ingresan en las casas de los pacientes, pudiendo observar cuestiones que antes no aparecían, como los vínculos familiares, lo cual permite al psicólogo intervenir en situaciones que se filtran con la virtualidad. En palabras de una de las profesionales:

Es un cambio paradigmático, si un paciente puede a posteriori hacer algo solo (en relación a la interacción por zoom), sin la familia, estamos hablando de una autonomía. Esta cuestión de modificar el encuadre, cuando uno entra a la casa de otro hay alguien que está cocinando, una niña jugando... yo lo veo como algo fantástico desde ahí, como una idea precursora en algún punto. (Registro N° 23, 29/10/2020)

En este marco, es posible pensar el acontecimiento como posibilitador de “un nuevo espacio” de sostén llamado “Tenemos una cita”, que promueve la socialización entre los usuarios, fortaleciendo lazos, como también rescatando los potenciales sanos y fortaleciendo las capacidades personales de los participantes.

La clínica de la singularidad en un dispositivo grupal

Transitar por el hospital de día requiere de un recorrido incalculable en su duración y resultados, en la cual cobra importancia el trabajo de elaboración propia del sujeto. La modalidad es grupal pero prima el proceso personal que realice cada paciente: “*Se atiende a los intereses, singularidad y posibilidades de cada uno*” (Registro N° 23, 29/09/2020)

Desde el momento de la admisión, los usuarios eligen las actividades que les interesan, como también al momento del alta, no hay un criterio en tiempos cronológicos para determinarla. A su vez, la coordinadora del hospital explica que los mensajes con actividades son personalizados, es decir, no implica reenviar una misma actividad a todos los usuarios, sino que requiere de un seguimiento del caso por caso, tanto para enviar la actividad, como para dar respuesta a la misma (Registro N° 23, 29/09/2020). Es decir, el pasaje por el hospital conlleva otra temporalidad, adaptando el tiempo cronológico al ritmo del trabajo del paciente, y no el del paciente a los tiempos del Otro, como respuesta a una grilla estándar de tareas (Del Olmo, 2017).

En un contexto de pandemia, y de funcionamiento a distancia, ¿el hospital de día reproduce una lógica que vale igual para todos los casos? ¿Ha sido posible considerar las diferencias subjetivas de los usuarios? En relación a estos interrogantes, en la práctica se pudo observar que hay pacientes que no pueden realizar actividad física entonces no se les mandaba esos tutoriales, al igual que usuarios que les gusta la música, las manualidades, por lo tanto, se prioriza enviarle ese tipo de actividades. A su vez, los pacientes con dificultad en motricidad fina requieren de actividades específicas. Los

recursos económicos también es un factor a tener en cuenta, y en actividades de laborterapia se adaptan al uso de materiales reciclables. A su vez, no se trata únicamente de que los profesionales adapten el dispositivo a cada usuario, sino que también, cada usuario saca distinto provecho del dispositivo. Como ya hemos dicho, los pacientes descubrieron nuevos intereses, solicitaron ayuda a familiares, se animaron a realizar actividades extras como también a participar de talleres en los que no estaban anotados (Registro N° 23, 29/09,2020). A su vez, participaron de los momentos virtuales que se proponían, sin importar si se encontraban los compañeros de siempre, o se conocían con nuevos usuarios. Entendemos entonces al HdD, como dispositivo versátil, capaz de adaptarse con facilidad y rapidez a diversas funciones. Un dispositivo es versátil a los usos que los sujetos realicen con el mismo, es decir, un dispositivo puede ser versátil a un usuario como no versátil para otro sujeto. La característica de la versatilidad, no está escrita a priori, sino que con el transitar, un dispositivo puede resultar versátil para un usuario.

Lo paradójico del funcionamiento del hospital, en tiempos de pandemia, es por un lado la clínica de la singularidad del dispositivo grupal y por el otro, el apropiarse de espacios grupales, a la distancia, para poder surgir así, desde lo colectivo, la singularidad. Se posibilita así, la condición, en este contexto, no sólo de sostener el vínculo sino también hacer foco en la singularización de cada propuesta (Cifre Carillo, 2020), consensuar con cada participante, los modos para llevar a cabo una actividad, apelar al recuerdo emotivo de actividades similares realizadas en la institución, generar propuestas colaborativas donde el quehacer propio obtiene su sentido de la conjunción con el de los otros y en la creación de un producto colectivo. La incorporación del espacio grupal por zoom, “tenemos una cita”, implicó resultados que despertaron la singularidad, y por otro lado, propiciaron la importancia del vínculo en el “hacer” junto con otros.

