

Ortolani, Joaquina

**Desafíos y Reinenciones de
un equipo interdisciplinario
de salud en un Centro
Integral Infanto Juvenil en
tiempos de Pandemia Covid-
19**

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

Directora: De Biaggio, Rosario

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



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

“Desafíos y Reinenciones de un equipo interdisciplinario de salud en un Centro Integral Infanto Juvenil en tiempos de Pandemia Covid-19”



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad de Sistematización de Prácticas

Contexto Sanitario

*“Desafíos y Reinenciones de un equipo interdisciplinario de salud en un Centro Integral
Infanto Juvenil en tiempos de Pandemia Covid-19”*

Alumna: Joaquina Ortolani

Directora: Lic. Mgter. Rosario De Biaggio

2023

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Javier y Lorena, mis referentes y pilares en mi vida, quienes confiaron en mí durante todos estos años y me acompañaron incondicionalmente. A mis hermanos: Nahuel, Martina y Magdalena, quienes desde el inicio me tomaron bien fuerte de la mano y me ayudaron a sobrellevar aquellas dificultades que se presentaron en el camino. Ellos son mis motores de vida.

A mi amiga y compañera, Florencia, con quien comenzamos a recorrer este trayecto de formación tan importante para nuestro futuro y en conjunto adquirimos grandes aprendizajes. Sin su apoyo, la vivencia universitaria no hubiese sido igual.

A mis amigos de la vida, quienes me apoyan y se alegran por mis logros como si fueran suyos. Con ellos la vida es más divertida.

A mi psicóloga, una parte primordial de este proceso. Con ella fui abriendo mi camino y construyendo herramientas que me ayudaran a asumir responsablemente esta profesión.

Al Centro Integral Infanto Juvenil, por recibirme tan amablemente en su trabajo diario y darme la oportunidad de vivir esta experiencia en tiempos difíciles, en tiempos de pandemia. En especial a Cecilia, mi referente de prácticas, quien de manera desinteresada dedicó su tiempo en acompañarme y contenerme. De ella, así como también del equipo de profesionales de la institución, me llevo grandes enseñanzas y muy buenos recuerdos, que se guardarán por siempre en mi corazón.

A la Universidad Católica de Córdoba, a cada docente que me ha formado. En especial a Rosario, mi directora y mi compañera de tantos momentos y encuentros. Ella siempre estuvo ahí. La elegí para que sea mi guía, porque confío en ella y porque es de esas guías firmes, contenedoras y seguras que me sostuvo desde su sabiduría, desde su escucha y sus palabras. Ella me ayudó a descubrirme en este hermoso rol y a que mi Trabajo Integrador Final fuera posible.

A todos, ¡muchas gracias!, porque hicieron de este proceso una experiencia única. Y porque estoy convencida que siempre necesitamos de otros para construir, crecer y enriquecernos.

INDICE GENERAL

1.INTRODUCCIÓN	8
2.CONTEXTO DE PRÁCTICA	12
2.1. Origen de la Psicología Sanitaria: ejercicio del quehacer del psicólogo sanitario - Proceso Salud-Enfermedad	13
2.2. Promoción, Prevención de la Salud y Enfoque de derechos	16
2.3.Contexto actual de Pandemia Covid-19: Abordaje comunitario e interdisciplinario como propuesta.....	17
3.CONTEXTO INSTITUCIONAL	20
3.1. Breve historia del Centro Integral Infanto Juvenil	21
3.2. Finalidad del Centro Integral Infanto Juvenil.....	22
3.3.Objetivos del Centro Integral Infanto Juvenil 222	
3.3.1. Objetivo General.....	22
3.3.2. Objetivos Específicos	22
3.4.Población de Asistencia.....	23
3.5.Organigrama de la institución.....	24
3.6.Profesionales y Actividades de la institución.....	26
3.7.Modalidad de trabajo actual	27
4.EJE DE SISTEMATIZACIÓN	29
5. OBJETIVOS	31
5.1. Objetivo general	32
5.2. Objetivos específicos.....	32
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	33
6.1. Tiempos complejos: nuevos desafíos	34
6.2. Ciudadanía en tiempos complejos	36
6.3. Los tiempos de hoy: lo instantáneo, lo súper veloz y lo semieterno, lo ínfimo y lo inconmensurable 388	
6.4.Tiempos complejos: tiempos de pandemia Covid-19	39
6.5.Crisis por Covid-19: oportunidad de cambio	41
6.6.La Interdisciplina: un desafío complejo en tiempos complejos	44

6.7. Dispositivos	46
6.8. La virtualidad: como dispositivo esencial en tiempos de covid-19	48
6.9. Atención primaria y la Promoción de la salud: intervenciones que se producen en contexto	49
7. MODALIDAD DE TRABAJO	52
7.1. Técnicas de recolección y análisis de datos	54
7.2. Implicancias éticas	56
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	58
8.1. Recuperación del proceso vivido	59
8.1.1. Primer momento: momentos previos al encuentro institucional	59
8.1.2. Segundo momento: primeros encuentros institucionales- ingresando al terreno de la práctica	60
8.1.3. Tercer momento: ¿sentirme o no sentirme parte?	63
8.1.4. Cuarto momento: encuentros que habilitan y dan lugar a lo complejo, a lo diverso, a lo diferente	66
8.1.5. Quinto momento: hacia el final de la práctica	71
8.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	71
8.2.1. Desafíos complejos y reinenciones creativas	72
8.2.2. Dispositivos interdisciplinarios en tiempos de Covid-19	84
8.2.3. Espacios y Dispositivos interdisciplinarios: un ámbito de ciudadanía, de promoción de salud	92
9. CONCLUSIÓN	97
10. BIBLIOGRAFÍA	105
INDICE DE ILUTRACIONES	113

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

-PPS: Prácticas Profesionales Supervisadas

-CIIJ: Centro Integral Infanto Juvenil

-OMS: Organización Mundial de la Salud

-OPS: Organización Panamericana de la Salud

-IPPS: Instituto de Políticas Públicas en Salud

1. INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo desarrollo la elaboración de la experiencia de mi paso por las Prácticas Profesionales Supervisadas, una experiencia práctica sumamente enriquecedora que vivencié a lo largo del año 2021 en el Centro Integral Infanto Juvenil en la ciudad de Córdoba. Esta vivencia fue mucho más que la condición necesaria para la obtención del título de Licenciada en Psicología, ya que me permitió comenzar a construir mi rol como profesional. Un rol activo, analítico, crítico, interdisciplinario y complejo que merece nuestro abordaje. Y puedo decir que hoy no soy la misma, después de haberme encontrado con la realidad de la práctica.

Para poder caminar y hacer propia la vivencia, en otras palabras, “aprehenderla”, debemos detenernos y reflexionar sobre ella, sólo así lograremos comprenderla. Y es aquí donde merece protagonismo la dimensión temporal, aquella que nos prepara el terreno para procesar lo vivido y observar desde otra perspectiva. Hoy, a más de un año de haber transitado las prácticas profesionales, puedo dar cuenta que esta experiencia me permitió ampliar la concepción del profesional psicólogo en su campo de acción. Aunque creía que se trataba de un trabajo solitario, pude comprender que este se basa en una práctica que se construye con otros, a partir de una mirada integral del sujeto. Por ello, a partir de un posicionamiento complejo frente a lo sanitario, pude conocer y aprender nuevas herramientas para abordarlo.

A los fines de que el lector entienda las vivencias personales, contextualizo y recupero el proceso vivido con algunas inquietudes e interrogantes al respecto. Cuando nos detenemos a pensar la práctica, ésta nos interpela. Cuando creíamos haber encontrado certezas, y comenzamos a reflexionar con el paso del tiempo, estas se desvanecen y traen como consecuencia el nacimiento de nuevas preguntas que enriquecen la experiencia. Convirtiéndose las mismas en la brújula guía que me acompañó en la práctica y permitió llevar adelante este trabajo y comprender que el tesoro de esta profesión no es encerrarnos en lo simple, sino adentrarse a una experiencia compleja, donde priman las múltiples interpretaciones, las incertidumbres, aquellas que nos invitan a poner en juego nuestras capacidades creativas y hacer uso de aquello cerrado y vacío como fuerza y empuje de nuestra práctica.

El eje de este trabajo, *“Desafíos y Reinenciones de un equipo interdisciplinario de salud en un Centro Integral Infanto Juvenil en tiempos de Pandemia Covid-19”* surge a partir de la experiencia personal previamente descrita en el Centro Integral Infanto Juvenil, en un intento por comprender de qué manera un equipo interdisciplinario de salud atraviesa diversos desafíos y se

reinventa para sostener la demanda en tiempos donde prima el caos, en tiempos de Covid-19.

Los “lentes” a través de los cuales pretendo abordar el eje mencionado son los “lentes de la complejidad”, principal mirada desde la cual me posiciono para leer y narrar lo transitado. Elegí este enfoque porque considero que es la base de toda mirada integral, más allá de cualquier línea teórica. A su vez, al ser un paradigma flexible y abierto, me permite pensar en las diversas variables que intervinieron en la experiencia práctica y enriquecer mi trabajo. Además, en primer lugar, utilizo un lineamiento teórico sanitario, aquel que me ayuda a contextualizar la experiencia y comprender la práctica en salud hoy, es decir, en un Centro Integral Infanto Juvenil de la ciudad de Córdoba, que se encuentra atravesado por un contexto de Pandemia. Y, en segundo lugar, me permito utilizar los aportes del psicoanálisis, debido a que los mismos le dan profundidad a mi relato y un soporte teórico a mis pensamientos y percepciones en esta aproximación a comprender qué está sucediendo en las prácticas de salud hoy.

En el primer capítulo de este trabajo, presento un recuento de la historia de la psicología sanitaria, pasando por el ejercicio del quehacer del psicólogo sanitario, teniendo en cuenta las variables que interfieren su labor y bajo qué realidad se desempeña hoy. También me detengo a pensar en el contexto institucional en el cual la experiencia trascendió, cuáles son sus características y qué cosas identifican al Centro Integral Infanto Juvenil. De esta manera, puedo analizar la vivencia desde una mirada amplia, teniendo en cuenta todos los elementos que de algún modo hicieron su aporte.

Luego, realizo un análisis exhaustivo de la práctica, narrando la propia experiencia, apoyada por registros de observación y entrevistas que enlacé con el sustento teórico y la palabra de autores que me ayudaron a pensar y a “tejer” el proceso que significó la elaboración de este trabajo.

Para finalizar, doy lugar a las ideas principales a las que arribé. Expongo aquellas hipótesis que dan una posible respuesta a las preguntas que guiaron este trabajo y despertaron mi interés en el primer acercamiento con el rol del profesional de la salud en tiempos de Pandemia Covid-19.

¡Bienvenidos!

“En este tiempo, emprendo un viaje al universo de la experiencia. Observo, me equivoco, retrocedo, reflexiono, comienzo de cero. Converso, analizo y prosigo para al fin comprender que de la mano de un compañero el camino se vuelve más ameno y se posibilitan así encuentros complejos que nos invitan a seguir aprendiendo y empezar de nuevo.”

