UCC UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA JESUITAS | Sistema de Bibliotecas

PRODUCCIÓN ACADÉMICA

Guglielmone, Camila

La clínica de la urgencia frente al malestar por el COVID-19: experiencias de profesionales en un hospital monovalente de la Ciudad de Córdoba

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

Directora: Petit, María Cecilia

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- Compartir igual 4.0 Internacional.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

"LA CLÍNICA DE LA URGENCIA FRENTE AL MALESTAR POR EL COVID-19: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA"

Camila Guglielmone

2022

“LA CLÍNICA DE LA URGENCIA FRENTE AL MALESTAR POR EL COVID-19: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE UN HOSPITAL 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 CLÍNICA DE LA URGENCIA FRENTE AL MALESTAR POR EL COVID-19: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES DE UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA"

Autora: Guglielmone, Camila

Directora: Mgter. Petit, María Cecilia

Co-directora: Lic. De Biaggio, María del Rosario

2022

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Católica de Córdoba, por alojarme todos estos años de formación. A cada profesor y compañero que aportó de sí en mi construcción como profesional.

Al Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, por abrirme sus puertas y permitirme realizar esta experiencia como practicante. A los profesionales de la institución que hicieron posible esta práctica en un contexto particularmente difícil.

A mis directoras, Cecilia y Rosario, por acompañarme en la realización de este trabajo y por cada valioso aporte realizado. Gracias por ser parte de esta etapa tan importante.

A mis padres, Alicia y Ricardo, a mis hermanas Victoria y Agustina, a mi hermano Lisandro, pilares fundamentales en mi vida. Gracias por acompañarme siempre, con ustedes aprendo y crezco día a día.

A Lola, por ser mi mejor compañera de estudio.

A mis amigas y amigos, por estar siempre presentes desde el amor y la contención.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN 9

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA 12

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL 18

3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE CÓRDOBA 19

3.2 FUNCIONAMIENTO PRE PANDEMIA 21

3.3 ACTUALIDAD DE LA INSTITUCIÓN EN CONTEXTO DE PANDEMIA 23

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN 26

5. OBJETIVOS 28

5.1 OBJETIVO GENERAL 29

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29

6. PERSPECTIVA CONCEPTUAL 30

6.1 SITUACIÓN ACTUAL DE PANDEMIA 31

6.2 LECTURA PSICOANÁLITICA DE LA PANDEMIA 32

7. MODALIDAD DE TRABAJO 37

8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA 42

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO 43

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA 60

8.2.1 ENTRE EL ACONTECIMIENTO Y ¿LA TRANSFORMACIÓN? 60

8.2.1.1 Reorganizando el espacio de trabajo 62

8.2.1.2 Demandas en tiempos de coronavirus 64

8.2.2 TRANSFORMANDO LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL 67

8.2.2.1 Trabajo virtual y salud pública 68

8.2.2.2 Sobre los retos en la práctica 70

8.2.3 LA SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR DE LA SALUD MENTAL 76

8.2.3.1 Malestares superpuestos 77

8.2.3.2 El cuidado de los que cuidan 80

8.2.4 LA PANDEMIA DEL COVID-19 COMO ACONTECIMIENTO ¿TRAUMÁTICO? 87

9. CONSIDERACIONES FINALES 92

10. BIBLIOGRAFÍA 97

11. ANEXOS 104

ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

FEPRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

HNP: Hospital Neuropsiquiátrico Provincial

LNSM: Ley Nacional de Salud Mental

PPS: Práctica Profesional Supervisada

T.S: Trabajadora Social

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final nace de la sistematización de mi Práctica Profesional Supervisada (PPS), la cual fue realizada dentro del Contexto Clínico en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba (HNP) en los meses de abril a noviembre del año 2021. La experiencia transitada se sitúa en el marco de la pandemia por Covid-19, lo que implicó el inicio de una práctica virtual que permitió el establecimiento de los objetivos del presente escrito. Un mes antes de su finalización, conté con la oportunidad de visitar el hospital e insertarme como observadora no participante en las consultas atendidas por guardia.

Debido a la situación sanitaria mundial, el modo de acercarme e ir incorporándome a la práctica, fue a través de entrevistas virtuales realizadas a diferentes profesionales de la institución. Éstas se transformaron inicialmente, en la única manera de conocer la historia del hospital, su funcionamiento antes y durante la pandemia, sus respectivas adaptaciones y como se encontraban los protagonistas encargados de hacerle frente a esta realidad dentro del hospital. De esta manera, fui ocupando un rol de escucha de sus historias, de sus malestares y disconformidades.

Para pensar y analizar la práctica, me posicioné desde el paradigma de la complejidad que me permitió pensar esta realidad desde una mirada implicada, incluida en ella, creando de esta manera nuevos interrogantes. A su vez tomé aportes de la filosofía para observar la experiencia transitada, la cual me permitió crear reflexiones de lo vivido, junto con el psicoanálisis que me posibilitó contemplar la singularidad, la particularidad y lo acontecido desde la experiencia de cada subjetividad. Desde cada uno de estos enfoques, se utilizan conceptos que ayudan a profundizar sobre lo que se manifiesta en las voces de aquellas personas entrevistadas.

Principalmente, me propuse indagar sobre los cambios y las adaptaciones que supuso esta pandemia dentro del HNP desde la experiencia de los profesionales, siendo la creatividad un elemento fundamental utilizado por ellos. A su vez, pongo en consideración la especificidad del hospital como institución compuesta por un personal sanitario que se encuentra atravesado por el mismo evento externo que aquellos usuarios que asisten a la misma.

Lo descrito en el párrafo anterior, se expone dentro del apartado de *análisis y síntesis de la experiencia*, en el cual se describe, en primera instancia, lo transitado a lo largo de la práctica a partir de un registro constante de todas las actividades y encuentros llevados a cabo, junto con la

respectiva articulación teórica-práctica a partir de la cual se despliegan ciertas interpretaciones. Posteriormente y llegando al final de este escrito, se presentan las *consideraciones finales*, que, sin intenciones de arribar a una conclusión como punto final, intentan crear reflexiones e interrogantes que posibiliten nuevas aperturas hacia cambios positivos dentro del campo de la salud mental.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

A través de distintos documentos seleccionados, se intentará brindar información acerca de la especificidad del Psicólogo en general, y sobre la Psicología Clínica en particular. A su vez, se mostrará el recorrido legal que atraviesa la historia de la profesión y distintos hitos que se consideran relevantes.

El periodo profesional de nuestra disciplina, siguiendo los aportes de Degiorgi (2020) inicia con la creación de la carrera de psicología en Argentina. Es recién en el Primer Congreso Argentino de Psicología, realizado en la ciudad de Tucumán, en el año 1954, donde se pone en evidencia el interés y necesidad de crear la carrera universitaria del psicólogo profesional a escala nacional. Puntualmente, la orientación Clínica se impuso rápidamente a diferencia del resto, pasando a ser la más demandada por los alumnos. Esto era acorde con la popularidad que adquirió la clínica como ocupación privilegiada del psicólogo a nivel internacional. En nuestro país, este predominio vino de la mano de la rápida expansión del psicoanálisis, instaurándose como la matriz teórica fundamental.

En la década del sesenta, empiezan a surgir los primeros psicólogos profesionales en Argentina, llamados la primera generación. Llevaron a cabo una ardua tarea para construir la identidad profesional y así progresivamente, se fueron incorporando a diferentes instituciones. Este comienzo formal se llevó a cabo de manera óptima al alcanzar los primeros logros y conquistas de la profesión, no obstante, el avance se vio completamente afectado a raíz de los diferentes golpes de estado y gobiernos que imponían dictaduras. Todo esto llevó a que se cerraran las inscripciones de la carrera e incluso hubo estudiantes y docentes desaparecidos.

Con la llegada de la democracia en los años 80, se pudo retomar lo que comenzó en un pasado. Las universidades recuperaron autonomía y empezaron a trabajar hasta llegar a cierta regulación. Así, en 1986 surge la aprobación del 4to plan de estudio de la carrera en la Universidad Nacional de Córdoba. Cabe aclarar, que éste se modificó en el año 2019 dando lugar al nuevo plan de estudio vigente hasta la actualidad. En este contexto, años más tarde, la Federación de Psicólogos de la República Argentina (en adelante, FEPRA), y la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAPsi), solicitan al Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación (MECyT), incluir las carreras de Psicología en el artículo 43 de la LES. (Ley de educación superior Nº 24.521)

Este “Periodo de plena institucionalización” (Klappenbach, 1996) conducido por la democracia, posibilita la creación de ciertas condiciones que facilitan el ejercicio público de la profesión. Se desprende un marco legal que hasta entonces era desfavorable. De esta manera se cubre el vacío de leyes y se establece la legalización del ejercicio profesional de la psicología. Entre las leyes sancionadas mencionamos: las disposiciones para el ejercicio de la psicología (Ley 7106, Córdoba, 1984); las incumbencias del título (Resolución Nacional 2.447, año 1985); el Código de Ética de Córdoba (Resolución Nº5 1987, que posteriormente lo reemplazan por el Código de Ética de FEPRA); se incluyeron a los psicólogos en la caja de previsión social para los profesionales de la salud (Ley 7.601, 1987) y en el régimen para el equipo de salud humana (Ley 7625, 1987); y finalmente, el derecho a la protección de la Salud Mental. (Ley 26.657, 2010).

Son muchos los acontecimientos que formaron parte de la historia de la psicología en Argentina, y todos colaboraron en la creación e instauración de un marco legal y deontológico que sostiene y avala la profesión.

Para adentrarnos en la especificidad de la profesión, en primer lugar, se toman los aportes de Lagache (1982) quien plantea que la psicología tiene por objeto la vida del hombre en su enfrentamiento con la realidad, desde su perspectiva histórica y conflictiva. A su vez, este campo abarca el hecho psicológico en las distintas etapas evolutivas del sujeto, desde los aspectos adaptativos y desadaptativos. Puntualmente, la Psicología Clínica, se encargará de la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, promoción de la salud, prevención, investigación, diagnóstico y tratamiento con distintas teorías y técnicas psicoterapéuticas, abarcando hospitales generales, psiquiátricos, neuropsiquiátricos, centros de salud mental, clínicas e instituciones privadas. Con respecto a lo anterior, desde la perspectiva de Ulloa (1970), se entiende a la psicología como una ciencia que se define por el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, incluyendo las actividades laborales, las relaciones sociales, el ámbito educativo y la vida familiar en general. Agrega el autor que el campo de la Psicología Clínica en particular, aparece ligada al campo psicopatológico, a las instituciones asistenciales, al diagnóstico psicológico y al uso de test, y el profesional deberá estar entrenado para emplear las leyes generales del método clínico y poder detectar, como primera tarea, los puntos de urgencia que le permitirán determinar cuál es la acción crítica que enfrenta.

Centrándonos en la postura que debemos asumir frente a la clínica, desde el punto de vista de García Barthe (1997), se establece que ésta no debe ser sólo teórica sino también ética, aplicando la reflexión sobre la acción. La puesta en marcha de todos los conocimientos que posee, en este caso, un Psicólogo Clínico, debe hacerse desde el marco ético que regula su accionar. En este sentido, se considera que, más allá de la teoría desde donde uno interviene, es relevante pensar sobre lo que se hace y fundamentar por qué se hace. Se trata de un trabajo de honestidad, asegurándole al paciente privacidad, neutralidad y confidencialidad. Es una actitud práctica y normativa, que implica asumir la responsabilidad de todos sus actos.

Por otro lado, desde otra conceptualización más amplia para la aplicación de esta disciplina, se incluyen organizaciones e instituciones públicas y privadas en las que se desarrollen acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. (Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba, 2012). Se consideran actividades del psicólogo clínico a: la exploración de la estructura y dinámica de la personalidad mediante métodos y técnicas específicamente psicológicas; la intervención psicológica para la promoción de la salud en el ámbito individual, de pareja, familiar, grupal y/o institucional; el diagnóstico y tratamiento de individuos, parejas, familias, grupos y/o instituciones; la investigación de los instrumentos y/o técnicas que posibiliten el abordaje clínico acorde a las demandas; el asesoramiento, capacitación específica y auditoria en cuestiones relativas a la especialidad; y finalmente la investigación y la docencia en el área.

Además, se establece que todo psicólogo clínico debe contar con capacitación específica en:

- Psicoterapia: teorías, técnicas y abordajes psicoterapéuticos en forma individual, pareja, familia, grupo o instituciones.
- Psicodiagnóstico (individual, pareja, familia, grupo o instituciones): modelos explicativos de la personalidad, de las dinámicas familiares, sociales y organizacionales. Estrategias y técnicas de evaluación y psicodiagnóstico. Instrumentos de evaluación y psicodiagnóstico: entrevista clínica, pruebas psicométricas y proyectivas, tipos de informes psicodiagnósticos y de evaluación psicológica.
- Profundización y actualización en Psicología del Desarrollo y Ciclos Vitales.

- Psicopatología general y especial. Semiología y nosografía. Indicaciones terapéuticas. Criterios para el alta e internación.
- Métodos, técnicas de investigación.
- Ética y Deontología profesional.
- Orientación psicológica en prevención, diagnóstico e intervención, orientación psicológica individual y grupal.

Recapitulando lo desarrollado hasta aquí, es posible considerar que el rol del Psicólogo Clínico ha sufrido diferentes transformaciones. En el antiguo paradigma biologicista, el psicólogo clínico figuraba como un auxiliar de la medicina, no podía ejercer de forma autónoma un tratamiento psicoterapéutico y se encontraba bajo la supervisión del médico. En contraposición, con el nuevo paradigma en salud mental, emergen nuevas concepciones cuestionando la tradicional y obligando a todos los profesionales del ámbito a asumir un compromiso que se adapte a las nuevas disposiciones y ejerzan el rol desde esta nueva reforma. Esto favoreció el desempeño de la profesión del psicólogo clínico, que deja de ser auxiliar del médico y puede realizar tratamientos con técnicas estrictamente psicológicas. Es por esto que se amplía la definición de 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 N° 26.657). Está claro que ésta ley designa una serie de cambios y concepciones que hasta el momento no se consideraban, plantea una nueva forma de ver y pensar la salud mental, marcando un cambio respecto a la concepción del sujeto que padece una enfermedad psíquica, la forma de intervención y tratamiento, desde una perspectiva de derecho y abordaje interdisciplinario. Por consiguiente, ya no se habla de "peligrosidad" sino de "riesgo para sí mismo o para terceros". Se reconoce la autonomía de toda persona que tenga algún tipo de padecimiento y su capacidad para decidir sobre lo que desea. Refuerza la impronta social del rol profesional del psicólogo, haciendo énfasis en que la psicología surge a partir de emergencias sociales, vinculadas a las necesidades históricas, planteando la identidad del psicólogo como ser social.

En concordancia con lo anterior, se instituye que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud,

dejando la internación como un recurso a utilizarse sólo en situaciones excepcionales y en hospitales generales el tiempo más breve posible. Queda prohibida la construcción de nuevos manicomios, en el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Se buscará en todo momento alcanzar el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. La prescripción de psicofármacos solo debe responder a necesidades extraordinarias de la persona con padecimiento mental. Se administrará pura y exclusivamente con fines terapéuticos.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

"El análisis de los hechos pasados que llevaron a la conformación del H.N.P. permitiría resignificar la actualidad y fortalecer la memoria de la institución" (De Leonardis y Lafi, 2011)

3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE CÓRDOBA

Si trazamos una línea de tiempo sobre la historia que nos atraviesa, observamos cómo en estas distintas épocas el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial sufrió diversas modificaciones y adaptaciones respecto a la estructura física como a la clínica desarrollada en cada momento, que constituyen lo que hoy representa y significa la institución. Son distintos los períodos en su historia, que marcan la transformación de asilo a manicomio, y de manicomio al hospital como existe en la actualidad.

En los años 1890 y 1907, el H.N.P funcionaba como un asilo, cuyo objetivo era apartar a todas las personas "desviadas". No constituía una institución médica, realizaba obras de caridad y se encontraba lejos del sector urbanizado. Las instalaciones eran precarias. Garzón Maceda (1917), describe que el edificio contaba con un salón dormitorio y las personas que estaban en el asilo comían en el patio. En el año 1897, se realizaron remodelaciones en cuanto a una sala para dementes "tranquilos", algunas habitaciones para el personal y baños.

Años más tarde, con el ingreso de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba, el asilo se convierte en una clínica psiquiátrica, cuyo objetivo era la asistencia médica a todos los internos y la enseñanza de la psiquiatría. El edificio se tuvo que adaptar a las necesidades de las cátedras para el dictado de clases. El discurso médico de ese entonces estaba marcado por las ideas de Pinel, se aplicaba el tratamiento moral y la observación metódica combinadas con la criminología. (Bercheire y Vezzetti, 1985). Los tratamientos incluían encierro, el uso de chalecos

de fuerza y cadenas. Existían espacios diferenciados para hombres y mujeres que se encontraban bajo llave. En la década de los 50, el Hospital pasó a depender del Ministerio de Salud Pública y Asistencia de la Nación.

Entre los años 1983 y 2000, con el advenimiento de la democracia, el edificio se abrió y se quitó la puerta de ingreso al internado (De Leonardis y Lafi, 2011). Los sectores de hombres y mujeres que se encontraban separados dejaron de existir y se creó un espacio de uso común para todos. Esto permitió la libre circulación dentro de la institución, tanto para los pacientes como para los profesionales. En este periodo se crearon los equipos interdisciplinarios, los consultorios dentro del internado y empezaron a trabajar desde la rehabilitación preventiva, considerando aspectos esenciales del paciente como la familia, sus vínculos y elementos que contribuyan a su recuperación.

En el año 2000 comienza un recorte presupuestario que afecta lo que se había construido en el periodo anterior. Los espacios para el trabajo interdisciplinario se perdieron y fueron ocupados con camas. Se construyeron salas de contención con la justificación de resguardar a los pacientes ante el riesgo de que puedan salir a la calle y tener accidentes. Toda la arquitectura se modifica dando lugar al servicio de seguridad y vigilancia.

No obstante, con la sanción de la Ley Nº 26.657 desde el paradigma de los derechos humanos, todas las instituciones mentales se vieron obligadas a restaurar su modo de funcionamiento. Toda persona con padecimiento mental, se encuentre internada o no, debe gozar de sus derechos fundamentales. Como lo establece el art. 41 del Código Civil y Comercial en casos excepcionales, la internación sin consentimiento, tenga o no restringida su capacidad, sólo procede si se funda en una evaluación de un equipo interdisciplinario que señale motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad, requiere de un riesgo cierto e inminente de daño para la persona o para terceros.

En la misma línea, el art. 5 de la Ley Nº 9848 (2010) sobre el régimen de protección de la salud mental en la provincia de Córdoba, establece los fundamentos, objetivos, políticas y lineamientos en salud mental en el ámbito provincial, por lo tanto, todas las instituciones mentales deben garantizar:

- Los procesos de inclusión social a través de la integración de las personas con padecimiento mental en su red de vínculos familiares y comunitarios
- El abordaje de la salud mental de las personas como un proceso dinámico y contextual que incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación
- La articulación del sistema de salud mental con el sistema general de salud
- El redimensionamiento y actualización de las estructuras institucionales asistenciales existentes de las modalidades de abordaje terapéutico en los servicios ofrecidos

3.2 FUNCIONAMIENTO PRE PANDEMIA

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (HNP), es una institución de salud pública monovalente que se encuentra actualmente bajo la dirección de la Lic. Claudia Simoni. Está ubicado en la calle León Morra 172, Barrio Juniors en la ciudad de Córdoba y a su vez es operado y gestionado por el Ministerio de Salud de la Provincia. Trabaja con un grupo etario que va desde los 21 años hasta 65 años con atención de tercer nivel de complejidad altamente especializado desde un abordaje interdisciplinario, y cuenta, además, con distintas áreas, entre ellas:

- Guardias interdisciplinarias
- Consultorios externos
- Rehabilitación
- Internación

La guardia del hospital brindaba atención 24 hs durante todo el año, tanto para las personas que se encontraban internadas como para aquellas externas a la institución pero que recurren por alguna

demanda en particular. Los equipos de guardias se organizaban en 5 grupos distribuidos en distintos días de la semana.

Los consultorios externos funcionaban en turnos de lunes a viernes, de 8 a 19:30hs. Se realizaban tratamientos ambulatorios de clínica psiquiátrica, psicología clínica, fisioterapia, radiología, odontología, clínica neurológica, laboratorio de análisis clínicos y clínica médica.

Por su parte, el internado se dividía en habitaciones para hombres y mujeres que se encontraban conectados por el patio y el comedor. Allí dentro funcionaban 4 consultorios, un office de enfermería y una sala donde se realizaba la revista de sala todos los días. También contaban con una habitación de cuidados especiales y un espacio para mujeres en situación judicial. A su vez, dentro del internado se encontraba "La Rampa", un espacio destinado al acompañamiento y rehabilitación de los pacientes, integrado por diferentes talleres que buscan reconstruir los lazos sociales, contener y acompañar al sujeto durante su periodo de internación.

El Área de Rehabilitación, junto con la asociación civil "Abracadabra Creatividad", ofrecían distintos talleres artísticos terapéuticos para la promoción de lazos sociales y producción de cultura. Entre ellos el taller de literatura, cerámica, canto, cocina, música, radio, entre otros. Estos talleres estaban abiertos a la comunidad para distintos rangos etarios ya sean pacientes ambulatorios, familiares, personal de la institución o cualquier persona que se acercara. Los distintos talleres tienen su origen en el internado, que se llevaban a cabo como una actividad recreativa para las personas que permanecían allí. Posteriormente, con la apertura a la comunidad, el objetivo ha sido promover espacios de salud y arte, reducir las representaciones negativas sobre el padecimiento, ejercitar habilidades sociales, mejorar el estado físico, mental y emocional y potenciar capacidades a través del arte y el juego. Con estos propósitos se crea el área de Rehabilitación.