8.2.4 Acerca del psicólogo clínico en pandemia

“Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de la época” (Lacan, 1953)

En el servicio de internación como en el hospital de día, el psicólogo clínico debió reinventar y adaptar su práctica a la contingencia. El quehacer del psicólogo se encontró atravesado por tres “dimensiones”. Por un lado, lo propio que demandan las instituciones totales, por otro lado, la normativa vigente dada por la situación de ASPO, que, en un tercer lugar, también la pandemia los atravesaba en su cotidaneidad.

La creatividad y lo artesanal ante la normativa vigente del ASPO

La organización de trabajo de los psicólogos que se llevó a cabo en el sector de internación tuvo como fin reducir el riesgo de contagio, disminuyendo la circulación de los profesionales en la clínica al igual que la reducción del contacto de estos con usuarios de los diferentes sectores. Tal como plantea el Ministerio de la Provincia “Se restringirá lo más posible la deambulación de los pacientes y los profesionales de salud, por los distintos sectores del hospital.” Es por eso que se separó al equipo de profesionales en grupos. Un grupo atendía y acompañaba a pacientes del sector rojo (aislamiento), y otros grupos asistían en los otros sectores. El profesional, al llegar a la clínica, pasaba por el sector “triage”, se colocaba los elementos de protección y se dirigía directamente al sector asignado (Registro N° 24, 07/10/2020). Se intentaba hacer las entrevistas a los pacientes entrando una sola vez al sector, con distanciamiento y preferentemente al aire libre. Esta reorganización, fue una de las adaptaciones más importante del sector en relación al trabajo de los profesionales. Un profesional explica cómo era antes de la pandemia:

Antes había más movilidad, vos entrabas al sector y entrevistabas a un paciente, y por ahí, otro paciente estaba en alguna actividad grupal, recreativa o

terapéutica entonces vos te ibas y volvías cuando este paciente podía ser entrevistado. Ahora, lo que se recomienda es directamente entrar al sector y tener las entrevistas con todos los pacientes, uno a la vez. (Registro N° 24, 07/10/2020)

Por lo tanto, a partir de esta reorganización, el psicólogo deja de acompañar al paciente durante el transcurso de toda su internación. Es decir, pre pandemia, acompañaba a ese paciente hasta el alta. En pandemia, el profesional acompaña al paciente en su sector, y luego, hay un cambio de sector y también, de profesional. “*Este punto, se trabaja tanto con el paciente como con la familia. Se explica que por esta cuestión de coyuntura sanitaria ya no hay una continuidad personal, pero sí una continuidad psicológica*” (Registro N° 24, 07/10/2020).

Por otra parte, los psicólogos de la clínica plantean haber flexibilizado algunos aspectos en relación a la necesidad de los pacientes. Por reglamento las llamadas telefónicas son de cinco minutos, lo cual el psicólogo debió acomodarse para hacer lugar a la demanda de los pacientes y de la familia flexibilizando los tiempos.

A su vez, plantean haber funcionado como equipo de manera más unida, con mayor diálogo, “*más articulados, atentos y flexibles porque hay que atender a la emergencia*” (Registro N° 24, 07/10/2020). En los casos en que había profesionales que no podían asistir debido a sospecha de contagio, contacto estrecho o a la espera del resultado de un test serológico, tuvieron que inventar “*sobre la marcha*” la manera de continuar con los pacientes de ese profesional que correspondía a un sector determinado. Surgió el interrogante de cómo vehicular esa situación. Porque acompañar a los pacientes de ese profesional “*implica violar la enmienda de que cada uno está en un sector para evitar contacto*” (Registro N° 24, 07/10/2020).