(Ortolani, J, 2023)

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 ORIGEN DE LA PSICOLOGÍA SANITARIA: EJERCICIO DEL QUEHACER DEL PSICÓLOGO SANITARIO - PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

A mediados del siglo XXI, en la Argentina, el avance de las problemáticas de Salud Pública crecía a pasos agigantados, especialmente aquellas que provenían de la pobreza y la exclusión social, las cuales quedaban por fuera de los ámbitos privados de Salud. Donde a su vez, la práctica profesional de la psicología se había escindido del Equipo Multidisciplinario de Salud y en la que el psicólogo se encontraba inhabilitado para insertarse en el ámbito de la Salud Pública. (Saforcada, 2012). Siguiendo los aportes del autor, en el año 1969 se crea en la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba, el Centro de Investigación en Psicología Social, el cual, mediante el arduo trabajo de un grupo de profesionales, permitió que la psicología tomara una perspectiva social y comunitaria en los ámbitos académicos y se desarrollara de esta manera un nuevo enfoque del quehacer psicológico en el campo de la salud pública, a pesar de que durante la Dictadura Militar Argentina de los años 70, el Estado haya considerado pertinente cerrar y eliminar esta agrupación. Tras la vuelta del país a la vida democrática, esta orientación se reinstala en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, como así también en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

En este contexto, la Psicología Sanitaria se consolida en el año 1989, desde el punto de vista profesional, año en el que el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba otorga los títulos de especialistas a través de un reglamento de Especialidades que involucra, entre otros, el de Psicólogo Sanitarista. Este define a la psicología sanitaria desde su esfera de acción, campo de acción y objetivos de estudio:

Se considera área de la psicología sanitaria a la esfera de acción del psicólogo que abarca el campo de la Salud colectiva (incluyendo dentro de ésta a la salud mental), en instituciones estatales y/o no gubernamentales o privadas. El objeto de estudio e intervención es el proceso de salud-enfermedad en tanto proceso colectivo sometido a determinantes y condicionantes macroestructurales y biopsicosociales. Implica la consideración de los factores económicos, políticos, sociales, culturales, históricos y antropológicos. El campo de acción es la vida cotidiana en cualquiera de sus ámbitos, donde se producen, distribuyen y expresan, los procesos vitales de individuos y grupos. (1989, p.11)

A su vez, consideramos pertinente destacar lo planteado por Díaz (2010), ya que nos permite continuar contextualizando a la psicología sanitaria desde sus orígenes. La autora postula que históricamente la salud y la enfermedad han sido entendidas desde un esquema unicausal, propio de la medicina, donde las causas biológicas de las mismas son las únicas y las últimas para explicarlas. Sin embargo, esta visión reduccionista de los problemas de salud ha sido cuestionada por los campos de las disciplinas sociales, los que proponen una nueva perspectiva multicausal, entendiendo a la salud y a la enfermedad como un proceso en donde no solo intervienen factores biológicos, sino también sociales, históricos y culturales. Esta nueva perspectiva, tomando a Calatayud (2009), ha posibilitado que nuevas disciplinas contribuyan al estudio de un campo que tradicionalmente fue exclusivo de la medicina, donde principalmente la psicología de la salud, se configuró como:

La rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud [...] le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en la condición de enfermedad, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividades que incluyen acciones para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben. (p.88)

Es así que la conceptualización de Calatayud sobre la psicología de la salud posibilita una mayor comprensión del ejercicio que le compete al Psicólogo Sanitario, que incluye planificar, programar, evaluar, auditar, administrar y ejecutar políticas sanitarias; coordinar y supervisar programas de su campo específico; analizar el proceso salud-enfermedad y sus determinantes políticos, sociales, económicos y otros desde el área de su competencia; prevención y promoción de la salud; educación para la salud y la calidad de vida. (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2012).

En este sentido, la salud ha sido conceptualizada a partir de diversos postulados. Uno de ellos, tiene que ver con el planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), la cual la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la

ausencia de enfermedad o afección”. A pesar de que esta concepción de la salud es la más difundida, ha sido fuertemente criticada por estar planteada desde una mirada clínica, y de esta manera, al caracterizar a la salud –y dentro de ella a la salud mental– como un “estado”, quedan como algo estático y difícil de variar en función de las condiciones medioambientales del sujeto (Calatayud, 2009). Por otro lado, nos encontramos con la definición que propone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual dice en su art. 3°:

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

Pensar a la salud como un proceso implica analizarla como un conjunto de sucesos y que como afirma Calatayud (2009), “no es posible comprender la salud sin comprender la enfermedad y viceversa” (p.19). Es decir, que también implica tomar al proceso salud-enfermedad como un continuo de la vida en donde nadie nunca está completamente sano ni completamente enfermo. Entendemos de esta manera, al proceso Salud-Enfermedad desde la visión de Cristina Laurell (1987), quien lo define como un proceso social, histórico, dinámico y colectivo. Es histórico porque la definición de lo que se considera salud y lo que se considera enfermedad varía –y sigue variando a lo largo de la historia debido a los cambios sociales que tienen lugar en el mundo–; es dinámico porque son dos procesos que se influyen mutuamente y, por último, es colectivo porque estas conceptualizaciones se establecen en función de las características que comparte un determinado grupo de personas.

A su vez, el proceso salud-enfermedad de las poblaciones está condicionado por los *determinantes de la salud*. Villar Aguirre (2011) los define como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

-Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del Estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos.

-Los que son de responsabilidad del sector salud, dentro del accionar del Estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros.

2.2. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN DE LA SALUD Y ENFOQUE DE DERECHOS

Podemos definir la *Promoción de la Salud* tomando los aportes de Marchiori Buss (2008), quien retoma lo expresado en la Carta de Ottawa (2002), como “el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso” (p. 36). Esta apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar medios de capacitación que permitan a todas las personas realizar su potencial de salud. Dicho concepto juega un papel fundamental dentro de las políticas públicas saludables, las que según De Lellis (2010) fomentan la protección y el cuidado de bienes públicos que son considerados esenciales para el mantenimiento del bienestar y la calidad de vida de la población. El autor plantea que la Promoción de la Salud debe figurar de un modo articulado en la agenda política de todos los sectores y de todos los niveles del gobierno (nacional, provincial, municipal) e instrumentarse a través de medidas legislativas, fiscales, presupuestarias, administrativas y/o incentivos económicos, asumiendo que esta no se ocupa únicamente de promover el desarrollo de habilidades personales para influir sobre la salud, sino que también interviene reforzando sobre aquellos factores medioambientales que sostienen estilos de vida saludables, como también modificando otros que impiden ponerlos en práctica.

Si continuamos con la caracterización del contexto sanitario, el accionar de los profesionales que ejercen su labor en esta área se enmarca dentro de los tres niveles de prevención –la prevención primaria, la secundaria y la terciaria–, los cuales fueron propuestos y descritos por Caplan (1964). Sin embargo, Videla (1993), propone una revisión crítica de lo planteado por Caplan, y sostiene que la salud y la salud mental pueden atenderse desde distintas prácticas preventivas, llevadas a cabo por diferentes profesionales, las cuales tienen como resultado la disminución de la aparición de ciertos trastornos mentales, la duración y el deterioro de los mismos. Además, postula que la prevención es una acción integral, por lo que es necesario que la misma se

establezca como una política proveniente desde los gobiernos y sistemas de salud ya que son estos los grupos capaces de realizar una planificación presupuestaria para poder realizar las prevenciones de la manera correcta y logrando el mayor alcance social posible. Es importante aclarar que esta conceptualización –Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria– es dejada de lado por quienes priorizan la terminología “Prevención” y “Prevención Profunda”. En función de esto, es significativo tener en cuenta lo desarrollado por Zaldúa (2016) et. al, ya que destacan el papel fundamental del poder y las decisiones políticas tomadas y sus efectos en la salud de los habitantes:

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

Para poder establecer los planes y proyectos y lograr realizar una correcta prevención y promoción de la salud, los mismos deben estar desarrollados desde un enfoque de derechos, el cual se caracteriza por ser el lente adoptado por la comunidad internacional que orienta la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. Según Abramovich “el enfoque basado en derechos establece un marco conceptual para la formulación y evaluación de las políticas y estrategias de desarrollo” (2006, p. 41). El objetivo principal de estas iniciativas es reconocer las demandas de aquellos sectores excluidos dentro del orden social y que padecen una alta vulnerabilidad bio-psico-social (Arcidiacono, 2008). Entonces, las políticas públicas planteadas por los gobiernos se deben realizar desde una visión general y abarcativa, atendiendo tanto a los problemas y necesidades de la sociedad, como también a las soluciones posibles; siendo el factor humano, una condición de obligatoriedad para las mismas (De Lellis, 2006).

2.3.CONTEXTO ACTUAL DE PANDEMIA COVID-19: ABORDAJE COMUNITARIO E INTERDISCIPLINARIO COMO PROPUESTA

El 11 de marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró la emergencia sanitaria internacional por Covid-19. Herrero y Belardo (2020), explican que la crisis que se

extiende hasta la actualidad pone en la agenda política a la salud como un asunto internacional, que implica un proceso de avances, retrocesos y conflictos por el poder, que nos permiten entender a la pandemia y su impacto sobre los sistemas de salud. De este modo, plantean que la salud no remite a un concepto estático o a-histórico, sino que es producto de un complejo proceso de determinación social y de condiciones variadas que terminan por impactar la salud de las poblaciones e individuos. Esto se ve reflejado en el hecho de que la política asumida por los Estados ante la salud, puede ser concebida como un derecho humano o como una mercancía. Por ello, desde el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, frente a la emergencia sanitaria producto de la irrupción de la pandemia de Covid-19, los equipos técnicos estuvieron focalizados en el desarrollo de herramientas para implementar un plan de acción para la construcción de una Red Nacional de Respuesta en Salud Mental y Apoyo Psicosocial frente a Emergencias y Desastres (2020).

Desde la perspectiva de la Salud Mental, debemos tener en cuenta que, después de una situación crítica propiamente dicha, las problemáticas de salud requerirán de atención tanto en salud mental como de apoyo psicosocial durante un período de tiempo, cuando las personas afectadas comiencen la tarea de reconstruir sus vidas (Ministerio de Salud, 2020). Es por ello, que, en situaciones de emergencia, los Servicios de Salud Mental con base comunitaria deben fortalecerse, capacitarse y organizarse para dar respuestas y garantizar la efectividad de las intervenciones de los equipos disponibles en el Primer Nivel de Atención, tales como socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios. “La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada sólo en el impacto traumático, debe ser amplia y dimensionarse más allá del evento originador en cuestión” (OPS, 2002, p. 3).

A partir de lo elaborado en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres (plan de acción [2020]), para realizar una planificación estratégica debemos considerar lo postulado por la OPS/OMS y la Matriz de Intervenciones IASC, quienes proponen una serie de lineamientos que pueden ser adoptados por instituciones públicas, privadas y organizaciones de las distintas jurisdicciones o regiones del país. En primer lugar debemos adoptar una estrategia interdisciplinaria y multisectorial, en segundo lugar debemos poner en marcha un enfoque basado en: a. la vulnerabilidad y el riesgo; b. los Derechos Humanos; c. la consideración de las características étnicas, lingüísticas y culturales; d. la equidad de género, y por último se debe

efectuar una intervención de Salud Mental realizando un diagnóstico comunitario amplio e inclusivo que tenga en consideración el contexto sociocultural, la perspectiva de género, los grupos etarios, la identificación de líderes o referentes, la definición de necesidades por parte de la propia población, etc.

Lo postulado hasta el momento requiere de una aproximación que dé cuenta de su complejidad; y como expresa Stolkiner (2005) no podríamos abordar estas problemáticas sino es a partir del trabajo interdisciplinario, aquel que requiere una labor constante y sostenida. La interdisciplina, al decir de la autora, es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina legitimando algo que existía previamente, como las importaciones de un campo a otro y las diversas posturas teóricas en el abordaje de los problemas que atraviesan distintos saberes disciplinarios. Porque, “la interdisciplina sea de la índole que sea se inscribe en la acción cooperativa de los sujetos” (Stolkiner, 2005, p.5).

A su vez, desde los aportes de Von Bernhardi (2021) podemos comprender que la emergencia sanitaria actual adquiere significados diversos dependiendo de quién la observa, ya que cada disciplina comprende diferentes posturas teóricas y metodológicas pero que en conjunto permiten la apertura de un nuevo espacio y posibilitan efectuar una comprensión de nuestra crisis sanitaria actual desde todas las aristas. Es decir, no solo desde la visión sanitaria, sino teniendo en cuenta los procesos biológicos, psíquicos, históricos, económicos y políticos que encarna la misma. La interdisciplina, para que valga la pena, no es una cuestión de adición, sino de negociación: “Aquí radica una tarea para nosotros, los académicos. Haríamos bien en abordar las complejidades de estos conflictos, manteniendo conversaciones interdisciplinarias, reconociendo que colaborar requiere elaborar compromisos y analizar cómo y dónde se pueden acomodar objetivos divergentes” (Von Bernhardi, 2021, p.1).

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. BREVE HISTORIA DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL

Luego de haber recabado información de diferentes fuentes, como TIF de grado de años anteriores, entrevistas con referentes de la institución, he obtenido los siguientes datos acerca del contexto institucional donde realicé las prácticas.

El Centro Infanto Juvenil, institución dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, surgió debido a que la red de salud Mental de la provincia de Córdoba, en el año 2005, vislumbró un aumento de las demandas de espacios de atención ambulatoria para niñas, niños y adolescentes, ya que las mismas superaban las prestaciones o los servicios existentes en el sistema de la Red de Salud de la ciudad de Córdoba. Como consecuencia, se necesitaba que hubiera un centro ambulatorio más para la atención de niñas, niños y adolescentes. De esta manera con la iniciativa de la Subsecretaría de Programas y Planificación Sanitaria, en común acuerdo con la coordinación del programa de Salud Familiar y Gerencia de Salud Mental, surgió la propuesta de conformar un nuevo equipo de Salud Mental, compuesto por profesionales provenientes de la Residencia de Salud Mental y de la Residencia de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Córdoba.

Así, en diciembre del 2005, cuatro psicólogos y psicólogas, una psiquiatra y una trabajadora social, comenzaron a trabajar pensando en un programa que propicie un espacio de atención integral, integrada y continua del niño, adolescente y su familia que consultan por dificultades de Salud Mental.