3.3 ACTUALIDAD DE LA INSTITUCIÓN EN CONTEXTO DE PANDEMIA

A raíz de una entrevista realizada al Jefe del Departamento de Psicología del HNP, se pudo recabar información que se expondrá en el presente apartado. Ésta se refiere al actual funcionamiento de la institución y las nuevas adquisiciones protocolares que surgen a partir del contexto de pandemia causada por el virus Covid-19.

"Desde el año pasado, el hospital ha tenido que reorganizarse en función de la situación que plantea la pandemia". (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21). Específicamente, a partir de marzo del 2020 se fueron planteando diferentes modelos de trabajo dentro de la institución. En un principio hubo una reducción horaria de atención, luego se planteó el trabajo en espejo, en el cual, la mitad del hospital trabajaba dos semanas mientras que la otra mitad quedaba en reserva y luego se alternaban. Esta división en dos grupos atravesaba todos los servicios, incluido el departamento de psicología. El funcionamiento en espejo, en un principio tuvo también una reducción horaria, cada grupo trabajaba una cantidad de horas inferior a lo habitual, pero en la fase final de este trabajo en espejo, la carga horaria para cada grupo volvió a la normalidad. El sentido, tanto de la reducción horaria inicial como el trabajo en espejo tenía que ver con limitar la circulación de personas por la institución. Actualmente ya no se trabaja en espejo y tampoco hay reducción horaria. "En cierta forma, el hospital ha retomado un ritmo parecido al que ejercía previo a la pandemia". (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21)

El ingreso a la institución en un principio, funcionó con un equipo triage conformado por distintos profesionales que se encargaban de controlar los signos vitales de las personas y evaluaban la posible existencia de sintomatología relacionada al Covid-19. Este control persiste actualmente pero ya no está estructurado en forma de un triada con dos o tres profesionales, sino que un administrativo se encarga de realizar esta tarea.

Una de las áreas de trabajo de la institución es la de consultorio externo, que por varios meses se encontraron cerrados y el trabajo se focalizó en la guardia. Sin embargo, en el caso de psicología, los consultorios volvieron a abrir a partir de septiembre del año pasado, debido al

exceso de demandas. Por su parte, los consultorios de psiquiatría volvieron a abrir recién en enero de este año. Hoy por hoy, este sector retomó el funcionamiento habitual.

El sector del internado siguió funcionando en todo momento. En lo que respecta a la estructura del mismo, si ha habido modificaciones que comenzaron a finales del 2020 y son las que se mantienen en la actualidad. En este sentido, se delimitaron tres zonas específicas: un primer aislamiento para aquellas personas que ingresan a la institución, en el cual se encuentran 72 horas hasta que salgan los resultados del correspondiente hisopado. A partir de allí, los casos negativos pasan al aislamiento 3, donde se encuentran 7 o 10 días aproximadamente para luego ingresar al internado común. En el caso de los pacientes positivos, se trasladan al aislamiento 2 hasta dar negativo. Entonces, el internado se divide en tres lugares de aislamiento y además el internado común. A principio del año 2020, no se habían implementado todavía estos aislamientos diferenciados, pero ya en la segunda mitad del mismo año, esto se hizo claro ante el aumento de los casos de coronavirus en la provincia de Córdoba. “Toda esta estructura se va perfilando durante el año 2020”. (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21).

Por otra parte, el sector de la guardia interdisciplinaria, en palabras del Jefe del Departamento de Psicología, se ha mantenido en general sin demasiados cambios a lo largo de este tiempo, salvo lo propio en relación al exceso de demandas y las adquisiciones de los equipos de protección personal, como el uso de barbijos y las escafandras. Además, se implementaron alfombras con lavandina en el ingreso, junto con una limpieza constante con alcohol, todo con el fin de mantener la asepsia. En cuanto a los profesionales que conforman el área siguen siendo los mismos que antes de la pandemia. Hay psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. En relación a esto, todos los servicios cuentan con una función de carácter más complementario como el caso de clínica médica, odontología, nutrición, el sector de laboratorio que actualmente trabaja de forma permanente, farmacia y en algún momento hubo kinesiología, fisioterapia y servicios de rayos, pero ya no.

El servicio de guardia se encuentra dividido en 5 equipos, cada uno trabaja un día específico de la semana y le corresponde un determinado sector de la población. En relación a esto el entrevistado refiere:

> *La distribución de los pacientes no tiene que ver con el día de ingreso, sino con la zona de residencia. Es decir, alguien que está de guardia el lunes puede internar un paciente que vive en la zona que le corresponde a ese equipo, por lo tanto, lo va a seguir viendo. Pero si interna a un paciente que vive en la zona que le corresponde a otro equipo, por ejemplo, en el caso del 2, ese paciente va a ser visto a partir del día siguiente por los profesionales del equipo 2 qué son los que se hacen responsables por determinada área geográfica de la ciudad.* (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21)

Finalmente, el área que se vio mayormente afectada fue el de rehabilitación, conformado por distintos talleres artísticos. Hoy por hoy, estas actividades están completamente restringidas dentro de la institución y es por esto que algunos se mantienen de forma virtual. Esto se debe a que las restricciones impuestas por el contexto no permiten reuniones entre personas en espacios limitados por cuestiones de distanciamiento social para evitar la propagación del virus.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“La Clínica de la urgencia frente al malestar por el Covid-19: experiencias de profesionales de un Hospital Monovalente de la ciudad de Córdoba”.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

-Analizar las experiencias de profesionales del HNP en relación a la clínica de la urgencia en situación de pandemia por Covid-19, en el periodo comprendido entre mayo y noviembre del 2021.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir cómo se caracteriza el trabajo de profesionales de la salud mental dentro de la clínica de la urgencia en el marco de la pandemia por Covid-19.

-Identificar los cambios y adaptaciones de las prácticas profesionales a partir de la situación de pandemia.

-Identificar las implicancias del trabajo en urgencia y el impacto subjetivo en los profesionales.

6. PERSPECTIVA CONCEPTUAL

El contexto epidemiológico actual nos obliga a posicionarnos desde una perspectiva de la complejidad que nos permita crear nuevos interrogantes, pensar la realidad desde una mirada implicada, incluidos en ella. En palabras de Najmanovich (2007) “esta perspectiva nos da la oportunidad de insuflar sentido en nuestras prácticas sociales, en nuestro modo de conocer, de legitimar y compartir el saber, es decir, de enriquecer nuestros territorios existenciales en múltiples dimensiones” (p. 75). En vista de que actualmente priman los cambios y la incertidumbre, un pensamiento complejo, holístico e integral, ayudará a pensar desde lo productivo y creativo.

En relación a lo anterior, utilizaré aportes de la filosofía y de la perspectiva psicoanalítica con el objetivo de profundizar ciertos conceptos y en base a eso realizar el posterior análisis de la práctica. Al mismo tiempo permitirá pensar el rol del psicólogo clínico en tiempos caracterizados por una pandemia mundial.

6.1 SITUACIÓN ACTUAL DE PANDEMIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010), se llama *pandemia* a la propagación mundial de una nueva enfermedad. En simples palabras, se diferencia de una epidemia y endemia debido a su alcance y propagación, pudiendo llegar a cualquier lugar del planeta. Específicamente con el coronavirus (COVID-19), la OMS decidió declarar pandemia un día miércoles 11 de marzo del 2020, cuando la enfermedad ya había afectado a 114 países.

En Argentina, el Presidente de la Nación firmó un 12 de marzo del mismo año el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU), ampliando la emergencia sanitaria. Allí dispone la adopción de nuevas medidas para contener la propagación del virus. A raíz de esto, se instala el cumplimiento inmediato del “aislamiento social, preventivo y obligatorio” en todo el país por los siguientes 15

días. Entre las medidas tomadas se encontraba la circulación, la misma estaba restringida, excepto para trabajadores esenciales, como los médicos, por ejemplo. El decreto se extendió hasta el mes de mayo y, a partir de entonces, se fueron adoptando otras medidas en base a las necesidades de cada provincia. Al día de hoy, algunos protocolos y restricciones siguen vigentes con sus respectivas flexibilizaciones.

6.2 LECTURA PSICOANÁLITICA DE LA PANDEMIA

La pandemia del coronavirus trajo particularidades y es necesario poder cuestionar el impacto que tuvo y tiene, junto con las medidas de bioseguridad que se fueron tomando. Por un lado, tenemos el impacto subjetivo propio de la incertidumbre ante lo desconocido, y por otro, las consecuencias de las medidas adoptadas. Por esto es que no se puede negar que existió algo que no volverá a ser, hubo una transformación. Tal como refiere Lerdez (2020) “entonces, podríamos decir, que estamos hoy ante la presencia de una cultura que nos trae la época de un virus como un real inconmensurable, que vendría a sacudir el arreglo sintomático de cada uno” (p.1). En este sentido, desde el psicoanálisis se puede pensar qué de todo esto se pudo o puede resignificar para continuar existiendo, trabajando, queriendo, en fin, viviendo.

Freud en 1930 ya hablaba del Malestar en la Cultura haciendo referencia a las fuentes causantes del sufrimiento humano, aquellas que impedían alcanzar “la felicidad”. En la actualidad, se transcurre esta pandemia que se presentó de manera impensada y en un tiempo cronológico que superó los tiempos subjetivos de asimilación de esta nueva realidad. No solo trae consigo lo desconocido y temido, sino que también una nueva forma de vivir en sociedad, nuevas formas de encontrarse con el otro, pero a su vez, tomando distancia. En palabras de Bassols “se ha establecido

un nuevo orden mundial en relación al trabajo, la educación, la salud, entre otros, irrumpiendo en los sujetos y en la sociedad misma" (p. 3). En este punto aparece lo que se conoce como la "nueva realidad", caracterizada por el aislamiento social, preventivo y obligatorio que pasó a ser como una nueva Ley que nos organiza como sujetos, pero que desde el punto de vista de Bassols (2020), debería llamarse aislamiento o *distanciamiento físico*, porque en realidad es de los cuerpos y no de los lazos. Esto resulta interesante poder pensarlo desde esta perspectiva psicoanalítica para no caer en un reduccionismo del cuerpo, como si las personas solo se relacionarán a través de él, sin considerar la existencia de la palabra, que de hecho no está prohibida.

Esta Ley mencionada, que encuentra a cada sujeto en condiciones diferentes, se caracteriza por ser restrictiva, los sujetos ya no pueden desenvolverse de la manera que lo hacían antes pero su fin último es preservar la salud de todos los ciudadanos. Esto inevitablemente genera algún tipo de malestar, pero si tomamos lo que dice Freud, es el precio que pagamos al vivir en sociedad. Hace casi ya dos años que la renuncia pulsional se puso en primer plano, pero de eso se trata, esta norma es la que permite de alguna manera dominar las "fuerzas oscuras de la naturaleza" (Freud, 1930, p. 76), en este caso, la del coronavirus.

En esta misma línea recupero los aportes de Benyakar (2005) para pensar este contexto sanitario como *disruptivo*. Este concepto alude a una cualidad que caracteriza una situación determinada y es la responsable de la forma en que esos hechos del mundo fáctico impactan en el psiquismo. En palabras del autor: "esta cualidad se vincula a la capacidad de generar efectos intrapsíquicos desestabilizantes, resultantes de diferentes reacciones psíquicas" (p. 32). Estos eventos disruptivos pondrán a prueba nuestra capacidad de elaboración ya que nos ubican como objetos de su acción desestabilizante. De la misma manera, denomina *entorno disruptivo* al medio humano y físico masivamente distorsionado por la ocurrencia de hechos disruptivos, que instalan una deformación ambiental, que puede devenir crónica. Los entornos disruptivos son aquellos contextos vitales en los que se dislocan las relaciones entre las personas y entre éstas y el medio físico y social. Las personas se ven obligadas a cambios de conducta y de hábitos cotidianos para adecuarse a ese nuevo entorno que se ha tornado incomprensible, impredecible y, por lo mismo, amenazante (Critchlet y Fariña, 1995). El entorno disruptivo del que habla el autor, tiene las siguientes características:

- la ruptura de las reglas de juego como consecuencia de la ineptitud y hasta la caducidad lisa y llana de algunas de las normas escritas y consuetudinarias que organizaron la vida social;
- la inversión del sentido de las instituciones sociales que se tornan incapaces de cumplir con las funciones para las que fueron creadas;
- la incertidumbre patológica y la desconfianza hacia todo y todos que se apodera de los sujetos, y
- una percepción distorsionada de la realidad y de sí mismos que sume a las personas en profundo desconcierto.

Para pensar aquello disruptivo del coronavirus, es importante tomar desde esta perspectiva la noción de *trauma*. ¿Por qué? Como se mencionó anteriormente, la pandemia de este virus surge como un acontecimiento inesperado, nos atraviesa por igual, pero no deviene traumático para todos. Sin embargo, desde este punto de vista, aquello traumático no tiene que ser necesariamente terrible. Si seguimos la definición de *trauma* hecha por Laplanche y Pontalis (2016) se trataría de un acontecimiento en la vida de los sujetos caracterizado por su intensidad y la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente, dando lugar a una desorganización psíquica. Esto nos permite dar cuenta de que lo traumático es una reacción particular que no solo depende de aquello que irrumpe, sino también de las características internas de cada sujeto. Acá vale la pena introducir la idea que plantea Sotelo en el año 2007 y que retoma este año (2021) en una entrevista sobre sobre *urgencias* y *urgencias subjetivas* para poder comprender cómo un mismo evento produce diferentes efectos en cada quien. En cuanto a la primera dirá:

> Una urgencia atraviesa la época entramándose con ella y mostrando lo más íntimo de cada uno, así como lo más propio de una sociedad en la que el individualismo es moneda corriente. Hoy la vivencia de riesgo inminente pone a los sujetos en urgencia y las consultas se multiplican. (p. 5)

Por su parte, la urgencia subjetiva aparece como un fenómeno diferente a la urgencia estudiada clásicamente en los manuales. Afirma: “Hablamos de urgencia subjetiva que alude a una nueva categoría clínica, como nuevo síntoma, emparentado al *malvivir* del que habla J. Miller” (p. 39).

En relación a la “irrupción de lo real” del coronavirus, Bassols sostiene que en las circunstancias actuales la experiencia de ese real no es tanto la enfermedad misma sino la

“experiencia de este tiempo subjetivo que es también un tiempo colectivo, extrañamente familiar, que sucede sin poder representarse, sin poder nombrarse, sin poder contabilizarse” (2020, p. 3). Esto último es lo que interesa, no necesariamente se debe estar habitado por el coronavirus para que la dimensión de síntoma de esta experiencia suceda. Es justamente esta experiencia subjetiva una de las dimensiones que intentaré analizar, cómo los profesionales de un Hospital Monovalente atraviesan esta situación y como lo experimentan subjetivamente.

Hay dos puntos a considerar en la experiencia de los profesionales: la situación de pandemia, descrita anteriormente, y la situación de trabajar en pandemia, en contextos donde predomina la clínica de la urgencia. Sotelo (2007) define esto último como “la exigencia de resolver rápido sin error y de forma eficiente, que pone a los profesionales frente a sus propias urgencias” (p. 102). Es la misma urgencia en palabras de Holguin (2007), que atraviesa a las instituciones, en gran medida porque estas se ven cada vez más compelidas a responder a un discurso que les exige eficacia y eficiencia. Aquí vale la pena definir qué es *la clínica de la urgencia* desde otros autores. Al respecto, el Grupo de Investigación y Asistencia sobre la Urgencia, define la clínica de la urgencia como aquella que se ocupa de hacer frente a las consecuencias de un momento significativo en la vida de una persona. No es la clínica de la urgencia médica que elimina la dimensión del tiempo, operando inmediatamente sobre el acontecimiento, sino que es la urgencia interrogada ¿quién habla?, ¿de quién es la urgencia? Añádase a esta idea, la definición de clínica de la urgencia propuesta por el Protocolo de Intervención en Situaciones de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental (2018):

> Una clínica de la urgencia es la que se ocupa de hacer frente a las consecuencias de un momento significativo en la vida de una persona, situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia o agitación donde el sujeto se ve desbordado. (p. 18)

Con respecto al anterior, Sotelo (2007), nos habla de la noción del tiempo entre la prisa y la pausa al trabajar en urgencias; al respecto plantea que justamente allí se pone en evidencia la necesidad de decidir a toda prisa, por la exigencia de tener que resolver todo rápido.

Para comprender la implicancia del trabajo en urgencias en estos contextos, utilizo la noción de *subjetividad* propuesta por Galende (2013):

> Lo que llamamos subjetividad es lo mismo que encontramos en la cultura, porque uno no puede esquivar o impedir que la cultura llegue a nuestra subjetividad. La cultura no es algo

> que impacta en la subjetividad o que cae sobre ella. Somos siempre sujetos de una cultura particular, estamos construidos en alguna medida dentro de esa cultura e inevitablemente sufrimos los avatares (malestares) que la misma va sufriendo. (p. 10)

Seleccione los aportes de este autor porque puntualiza la importancia de articular cultura y subjetividad, para luego analizar de qué manera la cultura sufre ciertos cambios que de alguna forma impactan en nosotros, en el sentido de que nos obligan a procesos muy rápidos de asimilación y adaptación a nuevas coordenadas contextuales, como, por ejemplo, nuevas formas de comportarnos.

Por su parte, y a raíz de lo anteriormente descrito, realizo una lectura teniendo en cuenta la perspectiva del cuidado de los profesionales de la salud mental, considerando los aportes de autores como Erich Fromm (1947), específicamente cuando escribe *"Ética y Psicoanálisis",* donde pone énfasis en la importancia que tiene el prestar atención a uno mismo debido a que esto funciona como requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás. En la misma línea, cabe mencionar lo que plantea Juan Larbán Vera (2010) en su escrito "Ser cuidador; el ejercicio de cuidar".

> El auto-cuidado es, ante todo, una responsabilidad del cuidador. Debe velar por su cuerpo y por su psiquismo, por su equilibrio emocional y por la salud de su vida mental. Pero el cuidado del profesional no sólo es una exigencia para el profesional, sino también para la institución y para el sistema. (p.64)

Esto último, nos permite pensar el lugar que ocupa cada institución, en este caso, el Hospital Neuropsiquiátrico, el cuidado de los profesionales, teniendo en cuenta que éstas personas son el principal dispositivo asistencial, de ahí la necesidad de velar por su salud física, psíquica y social. *"Muy frecuentemente perdemos de vista que el cuidador también es un sujeto que, en tanto cuál, es vulnerable y debe protegerse y cuidar de sí mismo para poder desarrollar correctamente su labor en la sociedad".* (Larbán. V. 2010. p.63)

7. MODALIDAD DE TRABAJO

Para realizar este trabajo de sistematización de experiencia se toman los aportes de Jara (2011), con el objetivo de comprender los aspectos teóricos y prácticos de esta metodología y así poder aplicarlos en la práctica.

Siguiendo las ideas del autor, lo esencial de la sistematización de experiencias comprende un proceso reflexivo y una interpretación crítica sobre y desde la práctica que se lleva a cabo, poniendo principal énfasis en la reconstrucción y ordenamiento de todos los factores objetivos y subjetivos que fueron interviniendo para poder, finalmente, extraer aprendizajes y comunicarlos.

A la hora de utilizar esta forma de trabajo, hay que tener muy presente que en toda sistematización de experiencias el objeto a sistematizar es nuestra propia práctica, nace allí. Cada experiencia es única, posee características propias y eso nos permite fortalecer la capacidad de lograr una praxis transformadora en cuanto a la manera de pensar, actuar y sentir. Un dato no menor a tener en cuenta es que la sistematización de esta práctica, llevada a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico, se realiza en un contexto particular atravesado por la pandemia del coronavirus. Esto nos obliga a repensar desde la creatividad, la manera de poder acceder y acercarnos de la forma más fructífera a la práctica y a todos los componentes que la rodean. Aún así, todos los datos y aprendizajes obtenidos surgen directamente de mi experiencia como practicante de la Institución.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Los sujetos con quienes se realizó la experiencia son diferentes profesionales del Hospital pertenecientes a diferentes áreas dentro del mismo, cada uno de ellos tiene un rol y ejerce

determinadas tareas en función de su trabajo. Entre ellos, psicólogas y psicólogos. Se recabó información brindada por el Licenciado en Psicología que ocupa el lugar de Jefe del Departamento de Psicología y a su vez Referente Institucional de mi práctica. Por otro lado, la participación de la Psicóloga y a su vez Jefa de Sección, que forma parte de la comisión de asesoramiento laboral, del área de rehabilitación y atención por consultorio externo. Finalmente, se obtuvieron relatos de profesionales que forman parte de los equipos de guardia, otra de las áreas fundamentales de la Institución.

TÉCNICAS PARA RECOLECTAR DATOS

La entrevista es la herramienta privilegiada en este trabajo, me permitió acercarme al Hospital a la distancia. Las entrevistas a los profesionales se llevan a cabo de forma virtual desde un abordaje cualitativo, ya que, si bien se pensaron guiones relacionados a los objetivos propuestos en primera instancia, todas posibilitan la flexibilidad en el intercambio de información entre el entrevistador y los entrevistados, siempre abiertas a nuevos interrogantes. (Sampieri y Fernández, 2006). El tiempo de cada una de ellas varía según el profesional y el tiempo que disponga. A través de estas preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto de mi tema de interés.