La clínica se organizó en razón de la disponibilidad de los profesionales, ya que una de las medidas sugeridas por el Ministerio de la Provincia era la de un sistema de rotación de parte del personal. La conformación de dos equipos de trabajo por siete o catorce días y luego realizar cuarentena, es decir, organizarse por “burbujas” o trabajo en “espejo”. Un sistema que, en la clínica, y especialmente en el sector de internación y hospital de día, no pudo llevarse a cabo ya que también se redujo la cantidad de personal en los dispositivos en razón de aquellos trabajadores que se encontraban en situación de riesgo. Siendo esta, otra medida dispuesta por el Ministerio: “determinación de los grupos

de riesgo e identificarlos a los efectos de su alejamiento de las instalaciones". En voz de una de las profesionales del HdD: "*Te soy sincera, lo que nos ha dificultado muchísimo es la disponibilidad de tiempo. Porque estábamos con menos personal*" (Registro N° 24, 07/10/2020).

Los profesionales de la clínica coinciden en que la creatividad resultó ser protagonista a lo largo de todo el año para hacer frente a estas modificaciones.

Entonces es un año muy creativo, la creatividad es desgastante, pensando en los grupos, pensando en las dinámicas. Todo desafío genera miedo y ansiedades y salir de este protocolo que cada equipo ha armado, genera resistencias, ansiedad, pero creo que para destacar es la cohesión, la creatividad y el acompañamiento al paciente en donde nos posicionamos más, o al menos yo en el minuto a minutos. (Registro N° 24, 07/10/2020)

Desde una perspectiva psicoanalítica, existen autores que consideran lo creativo como un logro, propio del atravesamiento del momento transicional (Tulián, 2010). Winnicott (1972) considera que el espacio transicional es el área de juego y de la creatividad, siendo este un espacio fundamental para el desarrollo. Tomando ese eje, es posible pensar la creatividad como posibilitadora de una situación nueva, en ese transitar de una clínica que no es la misma. El espacio transicional, constituye una zona intermedia entre lo subjetivo y lo percibido objetivamente. La zona intermedia abarca el espacio del juego, la creación, la actividad artística y los sueños (Tulián, 2010). Podemos pensar la creatividad como una herramienta que funciona como puente en momentos en que los profesionales se encontraron "sobre la marcha nadando en el caos".

En relación al dispositivo de HdD, la referente explica que hubo una redefinición en los roles, "*nos redescubrimos como equipo*". Como explicamos en el apartado del HdD, el mismo paso a ser virtual, de un día para el otro, quedando los talleres bajo el formato de tutoriales virtuales. Luego se incorporó al dispositivo los encuentros por zoom, definiéndose el espacio "*tenemos una cita*". En voz de una profesional, en relación a los tutoriales:

Esto nos puso a prueba en el sentido de la creatividad. ¿Por dónde llego yo a los usuarios? ¿Qué manera es más efectiva? ¿Hasta qué punto la interacción que se da en los talleres, en lo vivencial, lo que uno experimente en el momento, en el vínculo, el ida y vuelta, en la introducción, desarrollo y cierre de los talleres se puede hacer a distancia? (Registro N° 21 15/09/2020)

La creatividad aparece en los profesionales como también en la esencia misma de los talleres del HdD. Estos, se conforman en el marco de expresión y de trabajo a partir de la vivencia misma: aspectos vinculados con la relación con el cuerpo, la creatividad, el otro y el funcionamiento cognitivo (Del olmo, 2017).

Lo creativo como espacio transicional (Winnicott, 1971), lo que no es determinado ni dado de manera resuelta, lo que no tiene una técnica precisa, lo que deja un espacio en el entre-dos, lo que aporta luego de un disparador el silencio, la hincia, el espacio transicional para que aparezca lo subjetivo y singular, es también lo que por momentos (y en particular en estos momentos de aislamiento) aporta incomprendición, perplejidad, distancia. Ello exige, por tanto, activar intervenciones orientadas a propiciar la interacción y dosificar los acercamientos, moderar la explicación, la interpretación, las respuestas; también acompañar, posibilitar que esa actividad genere nuevamente un encuentro y potencie nuevos actos creativos. (Cifre Carillo)

Las intervenciones que se fueron realizando en los dispositivos parecieran basadas en la singularidad de los pacientes, pensadas en función de a quienes van dirigidas. Para esto, además de recurrir a la creatividad, es importante pensar el trabajo del psicólogo, y más específicamente en este contexto, a partir del concepto de “lo artesanal” (Baranger, 1994). Los profesionales de la clínica plantean que pensar las individualidades de los pacientes, implica un trabajo artesanal y personalizado, *“la verdad para mi particularmente es bastante agotador. También me pareció que era estratégico que fuera así, personalizado porque me parecía que era una forma de comprometerlos a ellos”* (Registro N° 23, 29/09/2020). Lo opuesto a una artesanía sería la producción en serie, y la artesanía presenta una dimensión real que impide producir dos objetos idénticos (Capalans, 2015).