Tras diferentes propuestas en cuanto a la elección del nombre del Centro, se presentaron diferentes problemáticas atravesadas en cuanto al lugar físico para que el mismo se establezca, ya que en este tiempo solo se usaban dos de los consultorios que había en el Hospital San Roque (viejo). Es así que, el 17 de abril del 2006, se atendió por primera vez a una familia, y recién un 7 de agosto del año 2007, se inauguró oficialmente el “Centro Integral Infanto Juvenil” situado en la calle Rosario de Santa Fe 374 de la Ciudad de Córdoba Capital (primer piso del Edificio del Hospital San Roque Viejo).

3.2. FINALIDAD DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL

El Centro Interdisciplinario de Atención Integral y formación en salud mental de niñas y niños y su familia, desde una perspectiva de derecho, apunta a la prevención, promoción de la salud y psicoasistencia con el fin de contribuir al desarrollo psicosocial de niños y niñas, y favorecer vínculos saludables con su entorno a través de dispositivos de atención en salud mental.

3.3.OBJETIVOS DEL CENTRO INTEGRAL INFANTO JUVENIL

3.3.1.OBJETIVO GENERAL

-Propiciar dispositivos de intervención de atención en Salud Mental infanto-juvenil que posibiliten el abordaje integral interdisciplinario e intersectorial de diferentes problemáticas en salud mental de niños, niñas y adolescentes que lo ameriten del área de referencia Sur de la Provincia de Córdoba, desde un enfoque de derecho. Siendo sus principales lineamientos:

- Respeto por la autonomía y singularidad del niño y su familia.
- Enfoque biopsicosocial territorial desde el paradigma de la complejidad.
- Trabajo en red –articulación intersectorial e interinstitucional.
- Respeto por la normativa vigente –Ley de Salud Mental–, protección de derechos de niños, niñas y adolescentes.

3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Implementar y sostener dispositivos de atención en salud mental infanto-juvenil para niños y su familia.

-Articular con efectores de primer, segundo y tercer nivel de atención de salud mental de la provincia de Córdoba para acordar modalidades de intervención de los distintos centros de salud a los fines de facilitar la accesibilidad de atención en salud mental infanto-juvenil a la población que lo requiera.

-Articular acciones con instituciones públicas y privadas del sector salud, educación, justicia, SENAF, a fin de mejorar la integralidad y efectividad de la atención de las diversas problemáticas en salud mental infanto-juvenil teniendo en cuenta la complejidad de las situaciones abordadas.

-Fortalecer los espacios de capacitación de pre y posgrado e investigación en salud mental infanto-juvenil desde una perspectiva de derecho acorde al contexto socioeconómico actual y cultural que posibiliten mejorar la atención en salud mental infanto-juvenil.

-Participar en los distintos espacios de debate y construcción de políticas públicas en relación a la salud –salud mental– y derechos de la infancia.

3.4. POBLACIÓN DE ASISTENCIA

La población que asiste al Centro Integral Infanto Juvenil está compuesta por niños, adolescentes de entre 0 y 13 años de edad y su familia quienes residen en la zona sur de la ciudad de Córdoba. Los mismos pertenecen a grupos vulnerados de la sociedad, quienes están atravesados por una pobreza estructural y/o tienen dificultades para poder contar con los recursos necesarios para poder satisfacer incluso las necesidades básicas. Si bien algunos pacientes llegan “solos” –por motivación personal o familiar– las consultas en su mayoría responden a derivaciones por parte de Escuelas Primarias y Secundarias, Dirección de Regímenes Especiales, Centros de Salud de la Capital e Interior de Córdoba de 1º, 2º y 3º nivel de complejidad, Hospital Pediátrico, Hospital de Niños y Hospital Municipal, Discapacidad, SENAF, Polo de la mujer, Tribunales de Justicia, entre otras instituciones capaces de distinguir la presencia de algún malestar en los niños y niñas –o en las familias– y realizar una interconsulta con el Centro Integral Infanto Juvenil para que la institución pueda trabajarse en pos de solucionar el malestar desde una perspectiva más integral y holística. Además, se destaca que es la única institución pública, a nivel provincial, que trabaja con esta población, quien es considerada como una población compuesta de sujetos de derechos, que asiste a la institución para (re)generar un fortalecimiento de los vínculos saludables con su entorno, haciendo uso de diversos dispositivos de atención en salud mental.

A su vez, las principales problemáticas que se abordan tienen que ver con dificultades

conductuales y de aprendizaje, problemáticas familiares y psicosociales (problemas relacionados con la crianza, estilo de vida, hechos negativos en la niñez, violencia y maltrato familiar, abuso sexual, abandono).

3.5.ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN

El Centro Integral Infanto Juvenil tiene un organigrama particular en el cual se destaca que dentro de cada una de las cinco disciplinas también se encuentran cinco residentes y diferentes practicantes de dichas profesiones pertenecientes a distintas universidades, los cuales van cambiando año tras año. También se destaca que, durante el año 2020 y dentro de la institución se han producido cambios debido a la jubilación de su directora Mirtha Moreno, cargo que por el momento no puede ser asumido oficialmente en función de la situación de pandemia, pero a pesar de esto, la institución ha definido como su nueva directora a la Licenciada Gabriela Nousari, psicóloga que trabaja en la institución, con experiencia en la dirección y la coordinación de equipos de trabajo.

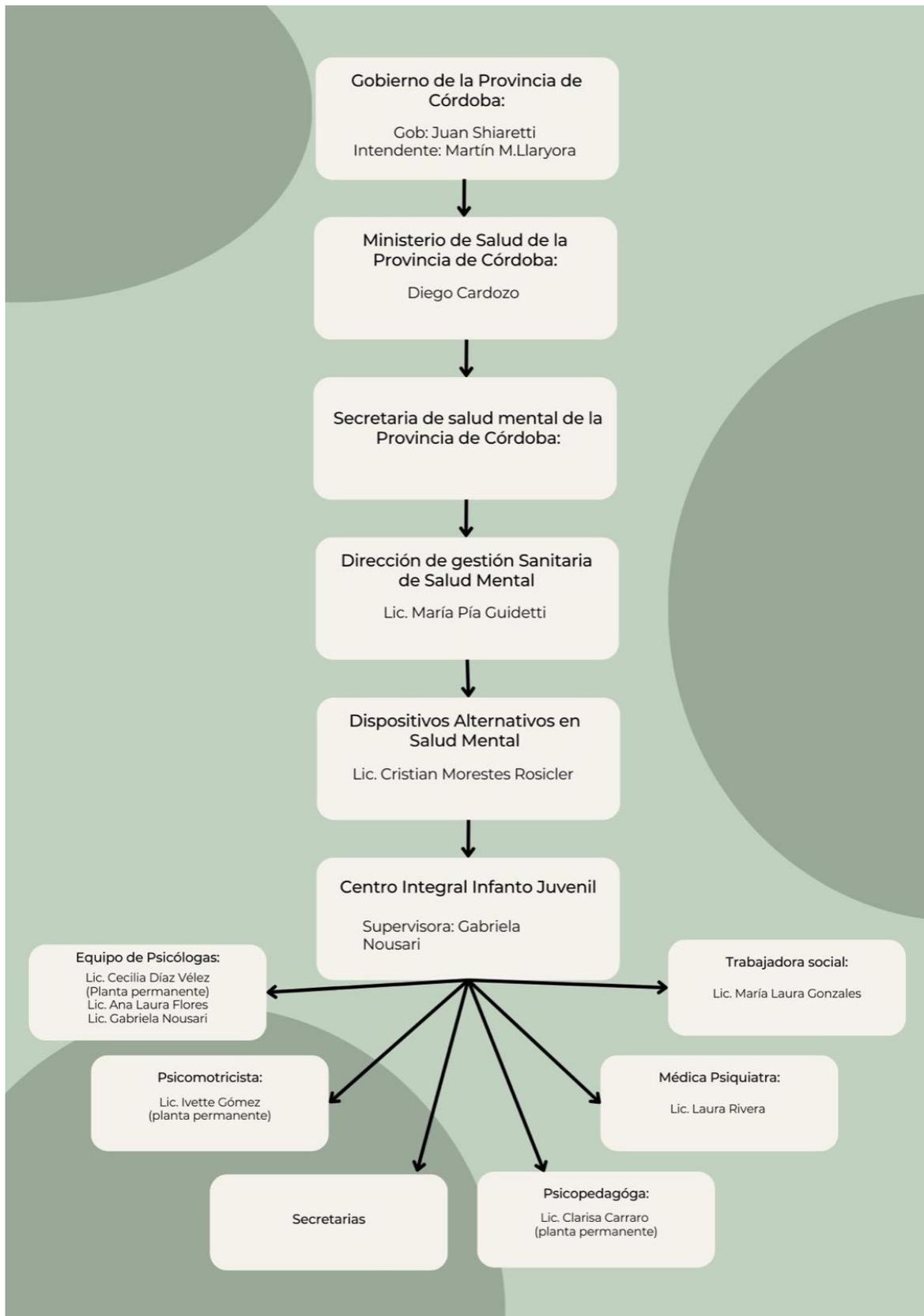


Ilustración 1: Organigrama Institucional. Fuente: Propia.

3.6.PROFESIONALES Y ACTIVIDADES DE LA INSTITUCIÓN

El Centro Integral Infanto Juvenil (CIIJ), teniendo en cuenta su organización interna, está compuesto por tres psicólogas, una psicopedagoga, una psicomotricista, una psiquiatra, una trabajadora social, una secretaria administrativa, cuatro residentes y una jefa de la Residencia. Las actividades que se desarrollan en el CIIJ son:

-Entrevistas de recepción: dispositivo que se realiza a partir de la escucha del motivo de consulta, con el objetivo de poder determinar la demanda y así llevar a cabo un abordaje según cada caso particular.

-Tratamientos individuales: Psicoasistencia destinada al tratamiento y seguimiento del caso tanto de niños, niñas y su familia.

-Talleres creativos y recreativos: Dispositivos complementarios con fines terapéuticos donde se le da un lugar importante a los espacios de creatividad y sociabilización.

-Revista de casos: Espacio donde los profesionales debaten, reflexionan y evalúan las estrategias de abordaje interdisciplinarias e intersectoriales que se les designa a los niños, niñas y familia que asisten al Centro Integral Infanto Juvenil, así como también de aquellas situaciones cuya complejidad excediera las posibilidades de resolución de los equipos referenciales. Dicha institución cuenta con antecedentes de trabajos realizados tanto de estudiantes de la carrera de Psicología de la UCC, pasantes de la UNC y residentes de la RISAMIJ.

-Ateneos y capacitaciones internas: Se emprenden las respectivas actividades como instancias de capacitación y formación continua que todo profesional de la salud debe adquirir. El Centro Integral Infanto Juvenil forma parte del Fórum de Infancias de Córdoba, Movimiento Interdisciplinario y Federal de lucha contra la patologización y medicalización de las Infancias y Adolescencias. En estos espacios, se organizaron eventos, así como también se presentaron trabajos y disertaciones en la temática; y de la Red Intersectorial de Infancias, Red de referentes institucionales de distintos sectores y jurisdicciones de salud, educación, justicia, poder judicial, SENAF, así como ONG que trabajan en relación a la

temática infanto-juvenil. El centro forma parte de la Red intersectorial, cuyo objetivo es trabajar en forma conjunta en relación a problemáticas infanto-juveniles actuales.

3.7.MODALIDAD DE TRABAJO ACTUAL

La institución no se encuentra exenta de la situación actual de Pandemia por Covid-19. A partir del año 2020 se ha visto atravesada por diversas modificaciones en cuanto a sus formas de trabajo para mantener en pie sus fines y objetivos en pos de la salud mental y física de los niños y su familia. Aspecto que se desarrollará en profundidad en el primer y segundo objetivo planteado en este trabajo.

En el año 2019 el equipo de trabajo del Centro Integral Infanto Juvenil estaba conformado por seis psicólogas, una trabajadora social, una psicopedagoga, una psicomotricista, una psiquiatra y tres secretarias administrativas. El horario de trabajo era de 7:30 a 18:00 hs. y contaba con cinco ambientes de trabajo, los cuales se usaban para la atención clínica individual, familiar y grupal; y una sala de espera que era utilizada para realizar talleres y trabajos en grupos. Hasta febrero del 2020, las profesionales trabajaban compartiendo los horarios y los distintos espacios de la institución, realizaban reuniones de equipo y se encontraban dentro del mismo edificio efectuando de manera paralela sus labores profesionales. Sin embargo, tras la llegada de la pandemia a las instituciones de salud, el CIIJ se enfrentó al desafío de modificar su práctica cotidiana a la virtualidad, encontrándose tanto en el año 2020 como en el 2021, con nuevos modos de intervenir en la atención de sus pacientes.