El registro de campo (Guber, 2004) es otra de las herramientas que se utiliza, da cuenta de lo sucedido en cada entrevista realizada a partir de mis observaciones. Todos estos se elaboran luego de cada encuentro, recurriendo a la memoria y reconstrucción.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Siguiendo lo que propone Jara (2011), el análisis de los datos se realiza a partir de una reconstrucción de todo lo acontecido en la experiencia y así se identifican acontecimientos significativos. En este caso, se realiza el análisis de cada entrevista llevada a cabo, la información de las mismas se clasifica usando como guía el eje de sistematización. Para esto se elaboran categorías o variables descriptivas que nos ayudan a ordenar los datos. Posteriormente, inicia la fase interpretativa de lo reconstruido sobre la experiencia. Se analiza cada categoría por separado y se buscan relaciones entre ellas. Se plantean interrogantes y se buscan respuestas sobre por qué sucede lo que sucede, como forma de observar las particularidades, pero también el conjunto, lo colectivo. Así es como luego se confrontan las reflexiones surgidas de esta experiencia con planteamientos teóricos.

RECAUDOS ÉTICOS

Finalmente, la dimensión Ética caracteriza la posición que se toma para afrontar la experiencia. Siguiendo los lineamientos del Código de Ética del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba (2016), se alteran los datos que permitan identificar a las personas

involucradas en este trabajo. En este sentido, no se divulga ningún tipo de información personal respecto de los entrevistados, respetando la privacidad correspondiente. Los resultados obtenidos no se deben tergiversar ni falsear, se debe incluir todos los datos citando fuentes.

8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En el presente capítulo narraré la experiencia llevada a cabo en el contexto de práctica. Estas se desprenden de distintos encuentros virtuales con profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico que, posteriormente, se transformaron en presenciales. En primera instancia, tuve contacto con el Referente Institucional y jefe del Departamento de Psicología junto con la jefa de Sección. A partir de allí, comencé a pautar diferentes entrevistas con el objetivo de recabar información sobre la actualidad y todos los cambios que se realizaron dentro de la institución a partir de la irrupción del coronavirus.

La dinámica propia del hospital antes de la pandemia estuvo presente en algunos relatos, se realizan comparaciones de esta nueva realidad con aquello que "se había perdido". Los entrevistados describen experiencias laborales y personales caracterizadas por la incertidumbre, el miedo, la urgencia, un estado de alerta constante, junto con las consecuencias correspondientes como el agotamiento psicofísico y cansancio generalizado. Por ello, se analizarán posteriormente, las características del trabajo dentro de una institución monovalente pública en un contexto de pandemia y las implicancias subjetivas de los profesionales a partir de un esfuerzo de adaptación.

En un principio, la práctica dentro de esta institución fue presentada como presencial. Incluía formar parte de dos equipos de guardia y participar como observadora en las consultas. Sin embargo, debido al aumento de casos por coronavirus, hubo modificaciones respecto a la modalidad y no pude concurrir a la institución. Esto generó en mí cierta desilusión al tener tantas expectativas respecto a una práctica presencial y todo lo que implica encontrarse con la realidad en el campo de trabajo.

<u>Cambios y adaptaciones</u>

En palabras del Jefe del Departamento de Psicología, desde el año 2020, el hospital ha tenido que reorganizarse en función de la situación actual. El entrevistado comenta que la institución en la cual llevaría a cabo mi práctica, se encontraba atravesada por una situación

particularmente difícil debido al exceso de demandas y el colapso en las guardias. De forma paralela, señala que los profesionales están respondiendo esas demandas en todo momento, lo que me llevó a plantearme algunos interrogantes: *¿cómo se desarrollará mi práctica en este contexto?*; los profesionales *¿dispondrán de algún tiempo para comunicarse conmigo? ¿podré recolectar suficiente información?*

Al inicio de esta pandemia, se plantearon diferentes modos de trabajo que implican la reducción horaria de algunos sectores y otros, como el sector de rehabilitación, que se vio completamente suspendido debido a que implicaba la participación de cierta cantidad de gente que, por protocolo sanitario, no pueden reunirse, salvo aquellos que se mantienen de forma virtual. Todas estas modificaciones iniciales tenían que ver con limitar la circulación de personas por la institución, que trajo además como consecuencia, el cierre de los consultorios externos, *"un área fundamental de trabajo"* como lo menciona el entrevistado. Son varias las adquisiciones que se llevaron a cabo como primeras medidas para seguir funcionando, algunas persisten actualmente, y otras ya no se realizan, como por ejemplo el sistema de triage. Este último se trata de un control epidemiológico realizado por 3 profesionales, en cuanto al registro de temperaturas corporales y detección sintomatológica de todas aquellas personas que ingresaban a la institución. Actualmente, se mantiene el control de temperatura a través de algún personal, pero ya no está estructurado en la forma de una triada de profesionales, sino que un administrativo tiene esa función, describió el Jefe del Departamento de Psicología.

La institución, por protocolo sanitario, redujo camas en el sector de internación, *"de 50 se redujeron a 30 aproximadamente, y son las que se mantienen hasta el momento"* (Licenciada equipo 5 de guardia, 09/06/21). A su vez, dos de las licenciadas entrevistadas en un mismo encuentro, detallan cómo se delimitaron 3 zonas específicas de aislamiento para todas aquellas personas que están con alguna sintomatología vinculada con el coronavirus o casos confirmados, y, por otro lado, un área de internado común. Además, la dinámica del hospital se vio afectada en cuanto a la implementación de la constante higiene y cuidado de los elementos propios de la institución y de los pacientes, así como también el uso de un equipo de protección personal como el doble barbijo y escafandras. A su vez, las profesionales consideran que el funcionamiento de la guardia se ha mantenido sin demasiados cambios, salvo lo propio en relación al exceso de

demandas en el momento en que el sector de consultorios externos se encontraba cerrado. Allí, se consideró conveniente, a partir de septiembre del 2020, reabrir los consultorios externos. Las entrevistadas señalan que en todo momento se trata de retomar el ritmo más parecido al de pre pandemia e inclusive mejorarlo.

Aun con la reapertura de los consultorios y la recuperación de funcionamiento habitual en cuanto a carga horaria, los profesionales de la institución creen necesario repensar ese modo de atención debido a la demanda insistente que no puede ser absorbida por la dinámica actual de los consultorios. Especifica uno de los entrevistados:

> *Por ejemplo, hoy a las 11:00 hs, tengo una reunión con la dirección, justamente para hablar sobre el tema del consultorio externo, dado que los turnos son una cantidad finita y hay una demanda insistente que por allí no puede ser absorbida.* (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21).

Además, agrega: *"sin duda uno puede ser creativo al respecto, pero si no se piensa en implementar el recurso profesional, la situación no tiene clara solución".* (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21).

Por otro lado, el área de rehabilitación (que es caracterizada en los relatos por diferentes talleres de arte, música, cine, entre otros), muestra ser de gran importancia para ellos, y su cierre, trae cierta aflicción por no poder hacerlos de forma presencial. Asegura el Jefe del Departamento de Psicología *"el ambiente que se generaba en cada taller u obra de teatro era único"*, relata eventos masivos de muchos años atrás y los recuerda como *"los mejores momentos",* caracterizados por el encuentro físico corporal y subjetivo entre los participantes.

> *Por ejemplo, pensar hoy en eventos masivos, como había en la década del 80 y parte de los 90 donde se hacían representaciones teatrales dentro del hospital, donde venía un montón de gente, yo me acuerdo y he estado aquí, en el patio de la cisterna, el hospital se había montado el escenario y estábamos todos apretujados así porque si bien es un espacio amplio, había muchísima gente, eso hoy por hoy, es imposible pensarlo.* (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21)

Lo que pareciera enfatizar el relato anterior es que el hospital se identifica con un modo de intervención que comprende también las actividades de los talleres. Si bien el funcionamiento de la guardia e internación, describió el Jefe del Departamento de Psicología, son esenciales en

algunos casos y como consecuencia no se pueden negar, el trabajo no se agota allí. En este sentido afirma:

> *Es decir, sigue el trabajo de las guardias, con situaciones por ejemplo de una crisis de excitación, de alguna persona que llega con una descompensación psicótica, bueno, esa imagen que por allí se asocia más a Hollywood digamos que a la verdadera tarea que se hace en un hospital. No es que ese tipo de situaciones no existan, lo que quiero decir es que no se reduce el trabajo de un hospital a eso.* (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21)

En la misma línea, otra psicóloga entrevistada hace referencia a las actividades grupales dentro de la institución. Desde el momento que comencé las prácticas estuve informada sobre la suspensión de este tipo de dinámica junto con las visitas en el internado. Esto último, en palabras de las licenciadas, era algo muy propio dentro del hospital, aún así, siempre tuvo sus pros y sus contras. Indican que la visita de los familiares en el sector de internación muchas veces trajo beneficios y otras veces no. Había pacientes que quedaban mal cuando terminaba el tiempo de visitas, otros porque no iba nadie a verlos y eso generaba mucha movilización. En ese marco, aseguran que el acompañamiento familiar en los tratamientos es una lectura que se puede hacer en cuanto al rol de la familia en pacientes internados o pacientes en tratamientos, debido a que muchas veces entorpece al estar ausentes, y hace que los mismos pacientes se pongan ansiosos por querer irse o porque no lo van a ver. En términos de una de las licenciadas: "*esto genera un quantum de variables que deben ser trabajadas".* (Licenciada equipo 5 de guardia. 30/06/21)

En concordancia al párrafo anterior y por lo que comentaron en esta última parte del encuentro, como profesionales comenzaron a realizar tareas nuevas dentro de su labor. Como psicólogas si pueden ver a las familias de los pacientes internados. Las familias saben cómo está el paciente a través de los profesionales. El personal, la institución, los pacientes y las familias, afirman, se adaptaron a la situación mundial. "*Nos encontramos ante la demanda del paciente y también de la familia, se trata de mediar la situación.* (Licenciada equipo 5 de guardia. 30/06/21)

Más adelante, surge el tema de ir aprendiendo sobre la marcha en contextos como estos, en donde todo es nuevo, hay incertidumbre y formas distintas de afrontar la clínica. Demuestran haberse encontrado con algo completamente inusual: "*Hay una dinámica de ir aprendiendo junto*

con la enfermedad, este año estamos un poco más curtidos, el año pasado fue más intenso, pero hoy sigue generando el mismo malestar". (Licenciada equipo 2 de guardia. 30/06/21). Una de las psicólogas especifica que nunca había trabajado de forma virtual y que de golpe tuvo que empezar a aplicar esa modalidad. A su vez aclara que esta forma de trabajo depende de cada paciente en particular y eso implica pensar en un tratamiento para cada uno de ellos en estas condiciones. Se trata de coordinar horarios, asegurarse de que el paciente tuviera acceso a algún dispositivo, y muchas otras cosas que años anteriores no estaban presentes. "*Había que negociar horarios, que el paciente tenga conectividad, se trataba de cómo pensar los tratamientos y cómo armar un encuadre terapéutico por teléfono*". (Licenciada equipo 2 de guardia. 30/06/21). Actualmente ya no se realizan llamadas con los pacientes, solamente en casos específicos de pacientes mayores o personas de riesgos que prefieren no ir al hospital.

Un tiempo de pausa sin descanso

Llegó el mes de julio y comienza el receso en la facultad. Desde la cátedra, igualmente, nos sugirieron que sigamos avanzando con el ante proyecto. En este tiempo, me inscribí en una charla paga dividida en 2 encuentros. Estuvieron dirigidas por una de las psicólogas del hospital. Consideré necesario participar ya que los temas que se tocarían estaban relacionados con mi trabajo, y de hecho sirvió para ampliar conocimientos sobre la práctica clínica en contextos de pandemia y cómo repercute en los profesionales. Posteriormente, logré realizar una entrevista individual a la misma licenciada, que, a su vez, es encargada de diferentes funciones asistenciales dentro de la institución, entre ellas, el área de rehabilitación. Si bien fue una sola entrevista, su contenido me resultó relevante. Me encontré con una lectura -si se quiere- diferente a la que venía escuchando hasta el momento como practicante del Hospital Neuropsiquiátrico. En este encuentro me sentí particularmente ansiosa ante el relato de indignación de la licenciada, algo que no me había sucedido con el resto de los profesionales a pesar de que coincidían en más de un aspecto. En un principio comentó todas las actividades que realizaba y a su vez relataba un poco de la historia del hospital y su relación con el cambio de paradigma. Sin embargo, a pesar de todos los cambios y adaptaciones que tuvo la institución a partir de la ley de salud mental, se muestra disconforme con muchas de las decisiones tomadas por el Estado y la dirección del Hospital en este contexto de pandemia. Expresa que el área de rehabilitación es una de las más importantes y

que actualmente se encuentra completamente descuidada. "*Todas las actividades que se realizaban y realizan dentro de esta área, se sostienen con voluntarios y eso es por los déficits del estado que no termina de hacerse cargo de los dispositivos intermedios que fija la Ley".* (Licenciada A. 15/07/21). El Estado, comenta, "*cada vez se aleja más y nos va dejando solos"*. En esta línea señala que ya hace 11 años que funciona la Ley y siguen existiendo voluntarios en dispositivos necesarios y no profesionales pagos, cuentan con una sola casa de medio camino para 5 mujeres en una provincia que tiene más de 3 millones de habitantes. "*Todo esto tiene que ver con las incoherencias y faltas que el Estado no soluciona"*, insiste.

En concordancia al párrafo anterior, explica que la dirección nueva del hospital, no pudo defender ni posicionarse del lado de los trabajadores y de la historia ante las decisiones del ministerio de salud, por ello es que se muestra disconforme con algunos manejos que se realizaron desde que inició la pandemia. *"El ministro de salud ordenó borrar todas las obras y murales que había en el Hospital, esto fue terrible, marcó un antes y un después".* (Licenciada A. 15/07/21). Según el relato de la entrevistada, esto dejó una tensión muy grande que hace que nada vuelva a ser como antes. Hay políticas de salud, manifiesta, que van en otra dirección dentro del Hospital, *"se confunde la transformación con el achique de personal y de recursos"*. Continua: *"se apunta a lograr cambios, pero, por ejemplo, no se realizan internaciones en hospitales generales"*.

En tal sentido, en palabras de la entrevistada, el Hospital Neuropsiquiátrico sigue recibiendo muchas demandas, pero cada vez con menos recursos. *"Hay una rigidez permanente, se piensa en los cambios que se deben realizar, pero no hay una red sólida que lo permita."* (Licenciada A. 15/07/21). *"Existen muchas resistencias, pero a su vez se trata de una transformación muy engañosa, porque para transformar se tiene que apostar e invertir en ciertas cuestiones que no se hacen",* puntualiza.

A raíz de lo descrito anteriormente, la Licenciada afirma: "*hay una cuestión que sigue siendo bastante hegemónica, porque hay un modelo comunitario de salud mental que puede estar en el discurso pero que en la práctica no se ve".* (Licenciada A. 15/07/21)

Como profesional de la salud, pone en cuestionamiento algunas de las medidas de bioseguridad que se utilizaron, principalmente en relación a los términos que se utilizan. Muestra

que hay un reduccionismo al cuerpo, como si las personas solo se relacionarán a través de él, y la realidad es que lo hacen con la palabra, y eso no está prohibido. *"hay un error en llamar a una de las medidas sanitarias aislamiento social, ya que debería llamarse distanciamiento físico, porque es de los cuerpos y no de los lazos".* (Licenciada A. 15/07/21). Además de cuestiones terminológicas, indicaría que las urgencias estaban del lado de los profesionales debido a que la protocolización de las prácticas impuso una modalidad que ponía varios obstáculos, como, por ejemplo, en la transferencia. Pareciera ser que la construcción histórica de una dinámica dentro del Hospital que se adaptara a los cambios contextuales y legales, quedó en un segundo plano con la irrupción del coronavirus. Asevera:

> *La institución fue Hospital hasta antes del primer caso positivo de coronavirus. Los lugares de encierro se armaron como espacios de aislamiento por urgencias de covid y no tanto urgencias relacionadas a la salud mental de las personas. Las urgencias pasaban más por si entraban por una puerta u otra y no en relación a que los pacientes puedan tener visitas, por ejemplo. Lo poco que había de interdisciplina se fue perdiendo.* (Licenciada A. 15/07/21)

En la misma línea: "*Se cerraron los dispositivos intermedios, protocolizaron las instituciones en nombre del bien y se hizo el mal, quedando todo en manos de la burocracia"*. (Licenciada A. 15/07/21)

Entre la expectativa y la realidad

Con la finalización del receso académico, comienza el segundo semestre. Con muchas ganas de encontrarme con los profesionales y seguir juntando información que respondiera a mis objetivos, me encuentro con un vacío. El hospital nuevamente atravesaba un momento difícil, el personal no tenía tiempo para las entrevistas. Los días pasaban y yo no podía avanzar, no contaba con nuevos relatos. Se acercaban próximas entregas como la del segundo parcial y yo debía exprimir al máximo lo recolectado hasta ese entonces. Lo viví como un momento de desesperación.

Fue recién en el mes de septiembre cuando pude recuperar la comunicación con el personal. Ésta segunda parte del año estuvo marcada por muchas entrevistas, algunos profesionales me

pasaban los contactos de sus colegas y eso me permitió retomar el ritmo deseado. Destaco que aún con la carga horaria y el aumento de demandas en todo este tiempo, encontraron la forma de contactarse conmigo y seguir contarme acerca del mundo interno de la institución -respondiendo a la articulación que tienen con la Universidad Católica de Córdoba en el proceso de formación de futuros profesionales de la salud mental-.

La primera entrevista que realicé en éste segundo momento estuvo dirigida a la psicóloga encargada del equipo 5 de guardia. Centrándonos en lo que significa trabajar en urgencia, comenta que de por sí, el perfil del HNP es el de urgencia, porque es monovalente, tiene guardia de 24hs y cuenta con un internado, afirma que en niveles de atención es el tercero. Sin embargo, señala que, aunque esto haya sido siempre así, encuentra diferencias en relación a otros contextos sin pandemia. Esto se debe a que muchos sectores dentro de la institución se cerraron automáticamente y, por ende, el trabajo dentro de los espacios que se mantuvieron durante la pandemia se vio doblemente incrementado. En palabras de la entrevistada:

> *Lo que es diferente es como fue a partir de este contexto. Porque a ver, cuando empieza todo este tema de pandemia, el Hospital toma medidas sanitarias acorde a los lineamientos del ministerio de salud, del cómo deberíamos trabajar, y eso implicó, por ejemplo, la suspensión de toda actividad que tenga algún espacio grupal de trabajo, ya sea todos los talleres de la rampa, el consultorio externo, las reuniones dentro del internado y demás, y como que se puso en foco en la guardia y en la internación porque eran necesarios.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Marca una diferencia en cuanto al tipo de urgencias que se presentaron y presentan en este contexto, pero que siempre ellos como trabajadores del Hospital, atendieron desde la urgencia. Además, remarca todas las modificaciones que se hicieron en cuanto a los protocolos, a la forma de atender, la forma de manejarse dentro de la institución:

> *En lo que hace a la pandemia, si modifico un montón de criterios en cuanto a la valoración; hay un protocolo para ingreso a guardia, un protocolo para ingreso al internado, que se mantienen desde hace un año y medio. El internado se modificó en su estructura y la guardia también. Nuestra ropa cambió, las visitas al internado se suspendieron*. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

En relación a esto, señala cómo debieron adaptarse a todos estos cambios: "*hubo que adaptarse a eso, no solo como equipo sino desde lo personal y a su vez tener en cuenta desde donde llegaban estos pacientes, desde que lugar".*

Siguiendo el relato de la licenciada, una de las modalidades de trabajo, llamada trabajo en espejo, llamó mucho su atención en cuanto a la forma. Señala que, a raíz de esto, ella veía a sus pacientes internados durante 15 días, pero que los otros 15 días restantes, los veía otro profesional. Ella, como todos los profesionales, debían hacer el pase de información de cada caso, pero lo que pareciera remarcar su relato, es la angustia de no poder seguir viendo a su paciente: *"entonces una de las modalidades fue el espejo, que, por un lado, como te dije, estuvo bueno en cuanto a lo sanitario, pero, por otro lado, por ejemplo, a tus pacientes no los veías por 15 días".* En esta misma línea, agrega que esta modalidad también implicó un exceso de trabajo como consecuencia de la reducción del personal en el hospital:

> *Tenías la mitad del equipo, porque si en la guardia siempre somos 8, bueno en esa quincena éramos 4 para todo lo que hace a la actividad del Hospital de esos 15 días, no solo en la guardia sino también en el internado.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Finalmente, en lo que respecta a esta forma de trabajo, la entrevistada también mencionó que no pudo ver a sus colegas durante varios meses, algo que era tan común en otros tiempos. El no poder juntarse a comer entre todos, según su relato, significó mucho: *"a ver, hubo compañeros a los que no vi por meses, los que estaban en el otro espejo, yo hacía la primera quincena y el otro hacia la segunda y bueno, nunca nos cruzábamos."* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Acá vale la pena mencionar lo que sigue comentando la licenciada:

> *Todo esto que te cuento sí, significó muchos cambios, significó poder sostener los cambios, poder adaptarse a la urgencia del hospital, de los pacientes, a la vida misma que uno tiene también tiene por fuera de la institución y bueno, también cuidarse, ver cómo uno tiene autopercepción, autoregistro, de cuidado de uno mismo también en esto, porque uno estaba muy expuesto a algo que no sabía bien qué era, ni cómo funcionaba, ni que te hacía, y ni siquiera es algo del campo de la psicología esto del virus*. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Como punto principal en este momento encuentro el exceso de trabajo propio del hospital, a lo que se le suma que todas las consultas y urgencias en este tiempo se derivan allí. El objetivo de descentralizar las demandas que maneja desde hace tiempo la institución se vio dificultado, no se podía implementar, con respecto a esto una de las licenciadas comenta:

> *Hubo muchas instituciones que dejaron de trabajar o se manejaron de modalidad online, entonces bueno ver cómo derivar y a donde, esto de distribuir y que no se centre todo en el Neuro, entonces ahí se complicaba más porque muchos solo trabajaban de modalidad online, entonces para la urgencia estaba el Neuro y nada más, pero bueno, esa ya es otra discusión.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

La idea invención y creatividad estuvo presente en todo su relato:

> *Me parece que como significar para mí, fue un periodo de mucha creatividad, había que pensar cómo, a ver ya de por si la internación es muy movilizadora, el covid y la pandemia y todo, entonces intentar que todo sea más ameno posible para el paciente, en este seguimiento, en el acompañamiento en la internación. (...) darle una continuidad a eso también, no es sencillo, entonces era mucho trabajo en equipo.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

En el mismo orden de ideas sostiene:

> *Y además, toda la dinámica del trabajo virtual, tener que ser creativo y adaptar la forma de trabajo a lo que era la urgencia de la situación en el momento, brindar una buena atención a su vez, porque no por eso vas a desmerecer la atención y empezar a verse desde un lugar de psicoeducación, porque tenes que explicarle al paciente; por ejemplo, vos hacías la internación y no hacías consultorio externo, pero algún tipo de seguimiento haces, y era virtual, entonces explicarle al paciente como se hace videollamada, donde se tiene que poner, como tiene que hacer, vamos a llamar de la misma forma. Lo que hace al encuadre terapéutico, llevarlo a un plano virtual. Entonces eso también implicó que todos nos tuviéramos que poner a pensar en conjunto cómo se hace, porque también uno tiene que responder desde una cuestión ética, así que sí, me parece que tuvo que ver con poder ser creativos.*

El trabajar en un contexto sanitario caracterizado por una pandemia, exige un trabajo constante de urgencia, más allá del tipo de demandas que lleguen al hospital, trabajar en estas condiciones:

como señala la entrevistada, implica estar en un estado de alerta constante, porque no sabes con que te enfrentas, no sabes qué puede pasar, y ellos como profesionales, no se encuentran por fuera de este virus, no son inmunes, y también sufren las consecuencias de la incertidumbre. Comenta: *"fue difícil sostener todo en estas circunstancias".* Añade:

> *Vos pensa que el tema del covid se fue averiguando todo sobre la marcha, hoy septiembre del 2021 uno sabe un poco más, pero en ese momento, en marzo, abril, mayo del año pasado, que uno iba sabiendo del covid a medida que iba pasando el tiempo, tenías que ir organizando y creando actividades en base a lo que iba surgiendo en el día a día.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

La capacidad de adaptación fue indiscutiblemente lo que más se señaló: *"nosotros tuvimos que ir adaptándonos con lo que iba surgiendo, ir aprendiendo (...) Yo en lo particular, nunca trabajé de forma virtual, entonces me tuve que sentar y aprender a hacerlo".* Por consiguiente, esa adaptación también se debía implementar por fuera del hospital. Por esto, la entrevistada afirma que de por si uno está cumpliendo una función en un hospital, sabe que está al servicio de la comunidad, pero que eso no quita que uno también tenga sus propios temas, temores, problemas en relación a la pandemia, eso implica un quántum a elaborar. En este sentido comenta:

> *Por ejemplo, yo cuando iba a visitar a mis padres a su casa, siempre estaba el tema del protocolo de a ver si me cambio, si me baño, como hago, que los quiero ver, pero mejor no los veo por 15 días por las dudas, no vaya a ser que... Bueno, y el temor al contagio, la incertidumbre, uno no sabía a qué se estaba exponiendo, entonces a mí en lo personal me pasaba eso, no solo la parte del hospital sino la vida misma afuera, lo cotidiano en relación a mis vínculos.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Por esto la licenciada pone énfasis en la capacidad de ser resilientes para poder enfrentar todo lo que se iba presentando: *"ser resilientes también, porque estábamos todos atravesados por esta cosa que nadie sabía que era, ni cómo se manifestaba, ni como nos teníamos que cuidar".* Continúa:

> *Por todo esto hablo de la capacidad de adaptación nuestra, ir aprendiendo sobre la marcha e ir incorporando todo lo nuevo, porque uno a su vez le tiene que devolver al paciente*

información fehaciente, o sea saber un poco, no aumentarle la ansiedad, brindarle una respuesta y a su vez poder contenerlo en esa situación. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

En base a lo que comenta la licenciada, pareciera ser que, el cansancio dentro del equipo del hospital se está manifestando este año y no tanto el primer año de pandemia, como si todo el esfuerzo y los cambios repentinos que tuvieron que atravesar, recién ahora tiene sus consecuencias. Afirma:

Personalmente, yo sentí en algún momento como, quizá no tanto el año pasado, pero este sí, un estado de alerta, como que esta está siendo la consecuencia en los profesionales, algunas cuestiones más vinculadas a la salud mental se ven más este año. El año pasado estábamos muy abocados a la cuestión clínica del covid, y este año me parece que se ve más lo que hace a la salud mental en relación a las consecuencias de trabajar en pandemia. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

La pandemia trajo consigo un vacío en cuanto a material bibliográfico, nada estaba escrito en los libros, no había un manual que sirviera como guía para la atención en una situación epidemiológica con estas características. Con respecto a esto dice:

Todo esto se tiene que estudiar, se tiene que poner en los libros, porque nosotros fuimos aprendiendo sobre la marcha, no hay antecedentes, entonces es doble esfuerzo, ser creativos, estudiar lo que se pueda, no hay mucha bibliografía, recién se está haciendo. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Continua:

Nos tocó atravesar algo que para todos nosotros es nuevo, y como todo lo nuevo, generó miedo, incertidumbre, angustia. Poder acomodarse y reacomodarse a esta situación nueva, poder tener capacidad de adaptación, de resiliencia, de aprendizaje, de psicoeducación. Me parece que estamos en posición de dar cuenta de todo eso. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Con el mismo orden de preguntas, otra de las entrevistadas, en esta oportunidad una trabajadora social, comenta que ella es relativamente joven en la institución, estuvo de licencia y recién en febrero del 2021 vuelve al hospital. Hasta ese momento, realizaba llamadas desde su casa y seguía

trabajando de forma virtual. Con esto último aclara que por más que ella no sienta todo el cansancio acumulado, si lo puede ver alrededor en sus compañeras. Al respecto dice:

> *Yo siento que no tengo en mi espalda todo lo que, si acarrean otras compañeras, ya sean colegas o no, que es un cansancio distinto, un agotamiento distinto, diferente. Puedo observar en otras compañeras como un desgano, un cansancio en eso, algunas están hace 20 años, imagínate* (T.S. 28/09/21)

Describe estar en urgencia como un estado de incertidumbre *"es un estado de no saber con qué te vas a enfrentar ese día".* Pone énfasis en el momento en el que está de guardia en el hospital: *"es una gran tensión el día que estás de guardia. Hay días que estamos atravesados por la urgencia permanente".* A raíz de esto, explica que son momentos donde hay que ponerse muy creativos, utilizando lo poco que tienen a su alcance y con eso tratar de pensar que pueden hacer, pero siempre tratando de dar una solución por lo menos momentánea. A esto le suma que la población con la que trabajan tienen ciertas características que no son menores, y que esto lleva a un doble esfuerzo para pensar cada intervención, cada caso particular.

Por su parte, comenta sobre los recursos que utilizaron en este proceso de adaptación para poder seguir trabajando. Especifica que, a pesar de todas las limitaciones, el trabajo en equipo, poder contar con compañeros para pensar cada caso, cada situación, fue fundamental. Pareciera enfatizar la importancia de encontrar en el otro un sostén: *"siempre la alternativa fue el diálogo y el trabajar con compañeros con los que vos te sentías más seguros y repensar todo, no hacer nada improvisado siempre con la guía de un protocolo".* (T.S. 28/09/21)

En otra oportunidad, otra profesional del H.N.P caracteriza el estar constantemente en urgencia como un estado de incertidumbre, como lo describen varios profesionales. Realiza una comparación con el año 2019 y comenta que se trata de un hospital completamente distinto. Señala que el compartir con el otro compañero, por más que sea de otra disciplina, es fundamental: *"eso me parece que fue una de las fortalezas que se pudo sostener durante todo el año pasado, el trabajo en grupo, en equipo" (T.S. 29/09/21).*

Además, plantea que estar informados constantemente era necesario para poder afrontar todo lo que llegaba al hospital.

> *La claridad de información era fundamental para dar ese marco de mínima seguridad ante tanta incertidumbre, y por su puesto en relación a los temores y a los miedos, porque bueno, somos seres humanos, así como lo tenía el ciudadano que transitaba, estaba mucho más en los equipos de salud, y nosotros teníamos que estar, a nosotros no se nos permitía estar en nuestros domicilios, teníamos que salir a trabajar, pero el armado de fortalezas con las debilidades que también nos transitaban era el modo para poder seguir. El saber que yo puedo contar con otro compañero era una fortaleza (T.S. 29/09/21).*

Otra cuestión que señala como requisito para poder seguir trabajando es la cuestión de poner el cuerpo y reconocerse como profesionales de la salud, comenta:

> *Para poder trabajar había que reconocerse que éramos equipos de salud y que tenemos una función dada en un contexto social, había que poner el cuerpo, y tenemos que seguir poniendo el cuerpo. Se tuvo que diferenciar, no sé si disociar, pero había una suerte de diferenciación para poder trabajar. Nosotros poníamos el cuerpo por la función social que nos tocaba. Tenemos una función esencial* (T.S. 29/09/21).

El mismo día entrevisté a la Licenciada en Psicología, encargada del equipo 2 de guardia. Ella comenta que hace muchísimos años trabaja en el hospital y que le gusta la urgencia, pero señala que en épocas de pandemia todo se complejiza como, por ejemplo: *"ir aprendiendo sobre la marcha, sobre los cuidados, sobre cómo trabajar, que nos teníamos que poner, los trajes, barbijos, las escafandras".* Hace hincapié en esto último, en la implementación de uniformes y protocolos, por ello afirma:

> *Era todo muy engorroso, muy incómodo, y dificultaba una herramienta por excelencia nuestra que es la escucha. Era muy difícil escuchar al paciente y hasta escucharnos entre nosotros. Realmente había que poner muchísimo esfuerzo y eso generaba una sobrecarga, una tensión anexa al ver cómo ayudar sin contagiarte (…) esto dificultaba el encuentro con el paciente, y yo lo viví como una sobrecarga y tensión más al trabajo en urgencia en sí.* (Lic. equipo 2 de guardia. 29/09/21)

Con respecto al agotamiento que implica el trabajar sin pausa, comenta que llega un punto en el que sentís todo el cansancio acumulado:

> *Se está sintiendo el cansancio de todo el trajín que fue el año pasado, sumado que no hemos tenido vacaciones, esa dinámica cambió, porque uno estaba habituado a tener vacaciones dos veces al año, entonces eso marca otro ritmo, otro agotamiento y sumado a que nunca dejamos de trabajar, mantuvimos la presencialidad y eso también marca (...) entonces era una sobrecarga importante, nunca se fue un paciente sin ser atendido* (Lic. equipo 2 de guardia. 29/09/21).

El primero de octubre, entrevisté a otra Trabajadora Social de la institución. En este caso, se trata de una profesional que realiza guardia una vez por semana, y al respecto comenta: *"si bien yo no estoy en urgencia todos los días, ese día de guardia es estar en alerta y estar atentos a cada situación que transcurre (...) es otra energía y hay que ponerle el cuerpo" (T.S. 01/10/21).* La particularidad en el discurso de esta entrevistada tiene que ver con lo que significa para ella trabajar en un Hospital Monovalente y lo importante que es la rotación entre profesionales. En primer lugar, como otras entrevistadas, habla de la necesidad de utilizar la creatividad: *"nosotros no trabajamos con afecciones físicas, sí con pacientes con malestares subjetivos, y es difícil, fue ponerle mucha creatividad para pensar cada caso".*

Retoma lo que otros profesionales pusieron como ejemplo, el trabajo en espejo:

> *Por ejemplo, cuando trabajamos en espejo, uno decía: tenemos 15 días de descanso, y no, en realidad en esos 15 días que uno trabajaba era mucho de golpe, uno terminaba fusilado. Yo creo que todo esto afecta, pero bueno, también está esto de capacitarnos y del espacio terapéutico que cada uno pueda tener que para mí es fundamental. (T.S. 01/10/21)*

Por otro lado, la entrevistada comenta que siempre los tiempos del paciente son distintos a los tiempos institucionales, y por eso comenta lo siguiente: *"ahí uno tiene como un dilema siempre, entre lo que necesita el paciente y lo que uno puede ofrecerle desde la institución".* Trae a colación la Ley Nacional y Provincial de salud mental al hablar de lo difícil que resulta trabajar con la escasez interna y externa a la institución, debido a que ellas como trabajadoras sociales, deben

trabajar con la externación de cada paciente y afuera no encuentran esos recursos de los que hablan las leyes. Afirma:

> *Si bien existe la ley de salud mental, la nacional y provincial y de hecho son muy hermosas las dos, uno las lee y la verdad te da una tristeza bárbara porque nada de lo que dice es real. Hay una sola casa de medio camino, no tenes donde derivar pacientes. Hay un vacío, si las personas no tienen casas, si no tienen algo que los sostengan económicamente, o familiares que puedan contener, no tenes mucho en el afuera. Los tiempos del paciente son distintos y eso es lo que a veces a uno le genera mucho desgaste. (T.S. 01/10/21)*

Al finalizar la entrevista, comenta que el contexto institucional fue una variable que estuvo muy presente y que se sumó al contexto epidemiológico. Cuenta lo siguiente:

> *La verdad que el contexto institucional no ayudó mucho, justo cambia la dirección, pandemia, mucho malestar en los profesionales, en todos, porque esta nueva dirección tiene otra forma de trabajo y bueno. Eso también genera un desgaste en los profesionales, yo creo que hoy todos los profesionales tienen una cuestión con el malestar institucional, porque es lo que nos está atravesando. Hay que tratar de llevarlo lo mejor posible. (T.S. 01/10/21)*

<u>De lo virtual a lo presencial</u>

Finalizando octubre, mi práctica se convirtió en presencial por excepción. Si bien en el mes de septiembre del 2021 se habilitó esa modalidad, la dirección del hospital me exigió la segunda dosis de la vacuna contra el Covid-19 que en ese momento no tenía, por lo que tuve que esperar un poco más. Nuevamente la frustración aparece. Desde la cátedra “Práctica Profesional Supervisada” hicieron lo que estuvo al alcance para que pueda asistir lo antes posible pero no pudo ser. Llegó el día de la entrega final del anteproyecto y yo sólo había realizado hasta ese momento, una práctica completamente virtual.

El día 29/10/21 por la mañana fue mi primer día en el hospital. Formé parte del pase de guardia junto con la revista de sala, posteriormente se realizó el recorrido por el internado para luego atender las demandas en los consultorios de la guardia. Allí me encontraba, como observadora no participante. Sin embargo, algunos profesionales me permitían hacer comentarios o preguntas en las primeras entrevistas. Esto lo repetía los días martes por la tarde y los viernes por

la mañana. Tuve la oportunidad de observar la dinámica de ambos turnos y relacionarme con profesionales de distintas disciplinas, como psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería.

Gracias a la extensión de mi práctica hasta durante el mes de noviembre, como caso excepcional, viví en primera persona todo lo que relataban los profesionales en las entrevistas. El primer recorrido por el hospital me permitió ver las condiciones edilicias en la que se encuentra y la dinámica general de la institución. Cada día fue distinto, tenían sus particularidades, pero si hay algo que se mantuvo siempre fue el exceso de demandas, la guardia se llenaba constantemente.

Fue una experiencia que me dejó muchísimos aprendizajes. Los profesionales me abrieron las puertas haciéndome sentir muy cómoda. Formar parte de dos equipos interdisciplinarios fue muy enriquecedor, me permitió darle un gran cierre a mi último año de carrera en un contexto muy complejo, contribuyendo a mi futuro profesional. Lo mismo digo de la modalidad virtual, en todo momento alentaron para que pueda ser posible a pesar de las limitaciones.

Hasta que llegó el momento del final. Mi último día en la guardia se tiñó de alegría y emoción, terminaba una etapa que duró poco tiempo pero que en cuanto a contenido superó las expectativas.

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.2.1 ENTRE EL ACONTECIMIENTO Y ¿LA TRANSFORMACIÓN?

Como punto de partida del presente apartado que incluye el análisis de la experiencia llevada a cabo, se introduce, desde la filosofía, el concepto de "acontecimiento" para poder pensar la irrupción de la pandemia junto con los cambios y continuidades que tuvieron lugar en el Hospital Neuropsiquiátrico. De esta manera surgen algunos interrogantes: *la pandemia del coronavirus ¿es un acontecimiento transformador?, ¿qué cambios en el funcionamiento de la institución se atribuyen a esta contingencia mundial y cuáles son propios de la urgencia interna del servicio?*

Para comprender esta situación epidemiológica desde la perspectiva del acontecimiento, propongo los aportes de Alain Badiou (2005) quien afirma que todo acontecimiento establece un tiempo singular, caracterizado por un antes y un después, donde un tiempo empieza a existir. En palabras del autor: "el acontecimiento, la genuina transformación de lo que existe, dictada por el surgimiento imprevisible y no anticipado de un «x» que, antes del acontecimiento, no existía para el estado de la situación o el régimen transcendental del mundo" (p.85). Podemos pensar, a raíz de lo anterior, que el inicio de todo acontecimiento figura como un impasse, surge algo que no tenía lugar en la lógica anterior, algo irrumpe y desestabiliza. Asimismo, desde esta perspectiva, se considerará la particularidad de este acontecimiento llamado "Pandemia Covid-19", en términos de lo que sucede cuando un evento externo atraviesa, en este caso, tanto a los usuarios del hospital, a los profesionales y a la institución misma, con el objetivo de reflexionar sobre las capacidades institucionales para organizar, alojar y contener.

Recuperando a Badiou para ejemplificar el *"antes"* del que habla y debido a que las prácticas iniciaron dentro del contexto de pandemia, presento un breve relato de uno de los profesionales que especifica algunas particularidades del funcionamiento habitual de la institución previo a la aparición del virus:

> *Los consultorios externos funcionaban en turnos de lunes a viernes, de 8 a 19:30hs. Se realizaban tratamientos ambulatorios de clínica psiquiátrica, psicología clínica, fisioterapia, radiología, odontología, clínica neurológica, laboratorio de análisis clínicos y clínica médica. Los profesionales organizados en equipos hacían guardias de 24hs. Contábamos con el sector de rehabilitación que actualmente se encuentra suspendido. Por su parte, el internado funcionaba con 50 camas, se dividía en habitaciones para hombres y mujeres y se encontraban conectados por el patio y el comedor.* (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21)

Lo descrito en la viñeta anterior muestra a grandes rasgos una modalidad de organización que se vio alterada por la aparición de algo desconocido, por aquello que se instaló con mucha fuerza y que no dio tiempo para la preparación. Movilizó las formas de trabajo modificando las reglas previas y, a su vez, las subjetividades de los trabajadores que se encontraban inmersos en esta extraordinaria situación a la que debían hacerle frente. El mismo autor propone el término *"fiel"* para hacer referencia a uno de los posicionamientos que, como sujetos o como institución, podemos optar ante un acontecimiento. Concepto que puede ser considerado para analizar el manejo del hospital en general, y de los profesionales en particular, debido a que implementaron nuevas formas de actuar, de abordar la urgencia y responder a sus respectivas consecuencias sin paralizarse. Este tema se retomará más adelante.

Define el autor:

> Fiel es aquel que deviene sujeto de transformación, aceptando las consecuencias del acontecimiento, organizando el tiempo y el cuerpo en el hacer, reagrupándose; ejerciendo un discernimiento activo sobre lo que llegó para conmocionar las leyes del mundo. Así, los resultados de los procedimientos encarnados por los sujetos fieles operan sobre el terreno del estado de la situación, modificándolo. (p.3)

8.2.1.1 Reorganizando el espacio de trabajo

Con la declaración de la pandemia mundial, el HNP ha tenido que reorganizarse en función del contexto. Si bien la institución se caracteriza por trabajar la urgencia, hubo una generalización de la misma, es decir, no solo se trataba de la urgencia que traían los usuarios que asistían, sino también la de los profesionales que tenían que brindar respuestas inmediatas.

Retomando las ideas de Badiou (2005), cuando un acontecimiento acaece, moviliza los elementos de su sitio, en ello reside su potencial transformador. Siguiendo esta perspectiva, el hospital, con el surgimiento del virus, pasó a estar regulado por los protocolos sanitarios. La circulación dentro del hospital tenía que reducirse, lo que trajo como consecuencia el cierre, por un tiempo, de los consultorios externos, entre otras áreas del servicio que se exponen en la recuperación del proceso vivido. Esto último produjo que las demandas por guardia se vieran incrementadas. Así surge un nuevo tiempo dentro del hospital, caracterizado por un estado de urgencia constante. Fueron cambios muy abruptos que impactaron directamente en la dinámica que se manejaba anteriormente. Lo inusual se instaló. Surgen nuevas medidas que exigieron un cumplimiento inmediato, resolver y responder al mismo tiempo, sin dar lugar a un proceso de asimilación de todo lo que ocurría. El entorno laboral se tornó incierto, la presión y la amenaza del virus circulaban entre los trabajadores. Para analizar este tiempo de urgencia se recuperan los aportes de Inés Sotelo (2020) quien afirma que la propia vivencia de riesgo inminente, en este caso, la del virus, pone a los sujetos en urgencia, estado que se puede traducir en términos de síntomas como ansiedad, miedo e incertidumbre, se vive “como la pérdida de la homeostasis con la que la vida transcurría” (p. 5).