De este mismo modo, las prácticas clínicas de los profesionales escapan a una protocolización seriada y se transforman en estrategias artesanales y singularizantes, desplegadas en el espacio transicional del “entre” paciente y analista en un marco institucional.

A su vez, la profesional continúa su relato acerca de su trabajo en el HdD, explicando que es un “*desafío que llena de gratificaciones*”, es cansador, continuo y

artesanal, en el que todas las semanas se van pensando y armando y sobre el transcurrir se evalúa que funciona.

Hay pacientes que no hacían nada, cambiamos la estrategia, pensamos en dejarle de mandar a la familia y le mandamos a ellos, y eso genera movimientos. Es un desafío que implica un trabajo artesanal de pensar el caso a caso, pero más allá del cansancio es sumamente gratificante y estimulante. Basta con recibir los trabajos que hicieron para tomar fuerzas y seguir pensando en que cosas dar. Los pacientes responden, agradecen, la familia agradece. (Registro N° 23, 29/09/2020)

Aparece así el rol del psicólogo como trabajo de artesano, que también, en ciertos momentos se parece más al de un artista, que al de un técnico. Se utiliza un tipo de artesanía muy especial, una artesanía con arcilla pensante, artesanía de la relación intersubjetiva, artesanía del convencimiento (Baranger, 1994). El trabajo artesanal y creativo resultaron ser los recursos y modos de abordaje que los psicólogos de los dispositivos utilizaron durante la pandemia, para que, de algún modo, pudieran continuar acompañando a sus pacientes en tiempos de pandemia.

Transitando la incertidumbre

Con respecto al HdD y la “redefinición de roles” que hubo en los equipos de trabajo, la coordinadora explica que antes de la pandemia se encontraba más abocada a la coordinación y revisión de historias clínicas. En pandemia, se encuentra realizando el envío de las actividades, que implica un contacto continuo y directo con los pacientes o sus familias, y explica:

Antes no tenía ese contacto, como coordinadora yo me aseguraba de que todo marche sobre ruedas, pero no el uno a uno con los pacientes, ahora sí. Es un trabajo mucho más activo de parte mía, estoy hablando de una forma totalmente personal. Mi

número de teléfono que algunos tenían, ahora lo tienen absolutamente todos, y todas las familias. Mi experiencia personal es que es un trabajo durísimo, que no tiene días ni horarios. (Registro N° 23, 29/09/2020)

A su vez, la situación de pandemia atraviesa tanto al paciente como al psicólogo, dentro y fuera de la clínica. El HdD ingresó en las familias, mientras transitaban la pandemia, al igual que los pacientes y familias también ingresaban en las casas de los profesionales. Adaptarse a la situación generó aprendizajes y desafíos. Desde el armado de un tutorial, cuestiones de tecnología, pensar que iba dirigido a determinados pacientes pero que también podría resultar una propuesta para la familia, fueron diferentes factores que influían al momento de diseñar actividades para enviar a los pacientes. “A mí en particular me ha conmovido mucho, esto del acompañamiento, de recibir filmaciones de ellos trabajando con la familia, con sobrinos, con nietos” (Registro N° 23, 29/09/2020).

Pareciera entonces que el HdD se transforma en un abordaje clínico de la incertidumbre (Cifre Carillo, 2020). Las distintas emociones e interrogantes que atraviesan la clínica, los tratamientos en curso y los potenciales inicios de tratamientos, al igual que a los analistas. Pacientes tanto como analistas confluyen en mundos superpuestos (Puget, 1982) donde un suceso del mundo implica y atraviesa a ambos.