Para poder receptar la demanda, en un primer tiempo, las profesionales utilizaron el dispositivo telefónico y cuando la situación durante el 2021 se encontró estable y sin picos de contagios, se habilitaron los encuentros presenciales, posibilitándose la alternativa de elegir entre la atención virtual o presencial, dependiendo de la necesidad de cada familia.

A su vez, con la llegada de la prespecialidad nuevamente a la institución y en consiguiente el regreso de las residentes al equipo de trabajo, los espacios sufrieron modificaciones. En un primer momento, estos se compartían entre las profesionales de planta y en un segundo momento

entre profesionales y residentes, debido a la escasa cantidad de los mismos. De esta manera, se convirtió en un gran desafío poder cumplir con los protocolos de medidas de prevención y seguridad por Covid-19 establecidas por el Gobierno Nacional.

Por otra parte, las actividades grupales como los talleres de carácter preventivo y de promoción de salud que se ponían en marcha en la sala de espera se encontraron suspendidas siguiendo las normativas establecidas por el Centro de Operaciones de Emergencia (COE).

Por último, se implementó el uso de la red social WhatsApp como dispositivo para tomar la primera escucha de quienes consultan a partir de un mensaje automático que permite evaluar la situación de los mismos y dependiendo sea el caso derivarlos a las instituciones que conforman la Red de Salud Mental de la ciudad de Córdoba o coordinar con ellos una primera entrevista. Además, permitió la digitalización de las historias clínicas.

Con el tiempo las profesionales se fueron adaptando a esta modalidad, pudiendo utilizar las herramientas que brinda la virtualidad de una mejor manera. Por otro lado, la institución no solo respondió a la demanda de la sociedad brindando un servicio esencial en el ámbito de la salud, también en el Centro Integral Infanto Juvenil existen espacios de formación de Pre y Postgrado para estudiantes y egresados de las carreras de: Psicología, Trabajo Social y Psicopedagogía. Estas actividades pudieron mantenerse, permitiendo que las residentes de las diferentes disciplinas pudieran seguir teniendo su espacio en la institución logrando sus objetivos de formación.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Desafíos y reinversiones de un equipo interdisciplinario de salud en un Centro Integral Infanto Juvenil en tiempos de Pandemia Covid-19.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

-Conocer los desafíos y reinversiones de un equipo interdisciplinario de salud en un Centro Integral Infanto Juvenil en tiempos de Pandemia Covid-19.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Analizar los desafíos y reinversiones de un equipo interdisciplinario de salud en un Centro Integral Infanto Juvenil en tiempos de Pandemia Covid-19.

- Identificar los espacios y dispositivos interdisciplinarios que se han desplegado durante el período de pandemia en la institución.

-Indagar acerca de estos espacios y dispositivos interdisciplinarios como promotores de salud desde una visión integral del sujeto.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1. TIEMPOS COMPLEJOS: NUEVOS DESAFÍOS

Garzaniti y Romero (2018), postulan que para adentrarnos en el escenario de trabajo en salud, debemos posicionarnos desde el paradigma de la complejidad, entendiendo, que para abordar las problemáticas que allí se presentan, es necesario pensar en términos de entrecruzamientos de saberes, de discursos puestos a trabajar en equipo, donde la subjetividad se pone siempre en juego y “el cruce entre lo subjetivo, lo individual, lo colectivo, lo cultural y lo social deben ser tenidos en cuenta al abordar la salud de cada persona que consulta y las acciones que el sistema de salud planifica” (Perrota, 2014, p.1, citado en Garzaniti y Romero, 2018). Sin embargo, para comprender la complejidad, es necesario saber que tiempo atrás, en la modernidad, regía el paradigma de la simplicidad, aquel desarrollado por Morin (2001) que persigue el desorden y pone orden en el universo, observando a lo uno y a lo múltiple, sin poder ver que lo uno puede, al mismo tiempo, ser múltiple. Donde las restricciones metodológicas y conceptuales impidieron pensar las interacciones y transformaciones que presenta la vida.

Es decir, y como dan cuenta Najmanovich y Lennie (s.f) tomar posición desde la complejidad implica concebir sistemas multidimensionales, que nos llevan a pensarnos y a construir universos de sentidos muy diferentes a los que surgen en oposiciones binarias, como las que caracterizaron a la modernidad, donde el cuerpo era un arquetipo de valores normales, restringido por el mecanismo y lo determinado, un cuerpo separado de la psique, del ambiente y de los otros que arrojó al limbo los aspectos afectivos, emocionales, cognitivos, relacionales. Los mismos afirman al respecto:

El pensamiento moderno adoptó un marco referencial único, estableció un cosmos fijo regido por las inmutables “leyes” de la naturaleza que podía ser observado desde afuera por un sujeto (el “científico objetivo”) [...] forma posible de experimentar el mundo, que está implícita en los modelos regidos por el principio de simplicidad y por la lógica clásica, que han sido los modelos hegemónicos dominantes del pensamiento occidental en los últimos siglos. (Najmanovich y Lennie (s.f), p.7).

Esta fue la expresión del campo de la salud, un universalismo del modelo médico hegemónico que se implantó fuertemente durante todo el siglo XX y que, al decir de los autores

anteriormente mencionados, no es sólo una teoría, sino además una práctica institucional y un imaginario encarnado en los médicos, que no hubiera sobrevivido mucho tiempo si no hubiera sido porque en los espacios universitarios y hospitalarios este discurso mecanicista de la salud se reproducía.

Sin embargo, y afortunadamente, llegando a fin de siglo surgieron nuevas epistemologías, otros puntos de vista que comenzaron a quebrantar esta perspectiva para poder empezar a pensar a la salud como “una problemática del vivir humano como sujetos entramados en lugar de concebirla como un desperfecto mecánico” (Najmanovich y Lennie, s.f, p.4). Es así que nos encontramos frente a un desafío pragmático y teórico, social e individual, pero a la vez ético y político, en donde se debe tomar una precaución particular ya que se abandona la ilusión de crear una concepción individual de la salud para adentrarnos en la perspectiva heterogénea del ser humano como ser consciente e inconsciente, afectivo, emocional, socializado, que vive en una cultura determinada y que posee sus propias producciones de sentido. Todo esto nos lleva a seguir pensando, en palabras de Stolkiner (2015), que el término *salud* contiene entonces al término *complejidad*, lo que implica situarnos desde un paradigma postpositivista, que va mucho más allá del saber-hacer médico.

La complejidad no es una meta a alcanzar, sino una forma de cuestionamiento e interacción con el mundo, una ética que nos lleva a crear y a habitar nuevos territorios existenciales. Constituye un estilo cognitivo y una práctica rigurosa que no se basa en estándares, ni en modelos *a priori*, ni en sistemas totalizantes, sino que se trata de un proyecto siempre vigente y en evolución. (Najmanovich, 2009).

Adentrarse en este paradigma implica comenzar a navegar en los océanos de la incertidumbre y la creatividad. Implica renunciar a la ilusión de un saber absoluto, de un método único que nos conduzca a la verdad y anteponernos al método de la experiencia, caminando sobre diversos rumbos, a partir de dispositivos diferentes, de herramientas que nos permitan movernos sobre territorios fluidos. Debido a que cuando hablamos de complejidad “no solo tenemos que ser capaces de inventar nuevas cartografías, nuevos paradigmas, sino también de ir más allá, de construir formas diversas de cartografiar, es decir, nuevas figuras del pensar” (Najmanovich, 2009, p.82).

El tránsito a un pensamiento complejo no implica propiamente un cambio de paradigma, sino una transformación global de nuestras maneras de experimentar el mundo, de tejer redes en nuestras interacciones, de producir, compartir, vivir nuestra participación en él, validar el conocimiento y admitir “[...] que es posible, dentro de ciertos límites transformar el mundo, transformando su representación” (Bourdieu y Wacquant, 1995, p.22). De esta manera, se fue gestionando un nuevo panorama, donde la salud comenzó a ser vislumbrada como una problemática del vivir humano, como sujetos entramados, enredados en la vida y conviviendo. Dejando atrás la concepción individualista de que existe un individuo aislado con un cuerpo mecánico y una mente desencarnada y haciendo hincapié en la complejidad de la vida y en la multidimensionalidad de la experiencia humana; ya que no es el cuerpo el que enferma sino el ser humano, aquel que no solamente porta un cuerpo físico, sino que adviene y deviene sujeto en los intercambios sociales en los que participa y en cuyo ambiente se desarrolla. Es por esto que desde la perspectiva de la complejidad el foco comienza a ponerse en la comunidad y el enfermo ya no es un ser pasivo sino un ser activo en el cuidado de su salud.

6.2. CUIDADANÍA EN TIEMPOS COMPLEJOS

En tiempos complejos, el hombre se ha convertido en el principal protagonista en el cuidado de su salud. Sin embargo, estos cuidados no se producen en un medio inerte, sino que se trata de cuidados que surgen en el intercambio con otros, en instituciones, con tecnologías, es decir, que se producen en comunidad.

Dicho esto, Najmanovich (2019) introduce un concepto al que denomina *cuidadanos* y nos invita a reflexionar sobre las concepciones construidas en torno al cuidado, teniendo en cuenta que los seres vivos son sistemas autónomos, pero no independientes, donde su autonomía solo existe en y por las relaciones de intercambio, es decir, una autonomía ligada. Considerando al cuidado en relación a la vida, ya que desde los tiempos modernos se le ha quitado su condimento por considerar al hombre desde leyes rígidas y mecánicas, olvidando que nacemos a partir de la atención y el cuidado de un otro y que a medida que vamos desarrollándonos comenzamos a tejer redes en conjunto.

Entonces, cuando la autora habla de *cuidados* hace referencia a una nueva oportunidad de concebirnos como sujetos en sociedad, una nueva oportunidad que el mecanicismo no toleraría pero que desde la perspectiva compleja se presenta como una alternativa para habitar el mundo. Una forma de concebir al cuidado sin dejarnos atrapar por los modelos y políticas que persiguen las lógicas del mercado, aquellas que nos dicen de qué manera cuidar, como si hubiese que seguir los pasos de una receta de cocina, pero lo único que generan es la creación de un sistema de control y seguridad que presupone un cuidado que muchas veces termina transformándose en opresión y lleva a la eliminación de la vida y a uno mismo como sujeto. Políticas que actúan como deshabilitadoras de la experiencia con el otro y jerarquizan el cuidado, donde se genera una asimetría de uno sobre otros.

Por ello, este nuevo modo del cuidar, presupone una construcción colectiva del lazo amoroso, que nos lleva a confiar y apoyarnos unos a otros como sujetos activos de nuestros cuidados, que crecemos y reconocemos que estamos habitando un trayecto de aprendizajes, que solo puede producirse cuando uno está habitando la experiencia, la trama.

En la ciudadanía el sujeto es una expresión del cuidado, ya que devenimos sujetos en el cuidado mutuo y cuidarnos implica salir del modelo mecánico disciplinario para entrar en una ecología ética y estética de la vida, que solo será posible si nos apartamos de los protocolos, generamos nuevos espacios y habitamos nuevos encuentros. Y como afirma la autora:

Concebirnos cuidados, tiene que ver con volver al cuidado, con ese encuentro aquí y ahora vivido con un otro que siempre me sorprende porque no lo estoy presuponiendo en relación a un diagnóstico, o pronóstico, sino que lo concibo desde un otro existente que puede, y que en conjunto nos dirigiremos hacia un trayecto de vida, de cuidado, nutrición y aprendizaje. (Najmanovich, 2019, s.p)

En esta línea de pensamiento, no podemos pensar a la salud si no es en referencia a los itinerarios que la vida fija, a los valores que el hombre construye en la trama y a las prácticas culturales que le dan sentido. Allí donde existen las paradojas y el tiempo no es una ilusión, una variable externa y lineal, sino una expresión de la dinámica de la vida, donde el énfasis está puesto en la inestabilidad, la evolución y las fluctuaciones.

En nuestra era, era de la inmediatez, de la cibernética y del mercado, caracterizada por las

transformaciones simultáneas e interactuantes en el terreno de lo económico, político, cultural, social, una época en donde se producen al decir de Waisbrot (2020) una multiplicidad de subjetividades, donde los lugares se redefinen y las identidades se ven cuestionadas. Donde el tiempo se ha vuelto efímero y como dan cuenta Graglia y Petit (2009) la idea de tiempo cronológico se ha vuelto impensada, ya que el tiempo es hoy, los suelos son fluidos y la lógica del mañana se desvanece; produciéndose así un cambio en la representación que los sujetos en lo singular tienen de él.