El hospital nunca dejó de brindar respuestas. Se fue adaptando a las distintas disposiciones del ministerio de salud. Se cerraron todas las actividades grupales como los talleres, hubo modificaciones en cuanto a la distribución del internado, es decir, que se habilitaron sectores en el mismo que permitían alojar a quienes ingresaban con un test positivo de covid y también quienes daban negativo. Al mismo tiempo se redujeron las camas. Se digitalizaron las historias clínicas, lo que implicó aprender el uso de un nuevo recurso. Por otro lado, se implementó la asistencia virtual

en la medida de lo posible, debido a la ausencia de recursos materiales. Hubo cambios en relación a la vestimenta del personal de salud debido al uso de ambos y de los elementos de bioseguridad como escafandras y barbijos. Respecto a esto, una de las entrevistadas menciona: *"si hay algo que diferenciaba a salud mental era la no utilización de uniformes, y nos tuvimos que adaptar".* (T.S. 29/09/21) En este punto, los entrevistados hacen referencia a la dificultad e incomodidad que implicó el uso de estos equipamientos en la atención presencial al verse limitada la escucha clara del discurso del otro. Una de las licenciadas comenta:

> *Era todo muy engorroso, muy incómodo, y dificultaba una herramienta por excelencia nuestra que es la escucha. Era muy difícil escuchar al paciente y hasta escucharnos entre nosotros. Realmente había que poner muchísimo esfuerzo y eso generaba una sobrecarga, una tensión anexa al ver cómo ayudar sin contagiarte (...) esto dificultaba el encuentro con el paciente, y yo lo viví como una sobrecarga y tensión más al trabajo en urgencia en sí.* (Lic. equipo 2 de guardia)

Durante el año 2021 se dejaron de utilizar algunas de las medidas implementadas al inicio de este acontecimiento. Una de ellas fue el sistema de triage que se encargaba de controlar los signos vitales de quienes ingresaban a la institución. De la misma manera, la modalidad de trabajo en espejo, en donde los profesionales de cada equipo de guardia se dividían en dos grupos para trabajar por separado durante 15 días. El objetivo principal era reducir la cantidad de gente dentro del hospital y resguardar al personal de salud. De esta manera, los profesionales pasaban 15 días sin ver a sus propios pacientes, quienes quedaban a cargo del equipo que asistía de forma presencial. Además, esta modalidad implicó un exceso de trabajo como consecuencia de la reducción del personal en el hospital durante ese período. Otros de los elementos de bioseguridad mencionados anteriormente también se dejaron de utilizar, su implementación quedó a criterio de cada uno, no así el uso de barbijos que siguió siendo obligatorio.

8.2.1.2 Demandas en tiempos de coronavirus

A partir de la recolección de diferentes relatos y en lo que respecta al análisis de las demandas en pandemia, los profesionales no sólo mencionan el cierre de áreas específicas dentro de la institución como hechos que colaboraron al crecimiento de atención por guardia, sino también hacen alusión a las instituciones que dejaron de trabajar y aquellas que se mantuvieron sólo de forma virtual, lo que trajo como consecuencia que todo se concentrara en el Neuropsiquiátrico al no poder realizar derivaciones. En este sentido, se recuperan las palabras de una de las psicólogas entrevistadas *"para la urgencia estaba el neuro y nada más, pero bueno, esa ya es otra discusión"*. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

El comentario de la entrevistada posibilitó indagar acerca de los alcances que tiene la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 y la Ley Provincial Nº 9.848 en general y más específicamente en un contexto atravesado por una pandemia. Al respecto, esta nueva realidad que se instaló de forma repentina puso en evidencia las falencias respecto a la implementación de las leyes que debieran garantizar la atención en salud mental. Si nos posicionamos desde esta perspectiva entendemos que dichas normativas tienen como objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas junto con el goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental o subjetivo dentro del territorio nacional. Ponen énfasis en la promoción de dispositivos adecuados bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. En relación a esto, uno de los entrevistados señala:

> *Desde antes de las leyes y después de las leyes sigue habiendo mucha limitación en la creación de estos dispositivos alternativos, lo cual lleva a una situación difícil, dado que se supone este hospital debe transformarse o quizás desaparecer, y al mismo tiempo no están presentes, al menos en la medida de lo necesario esos dispositivos alternativos que sustituyan o reemplacen el trabajo que se hace habitualmente aquí*. (Jefe del Departamento de Psicología, 09/06/21)

Lo anterior pone en evidencia la sobre exigencia respecto del trabajo que se debe realizar dentro del hospital al no contar con los dispositivos alternativos necesarios. Esto no solo trajo consigo un desgaste laboral importante, sino también la renuncia de algunos profesionales junto con la realización (en el mes de septiembre del 2021) de un paro y "abrazo solidario", como lo llamaron, al encontrarse en una situación crítica por la falta de personal y el aumento de la demanda por el incremento de padecimientos psíquicos en este momento particular.

El art. 7 de la Ley Provincial Nº 9.848 establece la promoción de convenios con municipios y comunas de la Provincia de Córdoba, con el propósito de garantizar la descentralización de los servicios de salud mental e integrar los mismos a los sistemas locales de salud. Y su correlativo, el art. 14 señala el aporte de recursos para el sistema y servicios de salud mental que debe realizar el Estado Provincial para alcanzar progresivamente instituciones, servicios y dispositivos alternativos, tales como hospitales de día, casas de medio camino, residencias compartidas y protegidas, talleres artísticos-culturales, programas de reinserción familiar y comunitaria y acompañamiento terapéutico. Aquí conviene retomar algunas reflexiones realizadas por el equipo de atención de salud mental: "*Hay una sola casa de medio camino, no tenes donde derivar pacientes. Hay un vacío (...)"* (T.S. 01/10/21).

Para profundizar lo anterior, un informe de la OMS (2021) pone de relieve el déficit mundial respecto a la inversión en salud mental. Establece que la última edición del Atlas es un indicio de que la mayor atención prestada a la salud mental en los últimos años, aún no se ha traducido en una ampliación de los servicios de atención de calidad que se ajuste a las necesidades. A pesar de la evidente y creciente necesidad de servicios de salud mental, la cual se ha agudizado aún más durante la pandemia, no hay inversiones al respecto. En palabras del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director de la Organización Mundial de la Salud: "Debemos atender esta llamada de atención y actuar al respecto acelerando drásticamente el aumento de la inversión en salud mental, porque no hay salud sin salud mental." Por su parte, el artículo Salud Mental, Pandemia y Políticas Públicas (2021) establece que, en este contexto, las políticas públicas referidas a la salud mental se han visto envueltas en numerosas dificultades. Quedaron al descubierto las falencias preexistentes en los sistemas de atención primaria y, por otro lado, ha sido llamativa en muchos países, la escasa participación en el debate político de temas referidos a la salud mental. Está claro que la situación de pandemia ha puesto de manifiesto esta realidad sin velos, una ¿realidad existente hace años?

A partir de esta experiencia pude vislumbrar una falta de compromiso del gobierno provincial, no solo por las brechas respecto a la disponibilidad de recursos y los presupuestos destinados a los profesionales, sino también respecto a la transformación del servicio. Sin pretender agotar el análisis que la aplicación de la LSM se merece, está claro que no existe una conexión directa entre la sanción de una legislación y su respectiva aplicación.

Ahora surgen otros interrogantes: *¿en qué plano quedó el cierre o el proceso de reconvertir los Hospitales Monovalentes?*; este contexto *¿debió acelerar esta transformación?* Sobre el punto cabe resaltar que el año en el que irrumpe este virus alterando las coordenadas del tiempo y espacio, coincide con la fecha límite que establece la ley de salud mental para reconstruir las instituciones monovalentes fortaleciendo un modelo comunitario. Sin embargo, el HNP no solo siguió trabajando, sino que además se encontró colapsado en lo que lleva esta pandemia. Para profundizar sobre lo descrito, recupero los aportes del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones (2020) donde explicitan que, en la Provincia de Córdoba durante la pandemia, se limitó la atención de salud mental en hospitales generales, se cerraron algunos de los escasos dispositivos de atención comunitaria y efectivamente se sostuvo la atención solo en guardias e internados de hospitales monovalentes. Nos encontramos ante una coexistencia de paradigmas debido a que una transformación completa debe venir acompañada de políticas de salud mental que no se aplican. En concordancia, una entrevistada subraya:

> *Las políticas sanitarias tienen una interpretación de la ley de salud mental muy acotada, donde se paran únicamente en un que el monovalente no debe existir o que no se deben crear nuevos monovalentes, pero todo lo demás no se genera, y te lo digo yo que hace 10 años que trabajo con dispositivos de externación (...) quienes nos hacemos cargo de esos lugares, que son autogestionados, no tenemos el apoyo de la secretaría de salud mental y somos bastantes perseguidos.* (T.S. 06/10/21)

El cese, por ejemplo, del área de rehabilitación, no estuvo acompañado de alternativas de contención o atención; (las actividades que se realizaban dentro de ésta área -considerada fundamental- se sostenían con voluntarios, con profesionales no pagos debido a las faltas del Estado). Todos los talleres artísticos dentro de este tipo de instituciones deben funcionar como soporte, como espacio de expresión y protección. La LNSM introduce el lugar del arte, de lo

cultural y recreativo como herramienta posibilitadora del lazo social, es decir, acompaña al sujeto en la construcción de recursos simbólicos necesarios para lograr restablecer los vínculos. Se puede considerar, entonces, que incluye éstas prácticas artísticas como dispositivos fundamentales en la promoción de salud en relación a la inclusión social. Sin embargo, los lineamientos dentro del hospital priorizaron su suspensión completa. En este punto, algunos profesionales ante la dirección, insistieron en retomar algunos talleres en el área proponiendo incluir grupos reducidos de 3 o 4 personas con el fin de realizar algunas actividades con los usuarios. Las propuestas alternativas de atención se reiteraron en varias oportunidades, pero no se consiguieron. Una de las psicólogas encargadas de este pedido afirma: *"por más que nos digan que estos espacios no se pueden retomar por una cuestión sanitaria debido al covid, tengo mis dudas al respecto."* (Licenciada A. 15/07/21). Esto muestra como la solución a las demandas en salud mental -en mayor medida- se dieron bajo los modelos que desde hace años se intentan abandonar. Los tratamientos, en lo que respecta al primer año de pandemia, se redujeron a la intervención médico psiquiátrica suspendiendo los abordajes psicosociales y grupales. En relación con lo anterior, la misma entrevistada afirma: *"lo poco que había de interdisciplina se fue perdiendo"*.

8.2.2 TRANSFORMANDO LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL

En el presente apartado se intentará analizar cómo se fueron adaptando y modificando las formas de intervenir en salud mental. Se destacarán los nuevos desafíos para el personal, la urgencia de ir aprendiendo sobre la marcha y la invención creativa.

8.2.2.1 Trabajo virtual y salud pública

Con las medidas de ASPO, el hospital ha tenido que implementar una alternativa de atención para aquellos usuarios que no ingresaban por guardia pero que requerían de un tratamiento y seguimiento puntual. Como en la mayor parte del país y del mundo, el trabajo virtual se puso en primer plano, pasó a ser la modalidad más utilizada. En relación a esto y con acertado criterio el Dr. en sociología Pierre Lévy (1999) señala que lo virtual tiene que ver con la potencia, con el conjunto de fuerzas que acompaña a un acontecimiento o cualquier situación que reclame un proceso de resolución. De allí que el coronavirus hizo aparecer una posibilidad de trabajo que era, en algunos casos, invisible o incluso impensable. Con relación al tema en cuestión, Robles y Satos (2020) exponen: "esta realidad nos invitó a ensayar recursos digitales poco utilizados hasta el momento, como forma de compensar lo que no podemos hacer presencialmente". (p.99) En la misma línea, se recuperan los aportes del psicoanalista Ricardo Carlino (2010) quien entiende al psicoanálisis como un cuerpo de doctrina abierto a ser repensado cuando una luz ilumina una nueva realidad, lo que implica pensar cada tratamiento "en situación". (p.24) Señala el proceso de ir pensando y descubriendo sus posibilidades de aplicación en cada momento y lugar histórico. A partir de estos cambios contextuales, entiende que todo encuadre de trabajo se ve modificado, específicamente cuando la atención es a distancia:

> En cuanto al aspecto material del encuadre, sucede algo bastante novedoso y diferente. Cada uno de la dupla, en forma simétrica, debe aportar a la instalación y el cuidado del aparato tecnológico, y también pagar el costo de la línea que los comunica. (p. 32)

Se observa que, naturalmente, la precondición básica para pensar este tipo de abordajes es contar con el acceso a los recursos tecnológicos y el conocimiento necesario para su implementación.

El empleo de la atención virtual significó para el personal ir aprendiendo sobre la marcha y abordar la clínica de formas distintas. Se articuló la llamada por teléfono como nuevo formato de comunicación con los pacientes y con familiares de las personas que se encontraban internadas -puesto que las visitas estaban suspendidas-. Algunos profesionales nunca antes habían trabajado de forma virtual, lo que implicó un esfuerzo de adaptación, por un lado, y un extra de creatividad

para pensar el encuadre de tratamiento a partir de las condiciones en las que se encontraba cada paciente. Sobre este punto resulta importante señalar que el personal debía utilizar sus propios medios para realizar las llamadas y videollamadas. Sin embargo, algunos de estos tratamientos se vieron afectados ¿por qué motivo? Para responder esta pregunta adjunto un fragmento de una de las entrevistas realizadas:

> *Todo el mundo piensa que, desde que comenzó la pandemia, los psicólogos del Hospital empezamos a trabajar con videollamadas y esto no es así, nosotros trabajamos con una población que es pobre, que no tiene recursos, que no tiene acceso y nosotros como profesionales de la salud tampoco tenemos dentro del hospital esos dispositivos. Contamos con un solo teléfono que está bajo llave ¿de dónde vamos a hacer las videollamadas?* (Licenciada A. 15/07/21)

Continúa: *"La protocolización impactó mucho, y uno de los resultados fue la despersonalización de los tratamientos a raíz de la suspensión de consultorio externo, dispositivo que fue sustituido por la atención virtual, en algunos casos."*

Lo comentado por la licenciada posibilita recuperar uno de los escritos publicado en la Revista de Cultura Digital y Movimientos Sociales (2021) acerca de cómo la pandemia ha puesto de manifiesto la existencia de *"brechas digitales"* (p.98), entendida como la desigualdad existente entre las personas que pueden tener acceso o conocimiento a la tecnología y quiénes no. Estas barreras vienen condicionadas por las mismas variables socioeconómicas, por lo que la exclusión en el acceso a estos recursos agranda las desigualdades sociales. Acá reside una de las principales dificultades que tuvo el personal del HNP para enfrentar la atención clínica en estos tiempos; *"hay que trabajar con la escasez."* (T.S. 28/09/21) Siguiendo esta línea, los profesionales acuerdan en que, si bien la atención virtual tiene sus ventajas y muchas veces facilita el trabajo para algunos, no siempre es la mejor opción. Plantean que el dispositivo de salud es el que se tiene que adaptar a las características del caso por caso y no al revés. La pandemia nos atraviesa a todos, impone una amenaza y desvalimiento en cada uno de nosotros, pero las condiciones en las que nos encuentra son desiguales. Este es un ítem fundamental a tener en cuenta en la práctica, es allí, siguiendo la perspectiva de una de las licenciadas, donde hay que repensar la clínica y no generalizar una misma respuesta creyendo que es la solución a los problemas de todos. Al respecto señala: *"es*

fundamental considerar a la persona desde su singularidad y complejidad. Ahora más que nunca hay que revisar las intervenciones que se realizan y cómo se realizan, se tienen que adaptar a la persona". (Licenciada A. 15/07/21) Finalmente, cabe destacar, que -si bien se incorporaron algunas herramientas y materiales para afrontar la realidad- al ser un fenómeno que irrumpió de forma tan inesperada, no posibilitó un tiempo para poder suministrar elementos ni mucho menos especializarse en el tema.

8.2.2.2 Sobre los retos en la práctica

"La situación actual implica un desafío múltiple, demanda el desarrollo de actitudes superadoras, un pensamiento estratégico activo" (Pedernera,2021,p.7)

Ante los obstáculos contextuales, los profesionales de la institución desplegaron ciertas estrategias alternativas desde su rol, lo que habla de cierta flexibilidad a la hora de abordar las demandas. Éstas prácticas, que no solo se encuentran atravesadas por lo singular del virus y su protocolización, sino también por las limitaciones del sistema de salud público, exigieron nuevas estrategias de afrontamiento por parte de los profesionales caracterizadas por el trabajo en equipo y el pensamiento creativo. Al respecto, Robles y Satos (2020), plantean que el contexto actual nos convoca a no aferrarnos a una sola posibilidad o esquema, sino que, podamos inclinarnos a trabajar en situación rescatando lo que cada situación tiene para entregarnos. Se trata de actuar e intervenir al mismo tiempo en el que se va aprendiendo algo nuevo, "como un hacer que se pone en práctica en el contexto de un no saber todo". (Parisi, 2020. p.2)

Como comenta el equipo, el trabajo en salud mental atravesado por una pandemia requiere de una mayor flexibilidad y una doble organización para brindar respuestas. Los profesionales comenzaron a realizar tareas nuevas dentro de su labor. Al estar suspendidas las visitas en el internado, se coordinaban los encuentros con los familiares, algo que en años anteriores se hacía sin cita previa. Tenían que mediar entre ambos, desde contarles la evolución hasta transmitirles la lista de cosas materiales que necesita el paciente. Por otro lado, también se resalta un quántum que no puede ser pasado por alto relacionado a las características de un sector de la población que asiste a la institución y que influye al momento de pensar la intervención. La mayoría no cuenta con obra social, los vínculos familiares, sociales y comunitarios también son escasos, no hay una red por fuera que contribuya. Una trabajadora social lo describe de la siguiente manera:

> *No es como trabajar en el ámbito privado, que vos por ahí decís bueno, llamas al familiar o le pedís a la obra social que le cubra tal prestación. Acá por lo general trabajamos con la nada misma, no hay nada afuera que colabore, no hay recursos estatales, no hay programas, o los que hay excluyen bastante a las patologías psiquiátricas.* (T.S. 28/09/21)

Por otro lado, la repercusión del virus estuvo acompañada de cambios a nivel institucional que no están relacionados exclusivamente al contexto mundial pero que influyó en el personal. Se trata de un cambio en la dirección del hospital, suceso que movilizó y, por lo tanto, exigió otra adaptación paralela. En tal sentido, René Kaës (1989) establece que una institución hospitalaria, preexiste y cuenta con una historia previa cuando un nuevo miembro o colectivo se incorpora a ella, inscribiendo en sus discursos y en sus vínculos y requiriendo para su plena pertenencia de un esfuerzo de adaptabilidad tanto por parte del que llega como del que ya estaba ahí. En la misma línea, señala que, en dicha inscripción, pueden aparecer aspectos beneficiosos y otros que no lo son tanto.

> *A nivel institucional pasaron muchas cosas, nosotros cuando empezó la pandemia, hacía muy poquito que había cambiado la dirección del Hospital, entonces había que adaptarse a una nueva dirección y a sus nuevas políticas (...) Entonces fueron como muchas cosas. (...) se generó mucho miedo e incertidumbre* (T.S. 28/09/21).

> *La verdad que el contexto institucional no ayudó mucho, justo cambia la dirección, pandemia, mucho malestar en los profesionales, en todos, porque esta nueva dirección tiene otra forma de trabajo y bueno. Eso también genera un desgaste en los profesionales,*

> *yo creo que hoy todos los profesionales tienen una cuestión con el malestar institucional, porque es lo que nos está atravesando. Hay que tratar de llevarlo lo mejor posible.* (T.S. 01/10/21)

> *Se tomaron muchas decisiones que no tienen fundamento (...) entonces sí, hay un descontento grande y ha habido muchas renuncias de compañeros (...) por mucho malestar.* (T.S. 06/10/21)

En correspondencia, una de las licenciadas explica que, aún así, siempre trabajaron con lo que está al alcance: "*desde una posición ética afrontamos esta realidad, posición que siempre tuvimos y que no es desconocida para nosotros."* (Licenciada A. 15/07/21) El personal siguió atendiendo en todo momento, los pacientes nunca se fueron sin respuestas. El objetivo estaba puesto en evitar todo tipo de daño mayor, tanto de las personas que se internaban, como de aquellos que recibían atención telefónica. En cada acción que se realizó, se buscaba una alternativa de acompañamiento y atención lo más adecuada posible al paciente. Esto se ve reflejado en algunas frases tomadas de las entrevistas realizadas:

> *(...) había que pensar cómo, a ver ya de por si la internación es muy movilizadora, el covid, la pandemia y todo, entonces intentamos que todo sea más ameno posible para el paciente, en este seguimiento, en el acompañamiento, en la internación, darle una continuidad.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

> *(...) nunca se fue un paciente sin ser atendido, se trataba de dar la mejor respuesta posible* (Lic. equipo 2 de guardia 29/09/21)

Cuando los profesionales comentan sobre sus intervenciones, se vuelve recurrente en sus discursos la noción de encuadre y cómo éste se fue modificando, marcando cierta diferencia con aquel utilizado clásicamente antes de la llegada de la pandemia. Esto trajo consigo cierto grado de incertidumbre al verse interrumpida la cotidianidad de los modos de intervenir. En palabras de una entrevistada: *"tuvimos que repensar todo, todo era nuevo."* (Lic. equipo 2 de guardia)

La dinámica de ir aprendiendo junto con el virus compete tanto al personal de salud mental como a los usuarios. En algunos casos se implementó la videollamada y en otros simplemente una llamada por teléfono. Esta forma de trabajo dependía de cada paciente en particular, lo que implicó pensar en un tratamiento en éstas condiciones. Para profundizar sobre la postura que sostuvo cada profesional al tener que reinventar sus estrategias dentro de la práctica, ajustándolas al carácter de

los casos y situaciones que se iban presentando, conviene recuperar los aportes de Winnicott (1971) quien, en términos psicoanalíticos, define a la creatividad como una actitud de la persona ante la realidad exterior (p.93) Sostiene que todo lo que se produce es creativo, salvo en la medida en que un individuo esté enfermo o se encuentre frenado por factores ambientales que ahogan sus procesos creadores. De esta manera, acerca el concepto de creatividad a una forma de vivir, a la condición de estar vivo. Refiere a una capacidad universal y necesaria perteneciente a la experiencia infantil, en donde el juego en el niño es una actividad que le posibilita vivir la realidad exterior de manera creadora y no un vivir de sometimiento. Así mismo, sostiene que toda terapia se despliega en la superposición de la zona de juego del terapeuta y del paciente (p.80) e indica que, si el paciente no sabe jugar, le toca al terapeuta hacer algo para que pueda lograrlo, debido a que resulta esencial que se muestre creador. Ahora bien, Winnicott también indica que, si el psicoanalista no sabe jugar, no está capacitado para su tarea y toma una posición de sumisión a la teoría, dando respuestas de acatamiento, sin poder actuar según el encuentro con cada paciente.