Es decir, una vez más la complejidad de este momento impacta a toda la sociedad, en la que los psicólogos también son parte. Los profesionales están igualmente afectados por la misma situación contextual que los pacientes. Las palabras que circulaban en los dispositivos por parte de los profesionales eran “*me daba mucho miedo que iba a pasar*”, “*cosas que nos atravesaron con mucha incertidumbre*”, “*me ha impactado mucho*” y “*esto es sumamente muy conmovedor*”. La misma emocionalidad atraviesa los muros de HdD y permea las fronteras de la clínica. Para los profesionales, transitar la incertidumbre, implica, además de una experiencia creativa, el surgimiento de un “nuevo lugar”, de lo acontecimental.

Se ha revalorizado también nuestro lugar, el lugar del hospital de día en la vida de ellos. Eso sí ha sido muy gratificante, el lugar que ocupamos en la vida de ellos, el agradecimiento de la familia, el tema de algunos pacientes que venían bastantes adormecidos, a partir de esta dinámica, donde tienen el apuntalamiento familiar, han asumido un rol muchísimo más activo. (Registro N° 23, 29/09/2020).

Lo acontecimental emerge como resultado del transitar la incertidumbre. Por un lado, opera entonces, como posibilidad, el hacer con otros como modo de poner en palabras la incertidumbre, delimitarla, objetivarla, subjetivarla e incorporarla como aquello con lo que deberemos aprender a convivir por tiempo indeterminado (Cifre, 2020). Por otro lado, transitar el “no saber qué pasará” permitió revalorizar el espacio de HdD y el lugar de los profesionales.

9. CONCLUSIONES

En este Trabajo Integrador Final se propuso, como objetivo general, analizar la incidencia de la pandemia en los dispositivos de internación y hospital de día en una clínica privada monovalente de la ciudad de Córdoba. En función del análisis realizado, se puede arribar a algunas conclusiones, que lejos de dar un cierre al intento de comprender la situación de pandemia transitada por la clínica Saint Michel, se invita a continuar pensando y reflexionando lo acontecido.

La clínica Saint Michel pudo dar cuenta de su capacidad de adaptación y afrontamiento en esta crisis sanitaria por la pandemia covid-19 a partir de una reorganización del funcionamiento de sus dispositivos. La llegada del ASPO y sus consecuentes protocolos, implicó momentos decisivos y desafiantes. El comité de emergencia, el sector triage, la organización de profesionales, la incorporación de atención online y de líneas telefónicas, entre otros, fueron las primeras intervenciones que se realizaron para hacer frente a la contingencia. Estas transformaciones, demostraron que “La clínica hoy no es la misma”, y se observaron desde el inicio de la práctica. Las mismas, se dieron rápidamente, priorizando, por un lado, la continuidad de sus servicios, como también la calidad en la atención a los usuarios y, por otro lado, garantizando el cuidado a los profesionales.

En relación al *servicio de internación*, se observó que desde un primer momento se tomaron medidas para proteger al internado del covid-19. Para esto se reorganizaron los sectores, quedando la zona de aislamiento como sector de ingreso para el cumplimiento de la cuarentena por parte de los usuarios que inician el proceso de internación. Por otro lado, se realizó un cambio estructural dentro del internado, “el pasillo sanitario”, quedando a disposición su uso solo en casos de covid. Los usuarios que se encuentran en situación de internación, se vieron afectados por un doble aislamiento, por un lado, por la naturaleza del dispositivo, y por el otro, la disposición de aislamiento por catorce días. Ante eso, se observó cómo “lo virtual” funciona “abriendo puertas al afuera”, en presencia de un “doble encierro”. Es decir, la virtualidad ocupó un lugar fundamental de contacto con los lazos afectivos del afuera. A su vez, en este contexto, se creó un clima de compañerismo y contención entre los usuarios que se encontraban en la misma situación.

Por otra parte, ante la suspensión de las visitas, los psicólogos del servicio funcionaron como “puente” entre los usuarios y las familias, flexibilizando su rol en la

cotidianeidad de la pandemia. Estos efectos que se dieron como resultado de las intervenciones, se expresaron por los usuarios y profesionales como la “nueva normalidad”. En definitiva, el sector de internación se organizó y reorganizó durante los meses de ASPO, logrando continuar con la asistencia necesaria para sus usuarios.