Es por esto que a continuación presentaremos un apartado referido a la evolución en el concepto del tiempo que nos servirá como puntapié para luego comprender y abrir un camino de análisis y reflexión sobre los tiempos en los que transcurre la práctica llevada a cabo en el Centro Integral Infanto Juvenil.

6.3.LOS TIEMPOS DE HOY: LO INSTANTÁNEO, LO SÚPER VELOZ Y LO SEMIETERNO, LO ÍNFIMO Y LO INCONMENSURABLE

Siguiendo los aportes de Moreno (2010), podemos mencionar que desde la antigüedad y desde el paradigma divino, se concebía un tiempo-espacio circular y continuo, puntual, infinito y cuantificado. Como un número del movimiento circular que une y separa el antes y el después.

Hoy, este modelo no resulta el más indicado para lidiar con lo cotidiano ya que lo digital y lo cuántico se imponen y han ampliado nuestro territorio de influencia.

En un principio, los humanos primitivos registraron las estaciones anuales y las fases de la luna, luego babilonios y egipcios crearon el primer calendario, después llegó la creación del reloj mecánico en el siglo XIII, más tarde surgió el reloj de bolsillo y fue a principio del siglo pasado que Luis Francois Cartier creó el reloj pulsera, que permitió registrar el pasaje constante del tiempo.

Hoy, el reloj ha sido suplantado por dispositivos tecnológicos como el celular que permiten leer el horario exacto, como así también el espacio en el que cada uno habita el mundo. De esta

manera, se va generando un nuevo concepto de tiempo y espacio que rompe con las barreras y parámetros habituales.

Aparece también dentro de las culturas primitivas el tema del eterno retorno, donde la realidad se establece a través de la repetición de un modelo ejemplar en un espacio sagrado. Llegada así la época moderna, la existencia parece consistir en el devenir hacia una constante y aparente superación, donde la experiencia del trabajo industrial se basa en alcanzar una meta superadora que persigue los ideales de progreso propios de este momento. Volviéndose así el tiempo cuantificado, rectilíneo, homogéneo y vacío.

Sin embargo, tras la aparición de las nuevas tecnologías, el hombre se inserta en un universo vertiginoso, que ni siquiera permite que se inscriban los acontecimientos en la trama de la vida y lleva a que nuestros actos se vuelvan fugaces, de corta duración y de rápido reemplazo. Velocidad que va acompañada por un ritmo que no admite pausas o remansos de introspección y genera un tiempo sin horizonte en donde los acontecimientos no logran cristalizarse.

Formamos parte de una cultura que como ya lo decía Freud (1900) posee como fuente de malestar las contingencias del mundo externo y las relaciones entre semejantes. Hoy el avance tecnológico y la eclosión de un virus –que se ha de nombrar por la ciencia Covid-19– ponen sobre el tapete la brecha que el capitalismo ha generado en la sociedad, que desmantela las problemáticas que emergen en las prácticas de salud y en la vida cotidiana, como así también, en nuestras formas de ser, estar y experimentar el mundo.

6.4. TIEMPOS COMPLEJOS: TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

El 30 de enero del año 2020, La Organización Mundial de la Salud, declaró un estado de emergencia sanitaria internacional por la propagación del virus Covid-19, dando cuenta en un principio, que se trata de una enfermedad epidémica. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud la conceptualiza como un:

Aumento inusual del número de casos de una enfermedad determinada en una población específica, en un período determinado. (...) En general, una epidemia puede ser considerada

como la consolidación simultánea de múltiples brotes en una amplia zona geográfica y, generalmente, implica la ocurrencia de un gran número de casos nuevos en poco tiempo, mayor al número esperado. (s/f, p. 7)

Sin embargo, a partir de que el virus se propagó a un gran número de territorios y hubo cada vez más infectados, pasó a transformarse en una pandemia, lo cual requiere de estrategias coordinadas internacionalmente para poder hacerle frente. A su vez, es una problemática que afecta a la salud de los países de manera inusual e inesperada. En relación a la conceptualización de una pandemia, la OMS dice que: es una emergencia sanitaria y social mundial que requiere una acción efectiva e inmediata de los gobiernos, las personas y las empresas (2020, párrafo 2).

Al respecto, Stolkiner (2020) postula que la enfermedad por Covid-19 tuvo como consecuencia: una transformación subjetiva de las formas de andar por el mundo, que produce una situación absolutamente anómala y que de alguna manera puso patas para arriba la vida cotidiana de todas las personas; introdujo ritmos que no estaban previstos dentro de la vida; presento de otra manera la cuestión de la enfermedad y la muerte; implantó la cuestión de los cuidados de la salud y puso en escena muchos aspectos sociales que estaban naturalizados y desnaturalizados. Esto se produce en el contexto de una crisis mundial, que no solo es económica, sino que estamos en plena escena de transformación geopolítica del mundo que se estructuró en la posguerra. Como afirma el Secretario General de las Naciones Unidas: “Estamos ante una crisis sanitaria mundial nunca vista en los 75 años de historia de las Naciones Unidas, que está propagando el sufrimiento humano, afectando la economía mundial y trastocando la vida de la gente” (2020, s.p).

En este sentido, resulta muy interesante tomar los aportes de Freud (1919), para dar cuenta que la crisis a causa del Covid-19 ha colocado a la humanidad entre la vida y la muerte, siendo cualquiera susceptible de contagiarse y fallecer. En un primer tiempo de perplejidad, los Estados plantearon medidas para afrontar la vida tales como confinamientos y plataformas virtuales como herramientas fundamentales. Las ciudades quedaron desoladas ante lo desconocido y es ahí donde se hace presente el término conceptualizado por el autor como *lo ominoso*¹. A medida que la

¹ «...lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo» (Freud, 1976, p. 220) pero que, de cierta forma, ha sido negado o reprimido: de ahí lo vagamente familiar en lo no familiar.

propagación del virus y la confianza en las medidas sanitarias avanzaba, por otra parte, y en un segundo tiempo, tras la rapidez de los contagios y las escenas de individuos intubados en los hospitales, se generaba la desconfianza en los seres cercanos, familiares y conocidos convirtiéndose en enemigos frente al colapso personal y comunitario. Entonces, nos preguntamos ¿cómo es posible que lo familiar se convierta en ominoso, siniestro y desconocido?

Por su parte Fariña (2021) da cuenta que, frente al acostumbramiento de vivir con la seguridad y poder resguardado por el paradigma neoliberal, el ser humano, tras la irrupción del virus, comienza a perder estabilidad económica y emocional, donde hubo quienes debieron reinventarse para subsistir económicamente, mientras que otros quedaron sin opciones de poder generar ingresos.

Cada cual, según su situación, sintió angustia ante sus sentimientos de indefensión, saliendo a la luz algo ya existente de la vida anímica; lo ominoso, no se trata de algo nuevo o ajeno, sino de algo reprimido, familiar de la vida anímica pero que ha salido a la luz. (Fariña, 2021, p.4)

En tiempos de pandemia, lo familiar ha devenido horroroso. Calles vacías, comercios cerrados, centros de salud desbordados y la tecnología convertida en el timón para navegar en los océanos turbulentos del malestar que en nuestro paradigma complejo se nos presenta. Hoy, el Covid-19 vino a plantearnos una guerra visible en el microscopio, develando lo ominoso y angustiante de nuestra cotidianidad y las posiciones que tomamos frente a ello, vislumbrando que las diversas salidas pueden ser una nueva forma de soportar la vida, ya que, “soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo” (Fariña, 2021, p. 8).

6.5.CRISIS POR COVID-19: OPORTUNIDAD DE CAMBIO

Actualmente nos encontramos atravesando una crisis que de manera impensada y presentando características del orden de lo ajeno, irrumpió en lo real de nuestros tiempos, y que, en forma de virus, arrebató las vidas entramadas de los sujetos. Por esto, la llegada del Coronavirus

a las instituciones de salud puede pensarse a partir del concepto de crisis. Etimológicamente, tomándonos del ideograma chino *wei ji*, la palabra está formada por dos caracteres: “peligro inminente” y “oportunidad de cambio”. En griego, la palabra *krisis* significa “decidir”, siendo un punto de viraje en el que las cosas pueden mejorar o empeorar. Es posible entonces considerar, como postula Pittman (1995) que la crisis puede ser pensada como una oportunidad de cambio, que no necesariamente debe evitarse, debido a que la misma supone un estado de tensión que afecta a un sistema, en el que es inminente un cambio decisivo, que se aparta del repertorio usual de su funcionamiento. La crisis entonces se caracteriza por presentarse como un suceso inesperado que pone fin a una continuidad, exigiendo un trabajo de adaptación en un corto período de tiempo.

De esta manera, nos resulta interesante traer a colación los aportes de Waisbrot (2020) ya que postula que el hombre puede tomar diversas salidas o alternativas frente a este evento novedoso. Para analizarlas, recurre a tres conceptos: *trauma*, *acontecimiento* y *catástrofe*. Lo que tienen en común estas nominaciones es que se produce una suerte de *impasse*, que, en el caso del trauma, irrumpen grandes cantidades en el psiquismo, dejando al sujeto paralizado e invitándolo a realizar un trabajo para poder elaborar el excedente ya que lo que ingresó rompe con sus capacidades de afrontamiento previas.

Partiendo de las ideas de Lewkowicz (2004), el autor concibe al acontecimiento como “hecho que ocurre en un momento dado” (p.10). El término está formado por el verbo *acontecer* y el sufijo *miento* que indica la acción. Permite, frente al *impasse*, crear recursos nuevos, habitar el evento desde el lugar de la invención. En todo acontecimiento hay algo de imposible. Solo es acontecimiento en tanto es sin pasado. Badiou (2020) define al acontecimiento como aquello que sucede y “hace aparecer cierta posibilidad que era invisible o incluso impensable” (p. 21). Crea una posibilidad que necesita del trabajo colectivo o singular para que la misma se torne real y se inscriba en el mundo. En el acontecimiento se quiebran ciertas estructuras que nos otorgaban grados de certezas sobre los modelos que regulaban nuestras relaciones y se transforma en posibilidad aquello que fue declarado imposible, posibilitándonos el beneficio de revisar nuestras formas de pensar, sentir y actuar. Por otra parte, la *catástrofe* alude a una irrupción que no recompone y no permite inventar ninguna salida, sino que lo único que produce es desmantelamiento y devastación.

Así, el autor introduce dos formas posibles de pensar la catástrofe: desde lo que queda de

la devastación, como ese resto, como aquello que quedó en pie; o desde lo que hay, que invita a la posibilidad de realizar un inventario del existente para de esta manera poder realizar una nueva operación. Por esto, si nos posicionamos para habitar la situación desde la lógica previa, desde lo que queda de la solidez, no queda nada o casi nada, pero si se habita desde una lógica capaz de pensar en el fluido, en lo que queda, hay más posibilidad de construir algo nuevo con lo existente.

No debemos olvidarnos que las nociones de trauma, acontecimiento y catástrofe constituyen tres modos que operan en simultáneo en una época dada y afectan los procesos de subjetivación de formas diversas. Waisbrot (2020) concluye:

“No sé si podemos definir ante qué evento estamos, dada la multiplicidad de subjetividades puestas en juego, ya que esto puede producir cosas diferentes en distintas personas y poblaciones. Pero lo que sí está claro es que el efecto catastrófico es inevitable y como seres humanos todavía tenemos la posibilidad de producir otra cosa... salir de la devastación y crear algo nuevo”. (s.p)

En este sentido, si consideramos a la situación de pandemia como una “oportunidad de cambio”, que nos invita a salir de la devastación y crear algo nuevo, no podríamos dejar de pensar en el papel que en este contexto ocupan los equipos interdisciplinarios de salud. Aquellos que deberán estar alertas, trabajar con los efectos del presente, producir encuentros, enriquecerse con la heterogeneidad de las relaciones y de las ideas, es decir: trabajar en comunidad; tener capacidad de implicación; tolerar lo desconocido, generando un diálogo entre y con otros; y pensar la crisis y la incertidumbre como potencialidad, integrando esa experiencia en la trama de la vida. Mendilaharsu (1998) afirma que, para abordar problemáticas complejas, como las que nos convocan en nuestros tiempos, es imprescindible la concurrencia del diálogo entre saberes. Siendo la interdisciplina la herramienta fundamental, aquella que nos propone el desafío de encontrar respuestas, plantear nuevos interrogantes y seguir reflexionando sobre nuestras prácticas actuales en salud.