Estas ideas permiten pensar el lugar que ocupa la creatividad en las intervenciones que se llevaron a cabo dentro del hospital en torno a una disposición lúdica y un hacer creador que posibilitó la reinvención de los abordajes que fueron adaptados a la época y a la singularidad de cada caso. Ésta creatividad en tanto hacer creador tiene lugar en un entorno determinado, siempre es con otro en un terreno compartido, en este caso, entre los profesionales y los usuarios de la institución. Puede ser propiciada, promovida, facilitada o inhibida hasta el intento de ser destruida por parte del ambiente en el que nos desenvolvemos, aunque nunca se destruye completamente. Sin embargo, podríamos decir que, en este caso, se vislumbra la gran cuota de creatividad requerida y proporcionada en estos tiempos como herramienta fundamental para sostener la práctica.

El personal debía asegurarse de que los pacientes tuvieran acceso a algún dispositivo y coordinar horarios, aunque no ocurrió en todos los casos por la escasez de recursos. Señala una de las licenciadas: *"había que negociar horarios, que el paciente tenga conectividad, se trataba de cómo pensar los tratamientos y cómo armar un encuadre terapéutico por teléfono."* (Licenciada equipo 2 de guardia. 30/06/21) Otra licenciada sostiene:

> *Toda la dinámica del trabajo virtual, tener que ser creativo y adaptar la forma de trabajo a lo que era la urgencia de la situación en el momento, brindar una buena atención a su vez, porque no por eso vas a desmerecer la atención. Empezar a verse desde un lugar de psicoeducación, porque tenes que explicarle al paciente; por ejemplo, no hacías consultorio externo, pero algún tipo de seguimiento haces, y era virtual, entonces explicarle al paciente como se hace videollamada, donde se tiene que poner, como tiene que hacer. Lo que hace al encuadre terapéutico, llevarlo a un plano virtual. Entonces eso también implicó que todos nos tuviéramos que poner a pensar en conjunto cómo se hace, porque también uno tiene que responder desde una cuestión ética, así que me parece que tuvo que ver con poder ser creativos*. (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

En la misma línea: *"Es un trabajo artesanal, donde se arman las piezas sueltas a partir de lo que uno va escuchando. Se trata de hacer con lo mínimo y tener en cuenta qué significa cada cosa para cada paciente."* (Licenciada A. 02/08/21) Lo mencionado, condice con los aportes de Campanals Pereda (2015) cuando establece que no hay sino caso por caso y sesión por sesión. Los profesionales describen su trabajo como artesanal, y para el autor en toda artesanía hay una dimensión real que impide producir dos objetos idénticos. Los encuadres de trabajo se fueron construyendo a la medida, como producciones artesanales opuestas a una producción en masa, como un modelo o prototipo único. Al respecto, Waisbrot (2002) hace referencia a la complejidad creciente a la que se enfrenta todo analista, situado ante una amplia gama de posibilidades de intervención. Es por ello que establece -citando a Puget (1992)- que no existe un encuadre único que permita acceder a la totalidad del psiquismo y por lo tanto "habrá que tolerar que toda indicación recorta un campo y delimita posibles e imposibles" (p.78). Es allí donde señala que, cada vez, habrá que situar una operatoria clínica pertinente, en donde cada encuentro con algo nuevo supone un giro, un movimiento de resolución. Lo anterior, inevitablemente producirá una transformación puesto que no se puede seguir siendo el mismo analista cada vez que se transita por situaciones de la práctica que interroguen el saber. Uno de los modos de resolución puede llevar al analista a un movimiento de oclusión, que le permitirá no tener que pensar en lo que permanece y lo que cambia, movimiento que reforzará la tendencia dogmatizante, oclusiva de todo cambio. De forma contraria, el analista puede producir su propio proceso de metabolización y desalienación de sus maestros y de las teorías que defiende: "solo este trabajo de metabolización, historización, descomposición y recomposición podrá tender a resolver la paradoja de la alienación dogmática en la que se funda" (p.80). Por lo tanto, siguiendo al autor, el analista adviene solamente por y en ese movimiento dialéctico de giros y encrucijadas sin fin, donde su posición y función circulan por un

borde amenazante. Finalmente, señala que -sin abandonar el enfoque teórico-clínico del que dispone- el analista no debe renunciar al propio espacio de pensamiento, dado que, no se es analista por la pura adherencia alienante (repetición dogmática de una teoría) y tampoco por el puro empirismo clínico que desoye el esfuerzo de las generaciones precedentes, sino que supone un arduo trabajo de metabolización, de historización.

Finalmente, para comprender los modos de accionar e intervenir explicitados hasta aquí, introduzco la noción de "cuidado" desarrollado por Najmanovich (2019) en su seminario "Cuidadanía: hacia una ecología de los saberes y cuidados". Allí, la autora define el concepto cuidar como promotor de una ética del cuidado, como un modo de relación con uno mismo y con el otro, al que denomina "cuidadanía". El cuidado al que se refiere toma diferentes acepciones: ayudar, pensar, aprehender y construir colectivamente. Éstas intervenciones, entonces, ejemplifican lo que ella caracteriza como la ecología de los cuidados: ésta implica un encuentro en el aquí y en el ahora con otro que siempre sorprende, con el que se establece -sin presuponer- un trayecto desde la propia disponibilidad. Podríamos pensar, en éste caso, en intervenciones desde el cuidado; flexibles y adaptadas, caracterizadas por el compromiso, asistencia, responsabilidad, disponibilidad y dedicación.

Para habitar una experiencia del cuidado, siguiendo a la autora, como profesionales hay que ser indisciplinados, no en el sentido de despreciar lo que aprendimos, sino con no quedarnos solo con esos mandatos; porque juntamente cuidar es seguir aprendiendo constantemente. Aquí reside la invención en las intervenciones del equipo de salud mental: habitar lo desconocido desde la ética de estar disponibles.

8.2.3 LA SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR DE LA SALUD MENTAL

Analizar las dimensiones subjetivas y la posible producción de sufrimiento psíquico de este fenómeno mientras sucede no admite certezas, sino hipótesis y preguntas. (Stolkiner.A)

En la presente categoría pretendo analizar las implicancias subjetivas de los profesionales, traducidas -por los propios protagonistas- como malestares diversos dentro de sus prácticas asistenciales caracterizadas por la urgencia constante.

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) publicó una serie de recomendaciones para las instituciones monovalentes en este contexto. Específicamente la recomendación número 11 señala la importancia del cuidado de los cuidadores. Menciona en primera instancia que este momento excepcional atraviesa a todas las personas y particularmente al personal de salud, en tanto los coloca en una exposición superior, lo que implica un exceso de angustia y malestar con el que deben lidiar además de las dificultades y precariedades existentes e incrementadas dentro del hospital. Por esto mismo, establece que el cuidado de los trabajadores debe implicar espacios en los que éstos puedan socializar y tramitar colectivamente los síntomas generados tanto por su labor como por la modificación de sus condiciones de vida personal. Al respecto y con el objetivo de conocer el alcance de lo anteriormente descrito, una de las entrevistadas comenta:

> *Estas recomendaciones no eran para hospitales generales sino hospitales psiquiátricos, porque justamente tomaba esto, tratar de flexibilizar los horarios, tratar de que para nosotros sea más fácil, recordando que cada uno tiene su familia, que se ve atravesado por el estrés y el temor de llevar el virus a su casa. Y nosotros hacíamos la analogía de qué había pasado acá, como que pasó al revés, se le exigía más al profesional y si bien se armaron espejos y veníamos 15 días si y 15 días no, parecía que trabajabas la mitad del mes entonces tenías que estar conforme, pero cuando volvías se te exigía el doble (...), entonces era como una cosa terrible, además de lo que se vivía afuera, se le suma lo de adentro del hospital, fue muy duro.* (T.S. 28/09/21)

8.2.3.1 Malestares superpuestos

Como punto de partida, expongo viñetas de dos entrevistas realizadas a psicólogas del HNP:

> *El trabajar en un contexto sanitario caracterizado por una pandemia, exige un trabajo de constante urgencia (...) trabajar en estas condiciones implica un estado de alerta constante. No sabes con que te vas a enfrentar, no sabes qué puede pasar, y nosotros como profesionales no nos encontramos por fuera de este virus, no somos inmunes y también sufrimos consecuencias de la incertidumbre. Estamos atravesados por lo mismo que el paciente, entonces fue difícil sostener todo en estas circunstancias.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

> *A ver, la pandemia nos atravesó a todos Cami, pero esa es mi lectura ¿sí? (...) antes que nada, todos somos seres humanos, nos vinculamos con otros, tenemos problemas, tenemos alegrías, nos enfermamos, nos curamos, nos morimos, ¿entendes? (...) Y dejando de lado que a los profesionales nos pasan cosas por fuera del hospital. Todo esto mucho no se tuvo en cuenta* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

Como se puede observar en los relatos, la pandemia no solo impactó en la organización y distribución del hospital, sino también, en la singularidad de cada trabajador. Hay un punto en común y es que tanto el personal sanitario como los pacientes, se encuentran atravesados por el mismo contexto. Esto me lleva a recuperar el concepto de *"mundos superpuestos"* desarrollado por Puget y Wender (1982) entendiéndolo como el modo en que un suceso del mundo implica y atraviesa tanto al paciente como al analista -en este caso, se trata de la amenaza de la enfermedad y eventualmente de la muerte-. Tal vez allí reside lo novedoso de este virus, en algún punto nos igualó. La realidad externa de los mundos superpuestos dificulta todo campo analítico, pueden alterar el encuadre y producir distorsiones en la escucha. Por lo anterior, los entrevistados señalan que esto implicó un esfuerzo para poder manejar la propia incertidumbre y no transmitírsela al paciente, no contaminar el espacio de trabajo con lo propio de uno. Continuando con la perspectiva del acontecimiento, lo no planificado que irrumpe nos coloca en un lugar incómodo donde carecemos de certezas, desarticula lo que venía siendo, implica encontrarnos con algo que no estaba previamente representado. Lo que irrumpe no se caracteriza por su duración sino por los efectos o sentidos que generan, por ello, a modo de testimonio de lo acontecido se distinguen algunas reflexiones:

"Nos tocó atravesar algo que para todos nosotros es nuevo, y como todo lo nuevo, generó miedo, incertidumbre, angustia. Creo que no saber qué va a pasar es lo que más angustia" (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

"Cortar clavo cada vez que volvía a mi casa, porque no sabía si me había contagiado, por ejemplo, eso genera estrés, o ansiedad más que estrés". (Lic. equipo 2 de guardia. 20/09/21)

Si bien el psicoanálisis ubica los malestares como inherentes a lo humano, siendo necesarios para poder formar parte de la cultura, hoy atravesamos, si se quiere, una época marcada por un *malestar sobrante* (Bleichmar, 1997). Tal concepto muestra cómo diversas circunstancias sociales pueden implicar un malestar que va más allá de las renuncias pulsionales que toda vida social impone, descritas por Freud (1930) en "El Malestar de la Cultura". En tal sentido, Bleichmar refiere:

> El malestar sobrante está dado (...) por el hecho de que la profunda mutación histórica sufrida en los últimos años deja a cada sujeto despojado de un proyecto trascendente que posibilite, de algún modo, avizorar modos de disminución del malestar reinante. (Bleichmar, 1997)

El malestar sobrante, siguiendo a la autora, está dado por circunstancias sobreagregadas que llevan a la resignación de aspectos sustanciales del ser mismo. La pandemia impuso cambios inesperados y un exceso de malestar por no saber qué podría ocurrir, lo que causó que muchos quedaran privados de proyectos trascendentes. En algún punto, lo que lleva a los seres humanos a soportar la prima de malestar que cada época impone, es la garantía futura de que algún día cesará ese malestar y así la felicidad será alcanzada. Pero ¿qué ocurre cuando la incertidumbre se antepone como horizonte? Lo que describe el personal sanitario del hospital podría estar relacionado con el verse forzados a estructurar este malestar para poder adaptarse día a día, como una cuestión que tiene que ver con "sobrevivir" reinventándose más que pensar en un futuro. Al decir una de las entrevistadas: *"Es vivir el aquí y el ahora porque no podemos programar ni proyectar nada"* (T.S. 06/10/21)

Para continuar analizando lo acontecido como productor de un “sobremalestar” en los profesionales tomo la definición de *experiencia* de Benyakar (2005), quien utiliza el verbo vivenciar (diferenciándolo del sustantivo vivencia que se circunscribe a un tiempo y una situación fáctica determinada, es siempre un evento singular) para abordar su relación con la conformación de experiencias. Para el autor, el vivenciar refiere al carácter permanente de una actividad constructiva; pero no se trata sólo de resaltar que la construcción de toda experiencia es procesalmente activa, sino de enfatizar en la idea de una red o trama vivencial que pone en relieve la continuidad de este proceso activo en el tiempo, articulando pasado, presente y futuro. Siguiendo sus ideas, el vivenciar consiste en un proceso continuo que comienza con el nacimiento y da lugar a la articulación de las vivencias entre sí; es una permanente transformación y retroalimentación de la vivencia. De esta manera, define a la experiencia como la articulación de un evento fáctico (mundo externo) con una vivencia (mundo interno/subjetivo).

Benyakar (2005) establece que, en toda experiencia, hay una conjugación de lo fáctico con lo subjetivo; “en la experiencia habrán de conjugarse afectos actuales, desencadenados por un evento, con otros que surgen de vivencias del pasado.” (p. 57) Afirma que en la experiencia se asume en una temporalidad paradójica, marcada tanto por el ahora de lo actual como por el antes de las vivencias del pasado, pero arraigado igualmente en el tiempo determinado de lo fáctico. Como mencioné anteriormente, los profesionales del HNP se encuentran atravesados por diversos malestares producto de la crisis epidemiológica. Sobre este punto cabe señalar que, aunque el evento sea el mismo, la singularidad de cada trabajador se refleja en sus discursos, con esto quiero decir que, el virus propiamente dicho presente en todo el mundo, produce efectos diversos en cada quién, de acuerdo a los propios entramados psíquicos y la propia historia personal. Por lo mismo, el autor sostiene que evaluar una experiencia sólo por la referencia del evento fáctico deja de lado el tinte específico que le otorga el componente vivencial, que, desde el pasado, influye en la temporalidad en juego.

> La conducta no puede leerse como mera relación a lo fáctico actual, sino que esa lectura debe enmarcarse en la perspectiva de la experiencia, es decir, la perspectiva de la conjunción de un evento con las vivencias que a causa de él emergen, las que habrán de determinar su particular colaboración subjetiva. (Benyakar 2005, p 59)

En consecuencia, éste acontecimiento ¿nos permite precipitarnos a hablar de trauma? Prosiguiendo con las ideas del autor, podemos pensar que en un sentido amplio y desde una perspectiva social, quizá sí, pero desde una óptica clínica *"las cosas se complican"* (p 62). No toda situación terrible o amenazante provoca una vivencia traumática Desde una posición psicoanalítica nos centramos en la especificidad de la vivencia de cada sujeto, de lo contrario, si a priori hablamos de trauma -sólo por considerar las características del evento- de algún modo, se impone la propia subjetividad, sin dar lugar a que la vivencia específica del otro sea lo que determine.

8.2.3.2 El cuidado de los que cuidan

Nociones como las de "contagio", "enfermedad", "pérdida", "muerte", circulaban en el colectivo social, y los trabajadores sanitarios no quedaron exentos de lo que esa representación significa, pues toda persona que necesitaba por algún motivo acercarse al hospital, se convertía en un posible paciente que traía consigo el virus. De por sí, la vida como era conocida ha cambiado de manera abrupta, por lo tanto, no sería raro, sino más bien esperable, encontrar algún tipo de repercusión a nivel psíquico. Precisamente, en quienes se encontraban comprometidos directamente con el abordaje de esta crisis sanitaria, se evidenció angustia, ansiedad y malestar frente a un panorama sin precedentes que repercutió en diversas áreas de la vida del personal de salud. Muzlera (2021) denomina estas respuestas como un estado de conmoción de las subjetividades:

> Mi idea al respecto es que no se trata de patología, aunque en ocasiones puedan después devenir en estados o cuadros patológicos. Propongo considerar que se trata de reacciones de los grupos y del psiquismo que tienen estrecha relación causal con esta situación que

> estamos viviendo. En este contexto de crisis pandémica, tiene un importante valor evitar psicopatologizaciones. (p. 312)

Al respecto, mi paso por la institución me lleva a preguntarme: ¿Quiénes cuidan a los que cuidan? Con el objetivo de profundizar sobre este interrogante, se desarrollan pequeñas categorías que pretenden dar cuenta de los aspectos más relevantes sobre el cuidado de los profesionales en lo que refiere al nivel institucional y directivo, así como también aquellos que refieren a lo personal e individual de quienes la conforman.

Del malestar al ¿desamparo?

Para introducir esta categoría y en lo que respecta al hospital como institución y su relación con el cuidado de los profesionales, una de las entrevistadas menciona: *"La dirección nueva que recién entraba no pudo defender ni posicionarse del lado de los trabajadores (...) dentro de la institución se confunde la transformación con el achique de personal y de recursos"* (Licenciada A. 15/07/21) Sobre este punto, resultan convenientes los aportes de Larbán Vera (2010) respecto a la importancia del cuidado de los profesionales dentro de las instituciones, entendiendo que éstos son la fuerza motriz, el principal dispositivo asistencial. Aquí vemos, siguiendo las ideas del autor, cómo el cuidado del profesional no solo es una exigencia ética para sí mismo, sino también para la institución, debido a que, en tanto organizaciones humanas, no son ajenas a la erosión y al desgaste. "Cuando ésto falla o se quiebra, la institución entra en crisis. De ahí la necesidad de proteger, cuidar y velar por la salud física, psíquica y social del sujeto-agente cuidador." (p.64)

Lo antedicho me permite incluir en este análisis el escrito sobre "Cuidar a los que cuidan" (Arón, A.M; Llanos, M.T. 2004) para enfatizar la importancia del autocuidado y cuidado de los equipos de salud. Por un lado, las autoras del mismo, describen al autocuidado como una responsabilidad personal de cada profesional y operador social. Por otro lado, establecen que también es fundamental incluir el nivel de cuidado de los equipos, siendo éste responsabilidad de los niveles directivos e institucionales, en términos de generar condiciones protectoras para el trabajo, de lo contrario, implicaría una sobrecarga adicional para los trabajadores. Siguiendo ésta

idea, que a su vez se articula contextualmente con la pandemia por Covid-19, Muzlera (2021) señala que:

> En la emergencia, los equipos de trabajo no disponen del tiempo ni de la emocionalidad necesarios para crear, pensar, debatir, poner en marcha y probar ciertos procedimientos. El rol ordenador-amparador de quienes coordinan (jefes de servicio, directores o quien asuman la función) es de suma importancia (...) Es el que ordena, ampara y disminuye las ansiedades que despierta la incertidumbre. (p. 310-311)

Con el fin de darle continuidad a los dichos de la entrevistada sobre la dirección del hospital, es conveniente mencionar los aportes de Benyakar (2005) sobre vivencia de desamparo y así reflexionar sobre el lugar que ocupó la institución en sí misma, respecto al cuidado del personal. Para introducir este concepto cabe mencionar, a priori, uno de los primeros trabajos de Freud denominado "Proyecto de psicología para neurólogos" (1895), donde postula la esencia de la relación de amparo del medio con el sujeto, especialmente en los primeros estadios del desarrollo del psiquismo. Se establece que, todo ser humano necesita para su desarrollo tanto biológico como psíquico el amparo del entorno, estableciéndose así un intercambio permanente entre las necesidades básicas del sujeto y el amparo del medio ante estas necesidades. Ahora bien, Benyakar (2005) señala -por consecuencia- que una vivencia de desamparo manifiesta una falla en el establecimiento del vínculo cometabolizador indispensable para elaborar exitosamente el encuentro con una situación disruptiva, empero "no siempre es la disfunción de las figuras protectoras la que causa una vivencia de desamparo" (p.120). Si bien el autor describe esta vivencia como parte de lo que denomina *complejo traumático* (proceso psíquico desencadenado por la irrupción de lo fáctico que afecta la articulación normal entre el mundo interno y el mundo externo) lo articula, asimismo, a las situaciones de la vida cotidiana y no solo a aquellas que, particularmente, desencadenaron una vivencia traumática. Destaca que el medio en el que un sujeto está inmerso siempre es complejo pero que comporta sectores significativos encargados de brindar alivio a las necesidades pulsionales y protección frente a las diferentes incomodidades y peligros. Por lo tanto, el encuentro exitoso con un otro coelaborador o cometabolizador produce una vivencia de amparo ante un acontecimiento que puede ser disruptivo, pero no necesariamente traumático.