Con respecto al *dispositivo de Hospital de día*, fue posible observar el recorrido de lo transitado desde el comienzo de la pandemia. En un primer momento, el cambio repentino a la virtualidad (de entrevistas individuales y talleres) generó en el equipo interdisciplinario una redefinición de roles y cambios en el trabajo grupal a fin de adaptarse a la nueva modalidad. En un segundo momento, a partir de las actividades enviadas por WhatsApp, se destaca la familia ocupando un lugar de participación activa y sostén, permitiendo fortalecer el vínculo entre los usuarios y sus familias. Tal como planteó el equipo del dispositivo: “*Algunos familiares empezaron a sumarse y nos hicieron partícipes de la intimidad familiar. Así pudimos conocernos desde otro lugar, acercarnos y acercarlos a la familia*” (Registro N° 10, 12/06/2020).

El objetivo de resocialización del dispositivo de HdD, se vio afectado con el cierre presencial del servicio. Ante esto, lo virtual funcionó como herramienta de socialización, siendo puente entre los usuarios y la institución. En un tercer momento, surge “Tenemos una cita”, un nuevo espacio de socialización con compañeros del dispositivo a través de la plataforma zoom. Estos encuentros fortalecieron lazos entre los usuarios y potenciaron las capacidades personales de cada uno de ellos, particularmente el desarrollo de una mayor autonomía. Es posible inferir, como la familia en un primer momento, con su participación activa, contribuyó a una posterior autonomía por parte de los usuarios. A su vez, “Tenemos una cita” se consolidó como un nuevo espacio grupal que tuvo en cuenta la singularidad de cada paciente.

Se observó que el Hospital de Día en modalidad virtual se llevó a cabo con ciertas dificultades que el equipo, usuarios y familias fueron superando. En especial, el equipo de profesionales, intervino priorizando las diversas necesidades de sus pacientes. En definitiva, y ante los interrogantes de la posibilidad de funcionamiento de un HdD virtual, se pudo demostrar que el dispositivo continuó con sus actividades, adaptándose a la contingencia, tal como expresa el equipo de HdD: “*Fundamentalmente saber que un hospital de día no presencial resulta posible cuando hay una mirada que sostiene y les*

devuelve una palabra que los enmarca y les da un lugar más allá de las puertas del hospital” (Registro N° 10, 12/06/2020).

Por otro lado, en relación al *rol del psicólogo* en pandemia, se pudo observar diversas adaptaciones y estrategias novedosas realizadas por los equipos para adaptarse a los protocolos y las necesidades de los pacientes. Los equipos de trabajo de los dos dispositivos demostraron compromiso en este nuevo escenario. Por un lado, se observó mayor flexibilidad en relación al encuadre de los dispositivos. Por otro lado, ante el contexto de emergencia sanitaria, la reorganización en los equipos de trabajo fue constante. Desde un comienzo hubo menos personal disponible en la presencialidad, lo cual generó que los profesionales que trabajaban presencialmente contaran con mayor cantidad de trabajo, reemplazando a veces actividades de otros profesionales, siendo una situación de mayor cansancio y menor disponibilidad de tiempo.

A su vez, la creatividad se convirtió en la herramienta para llegar a los usuarios, un elemento clave para el despliegue de nuevas intervenciones y para transitar la incertidumbre: “el no saber qué pasará”. Se observa el rol del psicólogo clínico, de artesano, que interviene caso por caso, ante las nuevas demandas de los pacientes en pandemia. En este transitar, los psicólogos han sentido gratificación siendo reconocidos por las familias de los usuarios.

A partir de este análisis se abren nuevos interrogantes, ¿Sienten los profesionales que durante este tiempo faltaron adaptaciones por hacer?, ¿Qué cambios se irán adoptar como nuevas formas de funcionar cuando la pandemia cese?, ¿El dispositivo de Hospital de día virtual, llegó para quedarse? ¿Qué efectos a largo plazo tendrá el sector aislamiento en la institución?, entre otros.