6.6. LA INTERDISCIPLINA: UN DESAFÍO COMPLEJO EN TIEMPOS COMPLEJOS

Antes de comenzar a hablar de la interdisciplina es necesario especificar aquello que denominamos *disciplina*. Para ello, tomamos los aportes de Najmanovich (2008), quien define a la misma desde el discurso que respecta a un área de conocimiento y desde el acto mismo de disciplinar:

Una disciplina, entendida como área cognitiva, implica poner orden, organizar un discurso respecto de lo que se ha dado en llamar su objeto, recortar un área de pertenencia y construir sus herramientas de abordaje. Es más, las disciplinas no existen en abstracto, sino a través de la acción humana en el seno de una cultura y en un espacio-tiempo determinado. Por lo tanto, este proceso tiene lugar en el seno de las instituciones: las comunidades científicas. (p. 1)

La autora a su vez, menciona que durante los momentos de estabilidad institucional y teórica, propias de la modernidad, las disciplinas se encuentran bajo la creencia permanente sobre su objeto de estudio sin someterse a ningún tipo de cuestionamiento, pero cuando estalla la crisis, y la creencia de un mundo único, objetivo, estable, junto con el conocimiento positivista que estaba asociado se rompe en pedazos y las verdades comienzan a desvanecerse, las instituciones interrogan a la disciplina y la interdisciplina comienza a entrar en terreno. Los sujetos comienzan a cuestionarse en su lugar, en sus modelos y paradigmas construidos, como así también en sus formas de vida, en sus prácticas profesionales. Como consecuencia, cada disciplina que se ocupaba de su “objeto” sin contaminarlo con la subjetividad de los demás, inicia un camino hacia la multiplicación de mundos posibles. Lo que implica una altísima tensión cognitiva y emocional, y una exigencia por parte de los profesionales debido a que deberán esclarecer cuáles son sus límites, sus posibilidades de identidad como seres cambiantes y sus estilos cognitivos que se adecuan mejor a esta realidad mutante. Stolkiner (1987) sostiene al respecto:

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. (p. 313)

Entonces si la interdisciplina surge de la dificultad de encasillar los problemas en una única disciplina como portadora del saber y poseedora de las herramientas para pensar en contexto, podríamos decir siguiendo a Cha y Quilmes (2009) que la interdisciplina es un abordaje epistemológico y pedagógico que implica poner en el centro de atención las problemáticas contextualizadas de la realidad y no las disciplinas en sí mismas, ya que cuando hablamos de ésta, hablamos de un movimiento, que implica la aparición de nuevas emergencias y no una yuxtaposición o mezcla indiscriminada, que permite producir sentidos coherentes con nuestra vida contemporánea y abrir puertas a otras perspectivas que nos permitan crear narraciones multidimensionales (Najmanovich, 2008).

Por otra parte, Carballada (2001) propone una visión de la interdisciplina como la oportunidad para desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, que tiende a la individuación, donde lo individual desvaloriza lo diverso.

Oportunidad para construir algo diferente a partir de un diálogo, de una interacción, de un trabajo en equipo que genere un punto de encuentro y dé lugar a lo nuevo, a un trabajo creativo de nuestra realidad social y compleja. Porque, “solo la diferencia puede producir diferencia y la novedad solo nace de un encuentro con el otro” (Najmanovich, s.f., p. 5). Teniendo en cuenta que estos encuentros no poseen un estado permanente, no siempre se construyen en lo cotidiano, sino que tienen sus momentos de expresión, lo que da cuenta que es una entidad propiamente dinámica. Ahora bien, si seguimos los lineamientos del autor y tomamos a la interdisciplina como oportunidad para generar novedad a partir de un trabajo en equipo, se vuelve necesario introducir la definición que Aguilar (1981) propone de los equipos interdisciplinarios. Ella los describe como la integración de un conjunto de individuos que interactúan en forma duradera, de manera cooperativa, compartiendo ciertas normas y valores para el logro de uno o varios objetivos en común, por medio de una autoridad que delegue funciones determinadas. Sin embargo, la conformación del equipo no se da al azar, “se requiere la elección recíproca de sus integrantes, partiendo de un proyecto común” (Ponce de León, 2017, p. 2), además allí intervienen las características personales de cada uno, la formación profesional que posean, aspectos ideológicos, éticos de la praxis profesional, y muchas otras variables que intervienen en el dispositivo a la hora

de trabajar en conjunto. Para que se pueda llevar a cabo el intercambio de distintos modelos de saberes, es necesario que cada disciplina pueda reconocer su finitud, acepte lo diverso, la diferencia y contemple la posibilidad de aprender de los otros. “Porque la interdisciplina es un diálogo entre diferentes, manteniendo y disfrutando el poder creativo de la diferencia, enriqueciéndose con ella” (Najmanovich, 2008, p.3).

En estos momentos de crisis y complejidad a los que asistimos hoy, la interdisciplina se presenta como una posible respuesta compleja, debido a que la formación de equipos interdisciplinarios nos permite caminar hacia la búsqueda del conocimiento integral del hombre y sus relaciones con la naturaleza y la sociedad. Una búsqueda sin término, que se transforma en cada hallazgo, una búsqueda en la que todos somos exploradores y explorados, sujetos y objetos. Y como postula Najmanovich (2008) el diálogo interdisciplinario no es una herramienta más sino un desafío imprescindible, que contribuye a la autoformación del ser humano en forma individual, colectiva e integral participando en el proceso de transformación de la realidad. Este desafío, dice Solitario (2007), requiere de una condición básica: la implementación de dispositivos, necesarios para que los proyectos propuestos por el equipo disciplinario puedan desarrollarse.

A continuación, desplegaremos una aproximación teórica acerca de lo que se entiende por *dispositivo* en salud mental, que nos permitirá comprender su funcionamiento dentro de la experiencia de nuestra práctica en el Centro Integral Infanto Juvenil en tiempos de Covid-19.

6.7. DISPOSITIVOS

El concepto de *dispositivo*, según Sotelo (2015), proviene del latín *dispositus* cuyo significado es “dispuesto”. Se lo utiliza en el campo de la salud mental para nombrar distintos procedimientos de asistencia institucional u hospitalaria en tanto artificio que es construido de manera deliberada y que orienta acciones de las que se espera obtener un resultado calculable y arribar a un objetivo determinado.

A su vez, el término dispositivo, según Foucault (1977), hace referencia a estrategias de

relaciones de fuerza, juegos de poder múltiple que sostienen tipos de saber y que son sostenidos por y entre ellos. Al respecto, Agamben (2011) expresa:

Lo que trato de determinar con este término es ante todo un conjunto absolutamente heterogéneo que implica discursos, instituciones, estructuras arquitectónicas, decisiones regulativas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas, en breve: tanto lo dicho como lo no-dicho, estos son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se establece entre estos elementos. (p.8)

Kuras de Mauer y Resnisky (2011) destacan tres aspectos de los dispositivos: su naturaleza estratégica, su heterogeneidad y su entramado en red. En relación a la *naturaleza estratégica*, la misma responde a la formación del dispositivo en un tiempo-espacio determinado como respuesta a un acontecimiento, lo que destaca que estos son situacionales. Lo estratégico del dispositivo, es aquello que lo origina, lo organiza y configura su discurrir. Con respecto a la *heterogeneidad*, las autoras refieren a los modos de constitución de los dispositivos, la naturaleza de las relaciones que entabla con el entorno asistencial, es decir su inserción interdisciplinaria, como también son heterogéneas sus incumbencias y la regulación de su ejercicio. Por último, la noción de *red de relaciones*, hace referencia al dispositivo como una malla, cuyo entramado, textura, elasticidad y consistencia se nutre de la creatividad del conjunto generando combinatorias variadas, ya que el mismo se construye a partir de un trabajo en conjunto y en colaboración.

Otro aspecto que resulta relevante destacar tiene que ver con aquellos conflictos que se presentan en la producción económica, en la salud, en la educación, en la familia, siendo que las instancias organizativas de la sociedad pasan a considerarlos como parte de los problemas que deben resolver. Sin embargo, pareciera suponerse que tales conflictos no pueden ser abordados mediante recursos previamente existentes, sino que exigen nuevas formas de intervención y especialistas adecuados a tales fines. Desde diferentes puntos de origen se inventa una nueva tecnología: el Dispositivo Grupal, en este caso podríamos decir “Dispositivo interdisciplinario”. Rápidamente comienzan a multiplicarse los diagramas técnicos y los campos posibles de aplicación. Estando seguros de que el grupo, en tanto todo, es más que la suma de las partes. Tal plus grupal hace de los grupos, a partir de allí, espacios tácticos con los que se intentará dar

respuesta a múltiples problemas que el avance de la posmodernidad despliega. Siendo hoy, las conflictivas que se desplegaron tras el contexto de pandemia en el área de la salud, en un equipo interdisciplinario (Fernández, s.f.).

6.8.LA VIRTUALIDAD: COMO DISPOSITIVO ESENCIAL EN TIEMPOS DE COVID-19

Retomando lo que veníamos hablando en líneas anteriores, y siguiendo los lineamientos de Robles y Santos (2020), la crisis por Covid-19 impuso diversas medidas de cuidado, entre ellas el llamado Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), que no representa un proceso de desvinculación social, sino que, contrariamente, ha permitido que los profesionales de salud mental acepten el reto de repensar nuevas modalidades de estar con otras/os , trayendo a su vez notables modificaciones al interior de los servicios de atención en salud/salud mental tales como la interrupción de espacios y actividades presenciales grupales y comunitarias. Paulatinamente, las prácticas de salud/salud mental se fueron transformando, dando lugar al surgimiento de procesos de creatividad² y de transformación de las propuestas existentes, lo que propició la continuidad de prácticas de cuidados a través de espacios alternativos y vinculares, en una atmósfera de aislamiento social.

En este contexto, podríamos pensar que al modo tradicional de encuentro y de contacto se le fueron agregando otros, como producto de la influencia de la tecnología en la vida cotidiana, lo que fue constituyéndose como uno de los principales elementos que vienen transformando las costumbres y los paradigmas culturales de comportamiento. Las tecnologías de comunicación a distancia conforman un elemento fundamental en el desarrollo de la vida actual de las personas, habilitando un encuentro y un contacto con el otro diferente del tradicional. Comunicarse por teléfono, por Internet o por mensaje de texto son formas habituales de encuentro comunicativo (Carlino, 2010). Las mismas posibilitan la integración del sujeto al medio, promoviendo mayores niveles de inclusión y accesibilidad. Se hace necesario, en las palabras de Yamila, et al. (2006),

² “La creatividad es inherente al juego, es decir que, el juego es una experiencia creadora que posibilita la representación y el reemplazo simbólico de un objeto” (Winnicott, 1972, p. 30).

pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población; donde los primeros son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la segunda, dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. Dicho esto, definimos *accesibilidad* como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner et al., 2000, p.203), siendo la forma en que los servicios de salud se acercan a la población.

Por su parte, Lévy (1999) postula que “la implementación de la tecnología en estos tiempos, es una forma potente que favorece los procesos de creación, abre horizontes (...), es un proceso de transformación de un modo de ser a otro” (p. 8). El autor sostiene que la palabra *virtual*, del latín *virtualis*, que a su vez deriva de *virtus* significa “fuerza”. 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, y a este proceso de resolución lo denomina *actualización*, que es una forma creativa de solución. Destaca de esta manera que la utilización de lo virtual se vuelve una herramienta fundamental para encontrar soluciones creativas en tiempos difíciles como los que estamos viviendo.

La virtualidad como parte de la vida y la vida atravesada de muchas maneras por la virtualidad –reforzando aquí su carácter acontecimental– nos interpela y nos invita a promover nuevas condiciones y efectos en la producción de subjetividad, en los estilos vinculares, en la experiencia de la corporalidad, la temporalidad y la espacialidad. Haciendo que las relaciones personales sean más complejas, pero a su vez, más enriquecedoras, permitiendo mayor grado de intercambio e interacción. (Del Cioppo, s.f.). Además, el giro a lo virtual, en el campo profesional, nos instó a “recoger el guante”, a autorizarnos y poder pensar y teorizar acerca de las nuevas intervenciones para la atención de la salud en tiempos difíciles.

6.9.ATENCIÓN PRIMARIA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: INTERVENCIONES QUE SE PRODUCEN EN CONTEXTO

Ahora bien, para poder hacerle frente a la realidad que nos convoca, estas intervenciones deberán tomarse, en primera medida, de la atención primaria de la salud como estrategia que, según

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata (1978), se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos conflictos. Siendo quien garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados para la población, promueven equidad, atención integral e integrada y representa el primer nivel de contacto de los sujetos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud. Llevando la atención de salud al espacio donde residen y trabajan las personas, constituyendo de esta manera el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OPS, 2018, s.p.)