Estos aportes, podrían explicar el sobremalestar -potenciado por sensaciones de desamparo y desvalimiento- presente en los discursos del personal sanitario, caracterizado por ellos mismos por el contexto epidemiológico mundial que se encontraría íntegramente relacionado con el contexto institucional particular y las respectivas determinaciones de la dirección. Esto podría suponer que, el personal de la institución, se encontró con respuestas por parte de los directivos que resultaron diferentes a las que ellos suponían. En este punto, Benyakar (2005) sostiene que ésto supone una secuela de desconfianza con ese Otro -sea una persona o institución- del que se esperaba "relación de amparo". (p.120)

Sobre este punto, cabe mencionar los aportes de Gemma Cánovas Sau (2008) en su escrito "El malestar institucional y su efecto en la subjetividad de los profesionales de la salud mental", donde establece que con frecuencia, los profesionales de la salud mental atraviesan a lo largo del recorrido profesional, experiencias no siempre gratas derivadas no sólo del propio ejercicio laboral -para el que se supone han invertido años de formación permanente, supervisiones y análisis personal (p.39)- sino también, derivadas de las desafortunadas políticas de organización en las estructuras de las instituciones tanto públicas como privadas. Esto, podría dar cuenta de algunos relatos obtenidos en mi recorrido por la institución respecto de aquellas variables que como profesionales no han podido modificar. Al decir una de las licenciadas: *"(...) fue adaptarse vertiginosamente a un ritmo de urgencias que no tenía que ver con la urgencia del paciente sino con la urgencia de políticas sanitarias"*. (Licenciada A. 15/0721)

Sobre este punto, otras entrevistadas señalan:

> *Con el trabajo en espejo, todos terminábamos totalmente desgastados, estaba todo muy forzado (...) y desde la bajada de línea de la dirección era: ustedes no se van a descansar, sino que se van a resguardar unos días por cuestiones epidemiológicas* (T.S. 29/09/21)

> *(...) Nueva dirección que responde por supuesto a este ministerio de salud, ministerio de salud que responde al gobierno, gobierno que tenemos hace 22 años en la provincia (...) Y yo particularmente digo, que, en nombre de la pandemia, se han hecho cosas que no tienen fundamentos desde lo epidemiológico ni desde la infectología.* (T.S. 06/10/21)

Sobre los vínculos que sostienen

"Un vínculo es el movimiento más o menos estables de investiduras, representaciones, y de acciones que asocian a dos o más sujetos para ciertas realizaciones psíquicas" (Kaës. R)

Como bien se expone a lo largo del escrito, los profesionales se vieron afectados por este contexto epidemiológico; el cansancio, la incertidumbre, el miedo, la falta de recursos institucionales, la sobrecarga de trabajo y el estado de alerta, fueron evidentes. Conforme a esto, llama la atención la falta de contención emocional, es decir, la ausencia de un espacio dentro de la institución que permita resignificar, elaborar y tramitar algo de lo acontecido, en palabras de una entrevistada: "*a un año y medio de la pandemia, no pudimos encontrarnos para contar cómo nos vimos afectados"*. (Licenciada A. 15/07/21) A partir de esto, se podría hablar del efecto de lo traumático en la subjetividad de los profesionales, en donde lo inesperado del acontecimiento provocó perplejidad y dificultades para establecer espacios de encuentros entre ellos. Sin embargo, el personal también destaca la importancia de saber que cuentan con compañeros de trabajo que se encuentran atravesados por lo mismo, figurando ésto como una fortaleza productora de cierto alivio entre ellos. Predominó la urgencia por sobre la pausa y el encuentro, lo que no significó un quiebre en la relación y vínculo con el otro, puesto que frases como "trabajar en equipo" dan cuenta de un recurso utilizado no sólo a nivel laboral sino también como sostén personal. A partir de esto, se exponen algunos fragmentos relacionados que dan cuenta de un ítem fundamental: pensarse como grupo recuperando algo de la función de un Otro que aloja y ampara.

"Siempre la alternativa fue el diálogo y el trabajar con compañeros con los que vos te sentías más seguro" (T.S. 28/09/21).

"Compartir con el otro compañero, por más breve que sea al cruzarte por un pasillo fue fundamental, me parece que fue una de las fortalezas que se pudo sostener (...), junto con el trabajo en grupo, en equipo" (T.S. 29/09/21).

"Saber que contas con tu compañero de trabajo, en lo personal, fue indispensable para sostenernos y sostener nuestro trabajo". (T.S. 06/10/21)

Estos relatos dan cuenta de las ventajas que tiene el trabajo en equipo en situaciones donde los malestares son colectivos, en palabras de Muzlera (2021) "trabajar en equipo tiene un poder

reparador de sufrimientos (...) (p. 314) En este sentido, se podría hipotetizar que la labor grupal, el saber que cuentan con un otro semejante, favorecería el apuntalamiento entre los profesionales frente a estas vivencias, permitiendo enfrentar ésta crisis sanitaria y los cambios constantes que impone. A propósito de esto, Moscona (2003) refiere:

> Es precisamente la vincularidad, esa poderosa alquimia que se produce a partir de encuentros y entrecruzamientos de un sujeto con otro, lo que promueve o estimula el deseo de ayudar o ayudarse mutuamente, como pilares que sostienen la solidaridad y como nutriente vital de la condición humana. (p.193)

Lo que pareciera subrayarse en los distintos relatos adquiridos en las entrevistas realizadas es que, ante este estado de conmoción, poder sostener -en mayor o menor medida- los vínculos entre los profesionales posibilitó un trabajo y acompañamiento grupal que podría traducirse, en términos de Muzlera (2021) como "un saldo positivo en el mundo interno en cada uno de ellos". (p. 194) De allí que, los aportes de Benyakar (2005) en torno a la noción de amparo/desamparo, explican por qué compartir algo que nos preocupa, sentirnos escuchados y entendidos, "produce un placer singular y da lugar a la sensación de que podemos superar una situación adversa sin daño para nuestro equilibrio subjetivo" (p.119).

Vínculos sostenidos en la horizontalidad

Introduzco, con la intención de comprender y destacar el mayor recurso utilizado por el personal de salud referente a la conformación y sostenimiento de vínculos entre ellos, dentro y fuera de la institución, el concepto de "paridad". Moscona (2003) en su escrito "Lazos de paridad", la define como una tensión rica y productiva que tiene lugar entre el apuntalamiento y la subjetivación que hace de soporte al vínculo. Desde este enfoque, la paridad es una modalidad de funcionamiento de la horizontalidad en lo vincular. Ésta noción de horizontalidad no alude precisamente a la premisa que afirma "todos somos iguales", sino que refiere a "la existencia de investiduras y vínculos significativos en cualquier momento de la vida" (p.190). Esto tiene como efecto el enriquecimiento en el intercambio vincular, influye directamente en la búsqueda de ese intercambio para afrontar la realidad desde una potencialidad creadora. Siguiendo las ideas de la

autora, a partir del apuntalamiento del sujeto en el colectivo, y viceversa, se conforma una multiapoyatura o redes de sostén mutuo que proveen lugares de anclaje y cuidado.

A raíz de lo anteriormente descrito: *¿Dónde se puede vislumbrar, dentro de la institución, la construcción de vínculos horizontales que sostienen y protegen?* En aquellas acciones llevadas a cabo entre profesionales como llamadas y videollamadas por teléfono; intercambios en los pasillos; abordar casos en conjunto, acompañarse ante la incertidumbre de lo nuevo, acciones que dan cuenta de la conformación de una cobertura imaginaria que envuelve y actúa como continente. Al modo de una "piel vincular" (Moscona. 2003) ante el contexto de urgencia; donde surge una creación grupal, pero al mismo tiempo singularizada. Esta constitución, siguiendo a la autora, atañe a las formas organizativas de pertenencia que se manifiestan mediante una lógica diferente de aquellas que se configuran bajo la égida de la verticalidad, ya que éstas se hallan siempre ordenadas alrededor de la figura de un jefe o líder.

Conforme a esto, se expone el pequeño fragmento de una entrevista que daría cuenta de la constitución de vínculos de paridad entre los profesionales:

> *"Nos pusimos todos en la misma línea (...) trabajamos todos con todos y eso para mí fue bárbaro (...) fue apelar a la contención básicamente desde lo afectivo, desde lo emocional, con una videollamada, por ejemplo, y desde los recursos que cada uno tenía, para seguir considerándonos grupo, porque trabajar en un psiquiátrico monovalente, no es fácil"* (T.S. 06/10/21)

El fortalecimiento de éstos vínculos entre profesionales dentro de cada grupo de trabajo favoreció procesos de ligadura y transformación; donde devinieron sujetos que comparten sus inquietudes, miedos y angustias como respuestas ante un mismo acontecimiento. En este marco, Moscona (2003) establece que el pasaje del problema de la singularidad al compartir con el otro, implica un trabajo psíquico de ligar lo propio en lo común, apunta al logro de una mayor complejidad y enriquecimiento a nivel vincular. Al estar atravesados por lo mismo, "los pares cumplen una función sustentadora y ello por ser referentes válidos, por estar y por compartir". (p.189) En correspondencia, una de las entrevistadas indica:

> *Aprendí mucho de la contención, de la afectividad (...) En el servicio somos todas mujeres, con todo lo que eso significa, mucha complicidad y mucha emocionalidad. Tenemos mucha vida social fuera del hospital, entonces eso hace que nos podamos decir las cosas de frente, y eso me genera mucha tranquilidad. (T.S. 06/10/21)*

Ésta viñeta refleja cómo los vínculos entre pares constituyen experiencias fundantes, en este caso, dadas dentro de un grupo de trabajo. Congruentemente, Moscona et. al (2020) establecen que los grupos de trabajo representan un lazo invisible pero intenso que funciona como organizador privilegiado frente a los fantasmas de disgregación: "Estamos vinculados en el seno más amplio de la institución que opera como continente. Existe un lugar de pertenencia que delimita y acota la angustia del espacio inhóspito en que se ha tornado el mundo exterior." (p. 318) Estos grupos permiten un hacer junto con los colegas, imprevisible de antemano porque se produce en el cada vez; da lugar a un "nosotros" que no tiene precedentes, no tiene ni un antes ni un después, acontece en el encuentro con otros. Lo anterior, señalan los autores, comprende tanto lo académico, lo laboral, y lo personal o subjetivo; "apoyarnos entre colegas en situaciones de emergencia, con algún paciente o situaciones personales" (p. 321) tal como lo relata una de las profesionales entrevistadas:

> *(...) entonces bueno, la idea era mucha contención entre compañeros, muchas reuniones virtuales, nosotras no dejamos de comunicarnos digitalmente, no solamente para seguir capacitándonos, sino también lo sostuvimos desde lo afectivo con videollamadas. Siempre nos mantuvimos en contacto (...) fue apelar a todo lo que nos contuviera como grupo y como equipo. (T.S. 06/10/21)*

8.2.4 LA PANDEMIA DEL COVID-19 COMO ACONTECIMIENTO ¿TRAUMÁTICO?

Waisbrot (2020) lleva a cabo una conferencia en donde expone la diferenciación entre trauma, acontecimiento y catástrofe como modos diferentes de atravesar la irrupción de lo nuevo. En primera instancia, establece que cuando hablamos de trauma, lo cuantitativo resulta esencial,

debido a las grandes cantidades que ingresan y paralizan al psiquismo. En el trauma estas cantidades resultan excesivas respecto a las capacidades de resolverlo con los recursos previos, pero existe la posibilidad, dice el autor, de que las mismas puedan ser elaboradas. Por otro lado, establece que el acontecimiento se trata de un suceso donde el exceso pertenece al orden de lo cualitativo. Permite la invención, que no repone un esquema previo como en el trauma, sino que inventa un esquema nuevo, crea recursos para habitar una situación impensada hasta ese momento. El acontecimiento permite la invención de un recorrido que es heterogéneo, donde se crea una salida diferente ante lo que irrumpe, porque lo que acontece ya no permite acomodarse en la estructura previa, sino que da lugar a lo nuevo. Desde allí se pueden pensar frases como "nada volverá a ser como antes" (T.S. 06/10/21) y "hay que atender estas nuevas subjetividades y no generalizar respuestas" (Licenciada A. 15/07/21). Finalmente, introduce el término catástrofe como aquello que no permite recomposición ni invención ante la irrupción. Si el trauma permite recomposición después del impasse y permite elaborar el excedente, si a su vez el acontecimiento inventa una salida diferente ante ese impasse, porque lo que emerge ya no entra en la estructura previa; la catástrofe, en cambio, alude a la irrupción que no recompone y no permite inventar ninguna salida. El autor remite a esta situación como desubjetivante, lo único que produce es desmantelamiento y devastación. Asimismo, ante este efecto arrasador, Waisbtrot (2020) propone dos formas de abordar la catástrofe; por un lado, pensando en lo que quedó, el resto (aferrarse a lo arrasado); y, por otro lado, pensando en lo que hay, algo así como crear un inventario del existente para poder realizar una nueva operación. Pensar desde lo que hay permite la primacía del cambio sobre la permanencia: ¿qué se hace con lo que hay?

Ahora bien, indagar sobre cómo afectó esta contingencia mundial dentro de la institución y cómo se vieron atravesados los profesionales de la misma, junto con los recursos que utilizaron para hacerle frente, me permitió posicionarme desde la lógica del acontecimiento a partir de los aportes de Alain Babiou, que condicen en cierto punto con las ideas del psicoanalista Daniel Waisbrot. Como practicante y futura profesional de la salud mental, infiero que pensar el impacto de este contexto de excesos desde ésta lógica, nos permitiría introducir ciertas novedades en la práctica clínica que posibiliten crear nuevas marcas, nuevas historias. Para ello necesariamente: será preciso saber renunciar a lo conocido que ya no aporta, para emprender colectivamente un trabajo de reparación. (AAPPG. 2020)

Los profesionales del Hospital Neuropsiquiátrico, como se mencionó anteriormente, construyeron a partir de lo que iba surgiendo en el momento, modificando modos anteriores de intervención. Como señala Edgar Morin (1994) "Es necesario, a menudo, abandonar las soluciones que solucionaban las viejas crisis y elaborar soluciones novedosas." (p.75) De allí el interés por abordar los objetivos planteados en este trabajo desde esta perspectiva. Todo acontecimiento descarrila lo esperable y obliga a diseñar o inventar nuevos itinerarios de vida, irrumpe el curso regular de los hechos y altera aquello que "nos organizaba" (Badiou, 2009) Es por esto que mi análisis procura pensar la pandemia del coronavirus como oportunidad dentro del campo de la salud mental.

Para el equipo de salud mental fue necesario abandonar los programas establecidos creando diferentes estrategias para transitar esta crisis. Es probable que esto haya implicado atravesar duelos sobre lo conocido, sobre lo que brindaba seguridad y certeza, pero se podría inferir que se trataría de duelos que permiten posicionarse activamente ante las mutaciones impredecibles de este mundo. En tal sentido, dos entrevistadas comentan:

> *Se cerraron dispositivos en el hospital, como la rampa, los talleres de rehabilitación, espacios para nuestros usuarios, no se han retomado y no se van a retomar, ya lo han dicho (...) sin embargo, nos tuvimos que reinventar y dentro del internado realizar algún tipo de actividad de rehabilitación. A ver, toda el área se cerró, pero algo teníamos que hacer, no se puede negar el efecto clínico y subjetivo de estos espacios* (Lic. A. 15/07/21)

> *El hospital se modificó totalmente, las prácticas se modificaron totalmente. Por ejemplo, que el internado se haya dividido en comparticiones con un nombre bastante complicado llamado aislamientos, para quienes llevamos tantos años en el hospital esto hasta doloroso resultaba, sin embargo, nos adaptamos.* (T.S. 06/10/21)

Pensar este contexto desde la utilidad y provecho que se le puede dar, abre un espacio a partir del cual se puede inscribir lo nuevo. Posibilita la invención, la innovación (Waisbtrot, 2020) y en el HNP, la aparición del virus impuso la creación de recursos y cambios en la distribución institucional. Se modificó lo que se creyó necesario para afrontar la pandemia. Allí hubo lugar para establecer nuevas posibilidades (Badiou, 2009), que permitieron, por ejemplo, continuar con

algunas actividades, aunque en formatos modificados, del área de rehabilitación que se cerró completamente.

Habitar para…

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

Las características de la época actual dejan improntas en las subjetividades que son imposibles de ocultar; éstas no son únicas ni generalizables. Resulta primordial poder habitar estos escenarios y transitarlos sin caer en el reduccionismo de psicopatologizar éstas expresiones subjetivas. El factor catastrófico de esta pandemia no es condición necesaria para que devenga traumático en quienes la transitan, y por ello es importante que el psicoanálisis pueda estar a la altura (Lacan, 1956) a la hora de abordarlas. Un psicoanálisis a la altura de lo real de la época. Creo que éstos son tiempos en donde es importante habitar-nos, apelando a la creación y a la potencialidad del hacer, haciéndonos, con otros, entre otros. Esto no implica negar la presencia de la angustia o el miedo, tan presentes desde el inicio de la pandemia, sino pensarlas como buenas alertas que posibilitan ocuparnos por sobre preocuparnos. En palabras de una entrevistada:

> *Me tocó llevar adelante un servicio con compañeras que estaban muy asustadas (...) pero creo que, a raíz de nuestros malestares, para mí, por ejemplo, se trabajó mucho mejor de lo que veníamos trabajando históricamente en el encuentro con el otro (...) fue mucho aprendizaje en ese sentido también, y eso se veía reflejado en la práctica.* (T.S. 06/10/21)

El tiempo que estuve en el hospital y las experiencias clínicas compartidas con los profesionales, me permitieron comprender que es momento de habitar y construir salud mental desde el lugar en que nos encontramos, junto con un plus de creatividad -muchas veces indispensable- ante la adversidad de los recursos disponibles. A modo de ejemplificar lo anterior, expongo la siguiente viñeta:

> *Es todo el tiempo generar ideas, y ver qué podemos hacer con lo poco que tenemos, por eso es creatividad. Los dispositivos de externación que venimos sosteniendo con mi equipo, a pesar de la secretaría de salud, porque nos amenazan con que cerremos. (...) alquilamos casas con los recibos de sueldo nuestros y como a esta gestión esto no le gusto, lo pusimos a nombre de la cooperadora, ahora nos dicen que la cooperadora no puede tener ningún tipo de contrato, entonces tuvimos que darle de baja y ponerlo a nombre nuestro pero que nosotras las que trabajamos en el hospital, no podemos ir a trabajar más a las casas de externación. La única que podría ir es mi compañera que se jubiló. Entonces (...) gracias a la creatividad que ponemos en juego, surgen un montón de cosas, pero no deja de ser frustrante, porque a cada idea y a cada solución que proponemos, ellos les plantean 3 problemas.* (T.S. 06/10/21)

En concordancia, la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo (2020) establece que:

> Habitar este contexto del minuto a minuto es compartir la experiencia en tanto humanos, experiencia que nos recuerda lo semejante que somos y nuestras limitaciones cuando algo asesta un golpe a nuestra omnipotencia y moviliza lo más íntimo (...) es también comprender que dicha experiencia se inscribirá de un modo específico en cada grupo y en cada sujeto. Es pensar que lo disruptivo puede salir de la categoría de lo traumático, aunque deje secuelas dolorosas. (p.194)

Principalmente, habitar para poder “ser parte”. En este sentido, Najmanovich (2020) afirma que hoy resulta imprescindible aprender a habitar para poder ser partícipes activos en la construcción de un modo de existencia que ponga en el centro de la vida y comprenda el valor primordial del cuidado mutuo. “De esta manera se puede evitar que se repitan las catástrofes y para que, en lugar de generar destrucción, cegados por el eufemismo de la producción, empecemos a ser parte de la curación de este planeta herido” (p.5)

Finalmente, considero que, hoy más que nunca, debemos corrernos de las certezas sobre una realidad inmutable y la ilusión de una única normalidad para poder reconocernos en un mundo en devenir constante, un mundo que ya no es ni volverá a ser el mismo, y así, por consecuencia, poder habitar cada época.

9. CONSIDERACIONES FINALES

"Lo mejor para las turbulencias del espíritu, es aprender. Es lo único que jamás se malogra. Puedes envejecer y temblar, anatómicamente hablando; puedes velar en las noches escuchando el desorden de tus venas, puede que te falte tu único amor y puedes perder tu dinero por causa de un monstruo; puedes ver el mundo que te rodea, devastado por locos peligrosos, o saber que tu honor es pisoteado en las cloacas de los espíritus más viles. Sólo se puede hacer una cosa en tales condiciones: Aprender."

(Yourcenar,1999)

En el presente capítulo se intentará, sin intenciones de ponerle un punto final a este análisis, arribar a algunas conclusiones que invitan a seguir reflexionando sobre la situación de pandemia por Covid-19 y lo que la misma significó dentro del HNP.