Entre las limitaciones que presenta este trabajo, la principal es la imposibilidad de asistir a la clínica de manera presencial todos los días y poder conocer en persona a los usuarios, los psicólogos clínicos, los profesionales de múltiples disciplinas, y la institución misma. Lo cual surge como interrogante ¿Habré logrado comprender lo que allí aconteció? De todas formas, los aprendizajes fueron muy enriquecedores desde la virtualidad, y haber tenido la oportunidad realizar una visita a la institución fue una instancia de cierre muy importante en el recorrido de mi práctica. En esta, pude conocer personalmente la institución, caminar por los diferentes servicios, conocer el internado

con sus sectores y sus respectivos patios internos y conocer el pasillo sanitario, entre otros espacios. Una instancia fundamental que me ayudó a despejar dudas, adquirir nuevos conocimientos e interrogantes.

El transitar una práctica en tiempos de pandemia, presenta sus particularidades. Es decir, la práctica en sí misma, se encuentra atravesada por los tiempos relatados en este trabajo. La pandemia ha sido parte de la vida de la institución, de los profesionales, de los usuarios y sus familias, como también de los practicantes. Al comienzo, un momento de crisis que requirió tomar una decisión ¿Hacer una práctica virtual?, luego comenzar a intervenir con los recursos que la virtualidad nos permitía. Con el tiempo, la nueva normalidad fue tomando forma y la incertidumbre se convirtió en un ingrediente inédito de nuestra experiencia de práctica. A pesar de la distancia y del contacto virtual con los profesionales de la clínica, pudimos ser partícipes de los tiempos “caóticos” vivenciados en la clínica, y observar luego, la llegada de lo acontecido. Resultó una experiencia de práctica inédita, de aprendizaje.

Por último, esta experiencia de práctica me ha permitido un gran enriquecimiento tanto desde lo profesional, pudiendo aplicar conocimientos adquiridos a lo largo de los años de carrera, y también personal, permitiendo asumir una mirada más amplia que incluya aspectos socioculturales, éticos, psicosociales, etc, también incursionar en nuevos modos de relación e interacción. Especialmente, el poder presenciar como la esencia en estos tiempos es la de acompañar y contener, tomando esta crisis como un camino a la transformación y la oportunidad al cambio.

10. BIBLIOGRAFÍA

Baez, J. (2010) *Una respuesta a la pregunta por el dispositivo analítico.* (tesis de grado). Facultad de psicología, Bogotá, Colombia

Batistella, C. (2018). *Trayectorias de consumo en sujetos internados por uso problemático de drogas desde la clínica del narcicismo* (tesis de grado). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Baranger, W., Goldstein, R. Z. D., Goldstein, N., Galeano Muñoz, J., Garbarino, H., R de Bisi, N., & Rosenthal, G. (1994). *Artesanías psicoanalíticas.* Buenos Aires: Ediciones Kargieman.

Benyakar, M. (2002). Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35 (1), 3-25. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/material/bibliografia/benyacar_catastrofes.pdf

Benyakar, M., Ramos, E., Taborda, A. & Madeira, C. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico.* San Luis: Nueva Editorial Universitaria.

Bercowsky, S., Ghía, R. B., & Gutierrez, S. (s/f) El Dispositivo de Internación. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/el_dispositivo_de_internacion.pdf

Berenstein, I. (2005). *Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales.* Buenos Aires: Paidós.

Blanco, C. (2019). Caos – Acontecimiento. *Docta Revista de Psicoanálisis*, 14, 21-27.

Campalans Pereda, L., (2015). La cura analítica como producto artesanal, *Calibán: Revista Latinoamericana de Psicoanálisis* ; 13 (1), 41-54

Cifre Carillo, L., Lentini, E., Piccini, P. & Ratti, A. (2020). Intervenciones singularizantes en tiempos de pandemia: lectura sobre los centros de día para personas con discapacidad intelectual. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de

Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-007/15>

Decreto 297 de 2020, de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, 19 de marzo de 2020.

Decreto 520/2020, de Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, 07 de junio de 2020.