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (2009) considera lo siguiente:

La idea esencial tras la adopción de un enfoque de derechos humanos es que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias de salud se deben basar explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional sobre derechos humanos. Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud, así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud. (p.4)

En esta lógica y como segunda medida, guiándonos por los aportes de la OPS (2001, citado en Dubini & Cardozo, 2005), será muy importante que los profesionales de salud emprendan “acciones para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana” (p.24) ayudando a que la sociedad alcance los medios que requieren con el fin de mejorar su salud y llevar un estilo de vida saludable. Entendemos a este accionar como Promoción de la Salud.

Marchiori Buss (2008) establece que la promoción de la salud busca asegurar la igualdad de oportunidades y promocionar los medios con el fin de que las personas tengan la posibilidad de realizar por completo su potencial de salud. El autor afirma que tanto *promoción* como *prevención* en salud son conceptos complementarios, es decir, no excluyentes en la planificación de programas de salud. Por ello sostiene que en el campo de la promoción de la salud se debe realizar una mirada integral como un proceso dinámico de salud-enfermedad y es considerada como un factor indispensable para el desarrollo humano. Esto nos hace pensar en el concepto de *equidad*, siendo

que todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. p. 15). Este concepto, el cual engloba prevención y promoción de salud, es el ideal máximo que las sociedades deberían alcanzar, el cual se pone en jaque en el contexto actual.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

A partir de la experiencia de la Práctica Profesional Supervisada llevada a cabo en el Centro Integral Infante Juvenil, se realiza un proceso de sistematización, entendida según Jara (2011) como un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que implica la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, es decir, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo. De esta manera se posibilita no solo que las mismas prácticas que se sistematizan se transformen, sino también nosotros mismos, nuestras maneras de sentir, pensar, actuar.

Jara (1994) presenta una propuesta metodológica para efectuar la sistematización de experiencias en cinco tiempos. El primero hace referencia al “Punto de partida” en donde se detalla la importancia de haber formado parte de la experiencia práctica a sistematizar y contar con los registros de la misma. El segundo, tiene que ver con las “Preguntas iniciales”, *¿Para qué queremos hacer esta sistematización?*, en la que se intenta definir el objetivo de esta sistematización, tomando la misión y la estrategia institucional, así como los intereses y las posibilidades personales; *¿Qué experiencias queremos sistematizar?*, haciendo hincapié en la delimitación del objeto a sistematizar; *¿Qué aspectos de la/s experiencia/s nos interesan más?*, tiempo de precisar un eje de sistematización, un hilo conductor que atraviesa la experiencia. En tercer lugar, abordaremos la “Recuperación del proceso vivido”, el cual implica reconstruir la historia, ordenando y clasificando la información. Luego, continúa el momento de la “Reflexión”, en la que realizamos un análisis, síntesis e interpretación crítica del proceso. Y finalmente, llegamos a las “Conclusiones”, obtenidas a partir del trabajo efectuado, construyendo y estableciendo observaciones complejas que pueden ser comunicables.

Por lo tanto, la sistematización permite descubrir o explicitar la lógica del proceso vivido para extraer aprendizajes y compartirlos, en este caso referido a la mencionada institución. García y Tirado (2010) resaltan que la sistematización se distingue de la investigación principalmente por su objeto, ya que mientras en la investigación se intenta conocer una dimensión o aspecto de la realidad y a partir de eso se formulan preguntas, la sistematización las formula, pero a partir de experimentar una práctica en la cual se tuvo una participación como un actor más, con una intencionalidad de transformación, donde la apuesta es contribuir a mejorar la práctica de los equipos de promoción y enriquecer las reflexiones y propuestas teórico-conceptuales.

7.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Hernández Sampieri et al. (2010) afirma que la recolección de datos resulta fundamental tanto para el enfoque cualitativo como para el cuantitativo. Sin embargo, la diferencia que presenta el primero respecto al segundo radica en que, en este último, el propósito es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadísticos, mientras que en el estudio cualitativo:

Se busca obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno de ellos. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento. (Hernández Sampieri et al., 2010) pp. 408-409).

En este sentido, se recogen los datos para el análisis de la experiencia a partir del material extraído en el cuaderno de campo [2] y se elaboran durante los eventos que se produjeron en mi espacio de prácticas, es decir, en los encuentros virtuales con mi tutora y en las entrevistas semi-estructuradas realizadas a los profesionales y residentes que conforman el equipo de trabajo del CIIJ, como así también al terminar cada período de encuentro en el campo.

De este modo, no solo se utilizan aquellos datos objetivos que brinden información sobre el eje y objetivos de sistematización, sino que también se tendrá en cuenta la experiencia subjetiva de la misma, ya que esto constituye una base importante de la experiencia vivida (Rockwell, 2009).

Por otra parte, y tomando la clasificación de las anotaciones de campo realizada por Hernández Sampieri et al., (2010), se utilizaron:

- Anotaciones de la observación directa: son aquellas descripciones de lo observado y escuchado, en donde los cinco sentidos se ponen en funcionamiento. Las mismas, nos permitirán narrar los hechos ocurridos. Ej.: qué sucedió, con quién, cómo, cuándo, dónde.

- Anotaciones temáticas: son ideas, hipótesis, conclusiones preliminares y descubrimientos que a partir de nuestro juicio van arrojando las observaciones.

-Anotaciones personales: incluyen los aprendizajes obtenidos, los sentimientos, las sensaciones del propio observador o investigador.

-Anotaciones de la reactividad de los participantes: las mismas tienen que ver con conflictos, situaciones problemáticas, como así también situaciones inesperadas surgidas en el campo.

Siguiendo a los autores, debemos tener en cuenta que en toda investigación cualitativa necesitamos estar entrenados para observar, lo que es diferente a una mera contemplación, ya que implica adentrarnos de manera profunda en situaciones sociales, desde un rol activo que se encuentra en reflexión permanente. “Recordemos que la observación cualitativa no es un asunto de unidades y categorías predeterminadas sino de ir creando el propio esquema de observación para cada problema de estudio y ambiente.” (Hernández Sampieri et al., 2010, p.417).

De esta manera, otra de las técnicas utilizadas desde el inicio hasta el final de la práctica fue la observación participante. Y como postula Guber (2011), “la observación participante es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades” (p.57). Esta no es del todo neutral, debido a que el hecho de que el investigador esté dentro del campo introduce diferencias en la forma de participar y observar dentro de este.

Por otra parte, se pone en marcha la técnica de la entrevista cualitativa, la cual, según Hernández Sampieri et al., tiene que ver con: “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (2010, p. 418). En la entrevista, a través de preguntas y respuestas, se llega a una comunicación y construcción conjunta de significados respecto a un tema.

Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, o abiertas (Grinnell y Unrau, 2007). Las entrevistas puestas en marcha durante la práctica son las que pertenecen a la categoría de “semiestructuradas” y se basan en una guía de preguntas, en la cual el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas).

Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad y permiten obtener información personal detallada. (Hernández Sampieri et al., 2010, p. 418)

Siguiendo esta afirmación, al realizar mis prácticas de manera virtual debido a la pandemia Covid-19, se presenta una gran complejidad al poder contactarnos por medio de videollamadas con las profesionales del CIJ. Por ello, tomé la decisión de realizar entrevistas virtuales para obtener información más detallada y profunda acerca del trabajo interdisciplinario que encarna un equipo de salud en tiempos de pandemia.

Finalmente, para poder entender la historia institucional de la práctica se utilizan documentos y materiales brindados por los profesionales de planta. Los mismos, siguiendo a los autores mencionados con anterioridad, le sirven al investigador para conocer los antecedentes del ambiente en el que se encuentra inmerso. Así, se toman: documentos personales, entre ellos, aquellos preparados por razones personales, a veces íntimas (diarios, manuscritos y notas); documentos preparados por razones profesionales (reportes, libros, artículos periodísticos, correos electrónicos, etc.), cuya difusión es generalmente pública; materiales audiovisuales, los cuales consisten en imágenes (fotografías, dibujos); documentos grupales que tienen que ver con documentos generados con un fin específico por un grupo de personas (texto elaborado por el equipo del Centro Integral Infanto Juvenil sobre el dispositivo de recepción).

7.2. IMPLICANCIAS ÉTICAS

Las prácticas Profesionales Supervisadas de grado en Psicología se enmarcan bajo las normativas éticas de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999), y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), siguiendo los lineamientos centrales de la Institución en la que realizamos la práctica que tienen que ver con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

En función de esto, se adhieren los recaudos de obligación a cumplir con los siguientes

principios: Respeto por la Dignidad y los Derechos de las Personas y los Pueblos, Integridad y Responsabilidades Científicas y Académicas con la Sociedad. A su vez, un punto importante a destacar, en relación a la experiencia, es el mantenimiento del secreto profesional en relación a los casos clínicos que se supervisan, el seguimiento de pacientes, y el derecho a la privacidad tanto para los nombres de las profesionales involucradas, como para los y las pacientes con los que estas profesionales trabajaban. En este caso se ha optado por denominar con una letra diferente a cada profesional miembro de la institución, como así también a cada paciente reservando la privacidad de cada uno/a. Este punto se describe principalmente en la Ley 26.529, la cual aborda las temáticas de los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

Por último, se realiza dicha práctica bajo el amparo de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061. Con respecto a la primera, se destaca particularmente la adhesión al ARTÍCULO 1° –asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental–, ARTÍCULO 3° –reconocimiento a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona– y ARTÍCULO 8° –debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

8.1.1. PRIMER MOMENTO: MOMENTOS PREVIOS AL ENCUENTRO INSTITUCIONAL

Mi experiencia de Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) dio inicio el día 8 de abril del 2021, en el marco contextual de Pandemia Covid-19, donde la virtualidad se instaló en nuestra sociedad como una nueva modalidad que permite encontrarnos con otros. La nostalgia, como protagonista de este escenario, me retraía a los primeros años universitarios y me llevaba a recordarme como aquella estudiante que ingresaba a navegar en el mundo de la psicología y que hoy se encuentra comenzando la última etapa de su carrera. La noticia de que mis prácticas iba a llevarse a cabo de manera virtual me produjo una mezcla de enojo y frustración, ya que al haber estado todo el año 2020 transitando por una pandemia, imaginaba que para el 2021, la presencialidad iba a instalarse nuevamente en las instituciones que nos abrían las puertas para realizar las PPS.

Fueron días donde el procesar que el encuentro con otros iba a producirse de una forma antes pensada e imaginada, se tornó difícil. Sin embargo, el tiempo fue el encargado de movilizar nuevas sensaciones que hicieron que la motivación me encuentre y me permita posicionarme desde otro lugar, con una mirada crítica y reflexiva, dándole una oportunidad al nacimiento de un nuevo sentir, la esperanza de que la situación Sanitaria posibilite la presencialidad. A su vez, debo afirmar que esto no hubiera sido posible sin los espacios de tutorías que me acompañaron a lo largo de toda la experiencia. Espacios virtuales que de la mano de mi profesora y compañeros permitieron el compartir, dando lugar a la palabra y a la escucha, y al trabajo en conjunto. Espacios virtuales de gran apoyo y sostén, que desde una primera instancia y a partir de una charla en conjunto con todos los contextos de práctica me dieron las herramientas que hacen a la construcción de un nuevo rol. En la misma, se puso sobre el tapete el “rol del psicólogo” a partir de un yo que observa, que se cuestiona “*el por qué veo esto y no otra cosa*” y que intenta correrse de sus prejuicios y vivir esta experiencia confiando en que algo sabe, sino no hubiera llegado hasta esta etapa. El compartir entre varios, ha enriquecido el repensarme en esta práctica, el sentirme acompañada y que cuento con el apoyo de mis compañeros y tutoras. Porque es desde esta instancia que mi experiencia comenzó.

De esta manera, en una de las tutorías se abre el diálogo acerca de la relevancia que posee

el cómo y cuándo plantear una situación en mi contexto institucional de práctica, el “cómo registrar”, donde van surgiendo preguntas referidas a: ¿debo registrar todo?, ¿puedo ser totalmente neutral? Todo lo cual me va llevando a pensar que el “registrar” es un entrenamiento. En este sentido, presencié una charla virtual vía zoom con Leonardo Gorbacz, uno de los profesionales que colaboró en el año 2010 en la creación de la Ley de Salud Mental 26.657. En la misma, pude rescatar a través del discurso del Licenciado, cargado de experiencias, posturas políticas y éticas, la importancia de la desmanicomialización, pensar en el padecer y no en el enfermar desde un enfoque de derecho , ya que el concepto de enfermedad está más relacionado al Modelo Médico, asociado al concepto de peligrosidad e incapacidad, la dignidad de riesgo, la no cronicidad en las internaciones, los diagnósticos alejados de etiquetas y el esfuerzo de la sustitución de hospitales monovalentes a un sistema integrado en la comunidad, entre otros.