A lo largo del escrito, se observó que, desde el inicio de ésta pandemia, el Hospital nunca dejó de trabajar y de brindar algún tipo de respuesta al aumento de demandas. Esto marcó otro ritmo, otro agotamiento diferente a los tiempos previos y dio lugar a otra realidad dentro del hospital caracterizada por los profesionales como *trabajar en constante urgencia con ausencia de recursos.* Nominación que perfectamente podría resumir las características en las que desarrolló su labor. Por su parte, considero importante mencionar en este punto que, dentro del hospital a 12 años de la sanción de la Ley Nº 26657, aún existe la primacía de un discurso médico-psiquiátrico, siendo los medicamentos una especie de respuesta "a todo". Esto llevó a preguntarme, *¿cuál es el motivo de esta primacía?;* antes de la pandemia *¿se daba de la misma manera?; ¿en dónde queda la palabra?; ¿me encuentro ante la inexistencia del sujeto?*

Ante este panorama, desde el departamento de psicología los profesionales apostaban a la singularidad de cada sujeto. Allí pude observar la práctica clínica marcada por los tratamientos sostenidos en la escucha de la palabra, en donde cada uno eligió trabajar desde su estilo y responsabilizarse de sus propias decisiones. Esto lo vi reflejado tanto en la atención por guardia como en los seguimientos telefónicos que cada uno llevaba a cabo. Lo que me permite concluir que, más allá de las dificultades, por parte de profesionales hubo una apuesta a la palabra ante tanto silencio vacío.

Los profesionales en general pudieron dar cuenta de una cierta capacidad de adaptación al reelaborar la distribución y el funcionamiento de los servicios, lo que les permitió afrontar de alguna manera esta crisis sanitaria. Sin embargo, las medidas adoptadas a nivel nacional para evitar la expansión del virus, exigían nuevas reglas pensadas de manera general, homogeneizando a todas las instituciones al no considerar la particularidad de cada una de ellas. Por lo que implicó un doble esfuerzo creativo, de allí el "aprender sobre la marcha". En palabras de una entrevistada:

> *Desde el ministerio te mandan los lineamientos, pero en cada institución eso impacta de forma distinta, porque nosotros trabajamos con un perfil de pacientes que no cuentan con recursos económicos altos, por ende, sostener el trabajo virtual, por darte un ejemplo, resulta muy dificultoso.* (Lic. equipo 5 de guardia. 16/09/21)

En lo que respecta a la singularidad de cada entrevistado, no puedo pasar por alto y negar que cada uno tuvo que batallar con múltiples limitaciones. Esto se debe, en mayor o menor medida, a que el hospital no cuenta con recursos materiales ni suficientes profesionales ante el aumento brusco de demandas, por lo que, en las distintas entrevistas llevadas a cabo, no sorprende que el elemento en común presente en todas ellas haga referencia a un "sobremalestar". Además, la exposición a diferentes exigencias físicas y laborales no solo incluye la dimensión biológica en el contagio del virus, sino - desde una mirada integral de la salud, la preocupación, la angustia, los estados de alerta, el cansancio, el exceso de trabajo, aspectos que ellos englobaron en la categoría *nosotros también somos seres humanos*. No obstante, aquí nuevamente se destaca la creatividad, no solo como elemento clave para el despliegue de ciertas intervenciones sino como una posición que asumieron hacia esa realidad que se hacía presente. Una actitud creativa como forma de estar vivos, actitud promotora de salud que les permitió enfrentar de alguna manera los distintos desafíos.

De las entrevistas realizadas también se recorta que, al malestar causado por la pandemia, se le agrega la noción de malestar institucional, pero *¿Dónde queda ubicado este último?; ¿A que está asociado?; ¿Hace cuánto tiempo existe? ¿Surge específicamente con la pandemia?* De acuerdo a los aportes de Puget y Wender (1982) entendemos que muchas veces la misma institución encargada habitualmente de constituir defensas frente a desorganizaciones, garantizando vínculos

estables, se transforma en generadora de ciertas ansiedades primarias. Si pensamos estas ideas aplicadas a la realidad del HNP, este malestar *¿puede funcionar como elemento para analizar la problemática institucional actual y de esa manera constituirse en oportunidad de cambio?*

Asimismo, Kaës (1989) dirá que el estudio de los procesos y de las estructuras psíquicas de las instituciones no es accesible la mayoría de las veces sino a partir del sufrimiento que en ellas se experimenta. Por lo tanto, este trabajo no tiene como fin encontrar un responsable de aquello que se expuso en las entrevistas analizadas, sino tomarlas en consideración desde el camino de la oportunidad y transformación. Creo que todo conflicto es un fenómeno como establece Bleger (1984) "normal e imprescindible en el desarrollo y en cualquier manifestación humana" (p.75) pero la patología de ese conflicto se relaciona, más que con la existencia del mismo, con la ausencia de los resortes necesarios para resolverlos y dinamizarlos. Ninguna institución debe ser considerada sana, normal, o con un buen grado de dinámica, como dice el autor, cuando en ella no existen conflictos, sino cuando la misma puede estar en condiciones y poseer los medios o la posibilidad de arbitrar medidas para su resolución. El primer y gran paso, es reconocer su existencia.

A modo de ir culminando este apartado, me interesa recuperar nuevamente las voces de los protagonistas de esta experiencia de sistematización:

> *El área de rehabilitación fue y sigue siendo descalificada. Si hay que suspender algo se suspende el área de rehabilitación, no importa cuál sea el motivo. Insisto, en nombre del bien, se hace el mal.* (Licenciada A. 15/07/21)

> *Acá en el hospital fueron renunciando profesionales, eso algo evidentemente quiere decir. Parece como si se hubiera aprovechado el momento de estar concentrados en otro lado para hacer barbaridades. La única manera que nos queda es exigir, juntarnos y decirlo. Tenemos datos concretos, lo vemos y lo tenemos que decir, que hay más necesidad de más atención, que los reclamos no son caprichosos, tienen un fundamento de salud.* (T.S. 28/09/21)

> *Las cosas que uno ve en el hospital neuropsiquiátrico no las ve en cualquier lado, es un lugar en el que uno aprende muchísimo, pero también hay que poder rotar, cambiar de lugar porque no es sano estar mucho tiempo en un hospital monovalente (...) Si no nos cuidamos nosotros, no nos cuida nadie*. (T.S. 1/10/21)

Pensando estas últimas reflexiones desde una mirada crítica que permita dar lugar al reconocimiento de estos vacíos y falencias mencionadas, surgen otros interrogantes: desde el final

de mi práctica hasta la actualidad *¿La realidad dentro del hospital sigue siendo la misma?; ¿Qué efectos tendrá a largo plazo este sufrimiento institucional?*

Por su parte, desde una mirada creativa y en el intento de que este trabajo sea sólo el comienzo de tanto por hacer, convirtiendo esta crisis en oportunidad, asumo que, hoy más que nunca como establece Najmanovich (2020) es momento de "salir de los corralitos disciplinados" para poder de esa manera repensar todo lo acontecido. Cada reflexión hecha por el personal debe servirnos para que -revitalizando el pensamiento como sociedad-, nos impliquemos y hagamos algo al respecto. Por consiguiente, todo lo que se expone en este escrito apunta a visibilizar las experiencias de los profesionales para lograr un cambio de actitud con respecto al campo de la salud mental en general y en respuesta a los riesgos acrecentados por la pandemia en particular. Sostengo que, a fin de no continuar relegando la salud mental, también es imprescindible prestar atención, monitorear y acompañar el impacto subjetivo y la salud mental de los trabajadores de salud mental.

Por último, considero que, lo más enriquecedor de mi paso por la institución fue encontrarme con esta parte de la realidad profesional, con aquello que no figura en los libros, con los desafíos no solamente clínicos sino también sociales que atraviesan la práctica clínica. Significó el inicio de un proceso de aprendizaje, cargado de incertidumbre, miedos y asombro, pero creo que forman parte de mi formación como futura profesional.

10. BIBLIOGRAFÍA

Arón, A. M., & Llanos, M. T. (2022, 2 de marzo). *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/304210360_CUIDAR_A_LOS_QUE_CUIDAN_DESGASTE_PROFESIONAL_Y_CUIDADO_DE_LOS_EQUIPOS_QUE_TRABAJAN_CON_VIOLENCIA

Bassols, M (2020, 20 de marzo). *Coronavirus: "La ley de la naturaleza y lo real sin ley".* ZADIG España. https://zadigespana.com/2020/03/20/coronavirus-la-ley-de-la-naturaleza-y-lo-real-sin-ley/

Benyakar, M. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblos.

Bleger, J. (1984). *Psicohigiene y Psicología Institucional.* Buenos Aires: Paidós.

Campanals Pereda, L. (2015). La cura analítica como producto artesanal. (FEPAL, Ed.) *Caliban, 13* (1), 41-54. http://www.fepal.org/revista_caliban_bivipsil/13_caliban_castp.pdf

Carlino, R. (2010). Situación analítica. *En Psicoanálisis a distancia.* Buenos Aires: Lumen

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2020). *Recomendaciones para la atención de personas internadas en instituciones psiquiátricas monovalentes en el contexto del COVID-19.* Consultado el 15 de febrero de 2022 https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2020/04/Aportes-CELS-para-pol%C3%ADticas-en-monovalentes.pdf

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. *Reglamento de especialidades*. Consultado el 16 de marzo de 2021. https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/

Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones. (2020). *Declaración sobre la situación de las políticas de salud mental en la provincia de Córdoba en el marco de la pandemia por el Covid-19.* Consultado el 21 de febrero de 2022. http://observatoriosmyddhh.org/wp-content/uploads/2020/05/Declaraci%C3%B3n-CCH-Situaci%C3%B3n-C%C3%B3rdoba-Covid-19-.pdf

Degeorgi, G (2021, 3 de abril). *Acontecimientos Históricos de la profesión del Psicólogo en la Argentina.* Manual de introducción a los estudios universitarios: Universidad Nacional de Córdoba. https://psicologia.unc.edu.ar/wp-content/uploads/2020/12/MANUAL-INGRESO-PSICOLOGIA.pdf

De Leonardis, M., Lafi, L. (2021, 4 de abril). *Algunas relaciones entre arquitectura y clínica en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba*. Facultad de Filosofía y Humanidades UNC. https://ffyh.unc.edu.ar/vii-encuentro-interdisciplinario-de-ciencias-sociales-y-humanas/wp-content/uploads/sites/24/2011/08/ponencia-lafi-di-leonardis-eje-4.pdf

Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A). *Normas deontológicas.* Consultado el 7 de abril de 2021). *http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf*

Fenollosa, L. T., y Arteaga Botello, N. (2020). *Debatir la sociología.* https://books.google.com.ar/books?id=inMOEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=debatir+la+sociologia&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=debatir%20la%20sociologia&f=false

Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu. https://www.bibliopsi.org/docs/freud/21%20-%20Tomo%20XXI.pdf

Galende, E. (2021, 6 de marzo). *Consideración de subjetividad en salud mental.* Fundación CCSM https://fccsm.net/wp-content/uploads/2016/10/consideraci%C3%B3nsubjetividadsm.-egalende.pdf

García Barthe, M. (1997). La ética en la formación del profesional de Salud Mental. *Psicoanálisis y Hospital*, *6*(12), 86-89.

Grupo de Investigación y Asistencia sobre la Urgencia. *La urgencia. El psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Consultado el 23 de junio de 2021 http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/La%20urgencia%20(Blanco).pdf

Guber, R., (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* Buenos Aires: Paidós

Jara, O. (2021, 1 de abril). *La sistematización de experiencias, aspectos teóricos y metodológicos.* CEP. https://cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_testimonios1.pdf

Kaës, R. (1989). *La institución y las instituciones.* Buenos Aires: Talleres Gráficos Litodar.

Klappenbach, H. (2006). Periodización de la psicología en Argentina. *Historia de la Psicología, 27*(1), 109-153. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nNPjnTeXskUJ:www.revistahistoriapsicologia.es/app/download/5842013511/5%2BKLAPPENBACH.pdf%3Ft%3D1363003137+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar

Lagache, D. Psicología clínica y método clínico. Ficha de cátedra: Psicología Clínica. (pp 141-146). Buenos Aires: Paidós.

Laplanche, J y Pontalis, J. (2016) *Diccionario de Psicoanálisis.* Paidós.

Larbán Vera. J. (2021, 17 de mayo). *Ser cuidador; el ejercicio de cuidar.* SEPYPNA. https://www.sepypna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf

Lévy, P. (2022, 15 de febrero). *¿Qué es lo virtual?* Hecho Histórico. http://www.hechohistorico.com.ar/archivos/taller/levy%20pierre%20-%20que%20es%20lo%20virtual.pdf

Lewkowicz, I (2022, 10 de febrero). *Estos son los sujetos de la devastación.* Página 12. https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-7505-2002-07-11.html

Ley N° 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.* Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, octubre 21 de 2009.

Ley N° 7106. *Disposiciones para el ejercicio de la Psicología*. Córdoba, Argentina, 27 de septiembre de 1984.

Ley N° 26.657. *Derecho a la Protección de la Salud Mental.* Boletín Oficial de la República Argentina, diciembre 2 de 2010.

Ley N° 9848. *Régimen de la protección de la salud mental en la Provincia de Córdoba*. Córdoba, Argentina, octubre 20 de 2010.

Menéndez, M. A., y Velázquez, E. D. (2021). Las tecnologías digitales en el ámbito de la salud: brechas sociales, accesibilidad y despersonalización. *Cultura Digital y Movimientos Sociales, 18*(2), 95-100. https://revistas.ucm.es/index.php/TEKN/article/view/75516/4564456557417

Morin, E. (2022, 3 de mayo). *Introducción al pensamiento complejo*. WordPress. https://norberto2016.files.wordpress.com/2016/10/morinedgar_introduccion-al-pensamiento-complejo_parte1.pdf

Moscona, S. (2003). *Lazos de paridad: la trama vincular en la relación entre pares*. En E. Czernikowski, R. Gaspari, S. Matus, S. Moscona. *Entre hermanos: sentido y efectos del vínculo fraterno* (pp. 189-227). Buenos Aires: Lugar Editorial. https://www.aappg.org/wp-content/uploads/Entre-hermanos.pdf

Muzlera, S. (2021). *Lo grupal*. Universidad del Aconcagua. https://www.uda.edu.ar/index.php/catalogo-editorial/939-lo-grupal

Najmanovich, D. (2007). El desafío de la complejidad: Redes, cartografías dinámicas y mundos implicados. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12(38), 71-82. https://www.redalyc.org/pdf/279/27903806.pdf

Najmanovich, D. (2019). *Cuidadanía: Hacia una ecología de saberes y cuidados* [video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=u9YSSmGTmEQ

Observatorio de salud mental y derechos humanos. *Protocolo de intervención en situaciones de crisis y/o urgencia en salud mental*. Consultado el 12 de junio de 2021 http://observatoriosmyddhh.org/wp-content/uploads/2021/07/Protocolo-de-atencion-en-situaciones-de-crisis-y-o-urgencia-en-salud-mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es una pandemia?* Consultado el 4 de mayo de 2021. https://who.int/es

Organización Mundial de la Salud. *El déficit mundial de inversión en Salud Mental.* Consultado el 8 de abril de 2022. https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health

Parisi, P. A. (2022, 8 de abril). *Reflexiones sobre intervención profesional en tiempos de pandemia*. Consejo Profesional Trabajo Social. https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Parisi-Reflexiones-en-tiempos-de-Pandemia.pdf

Puget, J., y Wender, L. (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos. *APdeBA Psicoanálisis*, 4(3), 503-522. https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2021/01/2020-apdeba-psicoanalisis-separata-janine-puget.pdf

Robles, C. y Satos, A. (2022, 9 de febrero). *Desterritorializar el campo grupal: la potencia de los grupos a distancia.* Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2020/12/15_Robles.pdf

Sampieri, R. y Fernández, C. (2006) *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill

Sau, G. C. (2008). El malestar institucional y su efecto en la subjetividad de los profesionales de la salud mental. *Intercambios de psicoanálisis*, 39(21). 39-43 http://intercanvis.eu/es/el-malestar-institucional-y-su-efecto-en-la-subjetividad-de-los-profesionales-de-salud-mental/

Secretaría de Extensión Universitaria. *El impacto de la cultura en la subjetividad de las personas.* Consultado el 15 de octubre de 2021. https://casamdp.files.wordpress.com/2013/08/galende.pdf

Sotelo, I (2021, 23 de octubre). *Clínica de la Urgencia.* Bibliopsi. *http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Clinica%20de%20la%20Urgencia%20(Libro).pdf*

Sotelo, I. (2022, 2 de marzo). *La urgencia en tiempos de Coronavirus.* UBA Psicología. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=822:la-urgencia-en-tiempos-de-coronoavirus&catid=9:perspectivas&Itemid=1

Ulloa, F. (1970) “El Método Clínico. Las herramientas clínicas”. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en “El método clínico en psicología”. Ficha de Cátedra: Psicología Clínica. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. 2002.

Waisbrot, D. (2002). *La alienación del analista: efectos de la institución del psicoanálisis en su subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Waisbrot, D. (2020, 28 de mayo). *Trauma-Acontecimiento-Catástrofe. Subjetividades… ¿migrantes?* [Sesión de conferencia]. Colegio de Psicoanalistas. http://coldepsicoanalistas.com.ar/conferencia-de-daniel-waisbrot-28-de-mayo-2020/

11. ANEXOS

“PARO Y ABRAZO SOLIDARIO AL NEURO”

Paro y abrazo solidario al Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba

La falta de cobertura en las bajas y los déficits de medicamentos para las y los pacientes llevan a la Institución a una situación de colapso sin precedentes.

14 septiembre, 2021 en **Manuales Provinciales**

Trabajadores y trabajadoras de la salud anunciaron un paro y un abrazo solidario al Hospital Neuropsiquiátrico. La medida, según informaron, se debe a la grave situación que atraviesa el sistema de salud provincial y los dispositivos de salud mental.

“Las y los trabajadores nos vemos ante la realidad de un sistema de salud desfinanciado y agotado. Esta situación se refleja crudamente en los dispositivos de salud mental. En particular el Hospital Neuropsiquiátrico, como denuncian sus trabajadores profesionales y no profesionales, pasa por una situación de colapso. A las políticas generales de precarización del Ministerio de Salud se suma una situación crítica particular por la falta de profesionales y el aumento de la demanda por el incremento de padecimientos psíquicos en este momento de la pandemia”, denunciaron las y los trabajadores del centro de salud. Y agregaron que “mientras no haya respuestas y se mantenga la protesta sólo se atenderán estrictas emergencias”.

(Fuente: ATE Córdoba)

(Foto: gentileza UTS. Gremio de la Salud Pública)

(Foto: gentileza UTS. Gremio de la Salud Pública)

BLANQUEAMIENTO DE MUROS EN PANDEMIA

“Los muros son ustedes, los colores nosotrxs”: el Estado provincial blanqueó los murales de la manzana de la salud mental

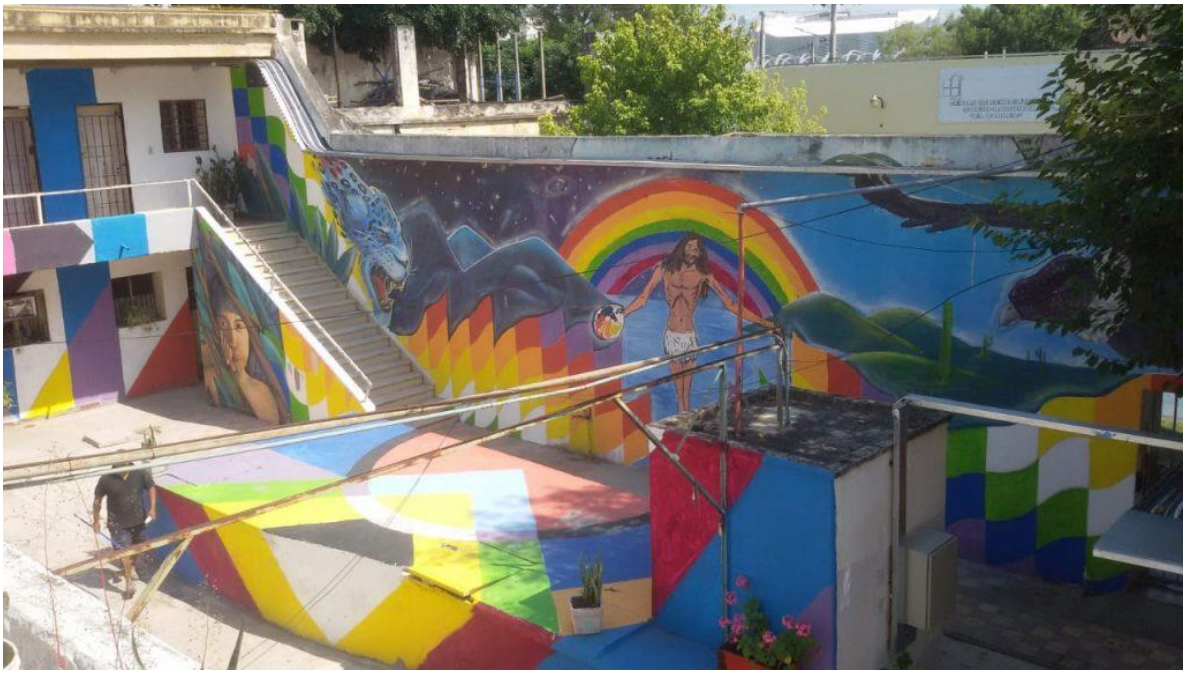
1 noviembre, 2021 por Redacción La Tinta

La semana pasada, el Estado provincial borró los murales externos de la Casa del Joven y del Neuropsiquiátrico de barrio Juniors. En marzo del 2020, a comienzos de la pandemia, había hecho lo mismo con las pinturas internas de la institución. Profesionales, artistas y usuarixs entienden la situación como un avasallamiento contra su trabajo, fruto de procesos colectivos y comunitarios. Con la 8va. Marcha por el Derecho a la Salud Mental pronta a realizarse, el Estado enmudece algunos mensajes artísticos. ¿Qué es lo que se borra? ¿Qué es lo digno de ser mostrado como bello? ¿Qué es lo invisibilizado?

Por Redacción La tinta

(Fuente: La Tinta)

Antes:



(Foto: gentileza Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos)

Después:

(Foto: gentileza Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos)

(Foto: gentileza La Tinta)