Del Cioppo, G., (2020). El dispositivo de análisis virtual: de lo imprevisible e inevitable a lo pertinente y específico. *Memorias, Filosofía y epistemología, tomo I*, 38-42. Recuperado de <http://jimemorias.psi.uba.ar/>

Del Olmo, J. (2017). Conceptualizaciones sobre el dispositivo de Hospital de día: Aportes desde los desarrollos de D. W. Winnicott. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/7>

Demarco, V., Esteves, M. B., Giacometti, G., Medina, L., & Romero, A. V. (2020). Nuevas configuraciones de dispositivos de Salud Mental en tiempos de pandemia: resonancias y elaboraciones. En XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-007/231>

Fainstein, A. (2020). Psicoanálisis en tiempos de pandemia. *Revista Psicoanálisis*, 25, 10-19. Recuperado de <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/SPP-PSICOANA%CC%81LISIS-N.-25.-Julio-2020.pdf>

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-23.

- Fernández Jaimes, C. (2020). A propósito del coronavirus: ¿pandemia o acontecimiento? *Revista de divulgación científica, tecnológica y cultural*. Recuperado de https://repository.libertadores.edu.co/bitstream/handle/11371/3108/Art_1_Carol_Fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Foucault, M. “El Juego de Michel Foucault”. *Saber y Verdad*. Madrid: Editorial Endymion. 1991.
- Freud, S. (1922) Psicoanálisis y teoría de la libido. *Obras completas*, 3. Madrid: Biblioteca Nueva, 1976.
- García Fanlo, L., (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agamben. *A Parte Rei*, 74, 1-8. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- Goffman, E. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1972). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grinberg, L., Sor, D. & Tabak de Biachedi, E. (1991). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- Haz, A., Díaz, D., & Raglanti, 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.
- Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. 1-17. Recuperado de http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- Kuras de Mauer, S., Moscona, S., & Resnizky, S. (2014). Dispositivos Clínicos en Psicoanálisis. Argentina: Letra Viva.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2011) *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Argentina: Letra Viva.
- Lewkowicz, I. (2004). Catástrofe, experiencia de una nominación. En *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez* (pp.149-166). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ley No 7.106. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 27 de septiembre de 1984.

Ley No 26.529. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 20 de noviembre de 2009.

Ley No 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley No 9.848. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 5 de noviembre de 2010.

Maureso, P. (2012) Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios. *Vertex*.23(102), 137-149. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf>

Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L. y Stolkiner, A. (2011). Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-007/231>

Musicante, R. (2005). Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico? En *Serie Comentarios Psicoanalíticos 2. Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?* (pp. 33-73). Córdoba, Argentina: Brujas.

Nahmod, G. (2020), Clínica de la incertidumbre. Reflexiones en tiempo de cuarentena. *Revista Digital Prospectivas en Psicología*, 4 (2), 4-15. Recuperado de https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/08/04_02_Revista-Prospectiva.pdf

Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.

Protocolo Anexo N° 70 de 2020 [Ministerio de Salud Provincia de Córdoba]. Protocolo de Salud Mental: Recomendaciones de actuación, en el marco de la pandemia

COVID-19, para Instituciones de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. 30 de mayo de 2020

Protocolo 2020 [Ministerio de Salud Argentina]. Covid-19 Protocolo para ingresos y reingresos en establecimientos y servicios de internación en salud mental y adicciones en el marco de la emergencia. 05 de mayo de 2020.

Resolución S.E. Nº 01/2020 [Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental]. Recomendación atención salud mental por Covid-19. 06 de abril de 2020.

Saint Michel S.R.L. (2020). Recuperado de <http://saintmichelsrl.com.ar/>

Seita, V. (2019). *Los procesos de recaídas en pacientes con trastorno por consumo de sustancias de la Clínica Privada Saint Michel* (tesis de grado). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Sotelo, I. (2015). *DATUS Dispositivo Analítico para tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Olivos: Grama Ediciones

Stagnaro, J. C. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia*, 6(1), 7-37.

Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de Día: historia y conceptualización. *Vertex*, 23(102), 107-118. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf>

Stolkiner, A. (2020). El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. *Revista Soberanía Sanitaria*. Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacion-de-pandemia/>

Tejo, R., De Battista, J. (2014) El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los usuarios de un hospital neuropsiquiátrico argentino. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60 (2), 108-115

Tulián, S. M. (2010). *De lo sublimatorio y la creatividad*. Buenos Aires: Letra Viva

Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Yuni, J. A., Urbano, C. A., (2006) *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Córdoba: Brujas

Žižek, S. (2014). Acontecimiento. Madrid: Sexto piso