8.1.2. SEGUNDO MOMENTO: PRIMEROS ENCUENTROS INSTITUCIONALES. INGRESANDO AL TERRENO DE LA PRÁCTICA

El día viernes 14 de mayo del 2021, tuve mi primer contacto con el Centro Integral Infanto Juvenil. Fueron partícipes, de un encuentro virtual, mi Tutora del Contexto de Prácticas y dos de las Referentes Institucionales del Centro Integral Infanto Juvenil. El clima de este encuentro fue muy ameno, en donde pude observar una participación activa por parte de las Referentes, demostrando su voluntad para transmitirme sus conocimientos acerca de la historia del CIIJ, sus modalidades de trabajo, siendo un Dispositivo Ambulatorio de Salud Mental que trabaja desde un enfoque familiar y de Derecho y que forma parte de la Red de instituciones del Sistema de Salud de la Provincia de Córdoba, teniendo a la Zona Sur de la ciudad de Córdoba como zona programática de atención. Este primer tiempo se caracterizó por encuentros virtuales con la Psicóloga Referente de mi práctica, quien poco a poco me fue brindando información para comprender la situación en la que se encuentra un Centro Integral Infanto Juvenil, con sus particularidades, con sus desafíos y reinenciones en tiempos de Pandemia Covid-19. En el año 2021:

Empezó un año complicado, más allá de la Pandemia que nos atraviesa todos los días, somos cada vez menos, seguimos dependiendo de los recursos económicos de Salud Mental

de la Provincia y no se puede cubrir la gente que se fue yendo de la Institución. (Registro n° 2- mayo del 2021)

En estos encuentros una de las recurrencias que se presentó tuvo que ver con la falta de recursos económicos y humanos dentro de una institución de atención ambulatoria como es el CIIJ, donde llega una demanda muy grande que la institución no puede sostener. *“Todos vienen acá y nosotras no podemos abordar todo, nosotras somos dos psicólogas y eso es poco para tanta demanda, imagínate para toda zona Sur”* (Registro n° 2- mayo del 2021). En este encuentro, mi Referente me comentó que el Infanto como institución chica y que depende de un criterio externo a la misma, no puede decir que no, pero aquí propone que es donde tienen que ponerse más firmes, y sostener los casos de urgencias y reducir el número de recepciones.

Por otra parte, la modalidad de trabajo del Infanto en contexto de Pandemia, tuvo que ver con un trabajo arduo, donde la virtualidad y la presencialidad fueron dos de las formas de encontrarse y trabajar interdisciplinariamente desde una visión integral con los usuarios que ingresan al mismo. En relación a esto, la Psicóloga Referente expresaba:

En el 2020 hubo con niños que no se pudo trabajar, solo se trabajó con sus padres. Hoy por suerte, la situación es diferente a la del año pasado. Se hace difícil trabajar con los niños online, los niños están en sus casas y lo que logré, fue tener videollamada con nenes más grandes, a otros no les gustaba trabajar con imágenes, sobre todo con los niños que no hablan. Siendo que además se suma la situación de que a veces los usuarios faltan a las entrevistas programadas porque están positivos de Covid-19. (Registro n° 2- mayo del 2021)

Cabe destacar que mayo fue el mes en donde se produjo un pico de contagio por Covid-19 en la ciudad Córdoba, por lo que el CIIJ tuvo que retomar el trabajo virtual y recibir de manera presencial solo a los casos de urgencia, reduciendo como se mencionó anteriormente, el número de recepciones debido a que un grupo de profesionales no puede atender a tanta demanda.

Salud trabaja normalmente por esta semana, es un servicio esencial, pero nosotros decidimos suspender turnos “hasta nuevo aviso” y pasar a la virtualidad las entrevistas, ya sea las programadas con niños o sus mamás, y solo recibir a los que vienen con una

urgencia o a retirar medicación. (Registro n° 3- mayo del 2021)

De esta manera nos preguntamos... ¿Cómo se juegan las subjetividades de los profesionales al encarar una labor tan importante como es el estar al servicio de la salud en tiempos de Pandemia Covid-19? ¿Es posible sostener un equipo tan pequeño que no cuenta con los recursos suficientes para la atención de niños y sus familias con la complejidad que esto conlleva? ¿El contexto de pico de contagios acaso no las compromete también a las profesionales?

La situación sanitaria de mayo, la excesiva demanda de pacientes, no solo comprometió a que la modalidad del trabajo fuera virtual, sino que llevó a que mis encuentros con la Psicóloga Referente sufrieran modificaciones de día y horarios, donde comencé a entender que mis prácticas podrían llegar a tomar ese tinte de cambios, adaptaciones a lo novedoso y a un trabajo constante de reflexión sobre cómo están siendo las prácticas de Salud Mental en tiempos de Pandemia Covid-19, pero que todavía en estas instancias no podría asistir presencialmente a la institución. *“Todo esto ha hecho un impasse, ni los pacientes están viniendo”* (Registro n° 3- mayo del 2021).

Los encuentros virtuales durante el mes de mayo me permitieron poco a poco insertarme en la práctica, entendiendo el funcionamiento de la institución, sus formalidades, actividades y fines perseguidos, destacando en uno de ellos el gran desafío que significa para las profesionales del Infante el hecho de no poseer suficientes consultorios para ejercer su labor y de esta manera compartirlos, con lo que esto implica a nivel de organización, sobre todo teniendo en cuenta el respeto por los distanciamientos que impuso la pandemia. Fue en este encuentro que la videollamada se vio interrumpida en dos momentos debido a que necesitaban a la Licenciada desde la institución para tomar una entrevista de recepción. Situación que me llevó a reflexionar sobre el trabajo de las profesionales del Infante, cómo son sus interacciones dentro del consultorio, cómo se organizan y respetan los horarios, ¿hay tiempo para que los pasantes podamos vivir una experiencia de PPS?

Hacia fines del mes me comenta que, en el mes de junio, comenzaría a participar del seguimiento de dos pacientes que asisten al CIIJ, resaltando el diálogo que existe entre el ámbito clínico y sanitario. *“La mirada clínica está, uno la tiene desde su formación, si con un perfil más sanitario. Pero vas a ver casos clínicos, vas a estar más en la clínica que en la Sanitaria”* (Registro

n° 4 - mayo del 2021).

8.1.3. TERCER MOMENTO: ¿SENTIRME O NO SENTIRME PARTE?

Esta etapa es la que comprende a los meses de junio, julio y agosto. Se trata de la etapa de mayor acercamiento a la práctica, donde los encuentros con mi Referente se tornaban cada vez más interesantes, los que me llevaba a sentirme parte de la institución, sentimientos que en la segunda etapa no pude experimentar pero que en ese momento fueron el motor para participar de manera activa en la práctica, ya que la misma se tornó más dinámica y tomó un tinte diferente a la etapa anterior debido a que en este tiempo comencé a ser partícipe del seguimiento de dos pacientes que asisten a la institución desde fines de abril y principios de mayo.

El primer caso refiere a una niña de 9 años que llegó al Infanto derivada por una Escuela por los siguientes motivos: *“No habla, y no se relaciona con sus compañeros”* (Registro n° 4-junio del 2021). Debido a la situación de Pandemia, tanto la recepción como la primera entrevista con su madre se realizaron por videollamada. Primera entrevista con la madre. María es una niña de 9 años que vive con su padre, quien sostiene un trabajo fijo como monotributista; la madre es empleada doméstica; María tiene dos hermanos de 13 y 15 años. La madre dice que entre ellos se llevan muy bien, son muy unidos, pero son cerrados, no tienen muchos amigos, prefieren pasar el tiempo en familia. El embarazo de la niña no ha tenido complicaciones, ella es la mimada de la familia, duerme en el cuarto con sus hermanos, pero a la madrugada va a dormir a la cama con sus padres. Se baña sola y posee control de esfínteres. Es tranquila, le gusta jugar a la pelota con su primo y jugar sola con sus muñecas, pero en el colegio no habla ni se relaciona con sus compañeros. Sabe leer y escribir, aunque le cuesta un poco. Desde el primer año de vida, la madre relata que se *“le cierra la vagina, porque le faltan hormonas femeninas”*, lo cual consulta al médico y tratan esto con una crema, pero actualmente no se consigue más y está viendo si puede conseguirla. En este punto, la Referente Psicóloga realiza una interconsulta con la Psiquiatra para chequear que la medicación sea la adecuada, como así también las características de este síntoma. A su vez, comenta que desde los 2 a los 4 años le brotaba todo el cuerpo, evento que vuelve a ocurrir hoy a

sus 9 años. En este sentido, lo que me llama la atención de este caso es que no solo María presenta síntomas físicos sino también sus hermanos, ya que la madre relata que ambos tienen Asma.

El segundo caso trata de un niño que, en el año 2017, llegó al Infanto con seis años de edad. La primera entrevista de recepción la tomó una de las pasantes pertenecientes al Centro de Investigación y Estudios Clínicos(CIEC). El motivo de consulta tuvo que ver con que el niño presentaba Enuresis nocturna y miedos a fantasmas, también por las noches, desde los cinco años. Los padres afirman que esto comenzó cuando la madre del niño tuvo una pérdida de embarazo. Trabaja seis meses con esta persona y en el 2018 comienza a verlo una psicóloga del CIEC, pero debido a que la familia no puede pagar el tratamiento en ámbito privado, vuelve después de tres años al CIJ. En el año 2021, la familia de Pedro, que tiene ya diez años, consulta por la actitud y la Enuresis de su hijo. Una de las profesionales del Infanto toma la primera entrevista con el padre del niño. Este comenta que su hijo “se pone violento” cuando se hace pis, es desobediente, le cuesta estudiar y estar solo, mira a la nada y se desconcentra. Además, cuando Pedro estaba en tercer grado, la familia descubre que un tío lo había tocado, gracias a que desde el colegio dan cuenta de esto por un dibujo que el niño realizó en la institución.

A partir de que comenzamos a conversar, discutir y reflexionar en torno a estos casos, los encuentros virtuales, durante el mes de junio y julio, fueron muy interesantes ya que me posibilitaron dar mi opinión acerca del malestar de estos niños y sus familias, así como las posibles intervenciones a realizar. Estos me ayudaron a pensar la importancia del trabajo interdisciplinario de las profesionales para llevar a cabo un abordaje integral de los sujetos que asisten al Infanto, como así también la labor en conjunto con las instituciones que conforman la Red de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, porque ante casos tan complejos no podríamos reducir la mirada para elaborar un tratamiento desde una única disciplina.

Quisiera destacar un encuentro durante el mes de julio, que tuvo que ver con mi participación de una hora de juego con María, la cual puso sobre el tapete la fuerza que cobran los diagnósticos en las infancias, ya que esta niña ingresa al Infanto con un diagnóstico de Mutismo, mientras que durante el encuentro pudo conversar conmigo a pesar de que hasta el momento era desconocida para ella, como así también con la Licenciada, con quien ya tenía cierta confianza.

Durante este tiempo se generaron dificultades para encontrarnos debido a que el equipo de trabajo del Infanto estaba sobrecargado de turnos, sumado a que ese mes sería mi receso invernal, por lo que transcurrió un período de dos semanas sin estar en contacto. Este momento de desconexión con la práctica me permitió tomar cierta distancia de la misma y reflexionar acerca de las prácticas en Salud Mental desde el ámbito público, las dificultades que al CIJ se les presentan tras la Pandemia al cumplir protocolos, ser un pequeño equipo que no tiene recursos económicos y que tiene que reinventarse todo el tiempo ante una situación Sanitaria nunca antes imaginada.

Luego del regreso de mis vacaciones, la virtualidad y la presencialidad ya eran dos modalidades para que las profesionales del Infanto pudieran encontrarse con las profesionales *“la virtualidad la sostenemos también y hacemos presencialidad en la medida de la necesidad de cada familia”* (Registro n° 9- julio del 2021). Además, me comenta que los llamados al Infanto tuvieron que ver con cuestiones escolares y no tanto de crianza. También, durante este mes de julio los residentes de segundo año y tercer año se retiraron del Infanto e ingresaron nuevos, generándose un pase de pacientes.

En otro de los encuentros con la Psicóloga Referente se destacó el hecho de estar trabajando sin parar, siendo un equipo tan chico, que recibe tanta demanda y que intenta sobre todas las cosas priorizar la Salud Mental del niño y su familia, apuntando a un trabajo integral donde el trabajo que cada uno de los profesionales emprende es diferente, posee diversas miradas que permiten el abordaje integral que desde el Infanto se busca.

Comenzó el mes de agosto y resonó en nuestros encuentros virtuales con la Licenciada aquello que en los meses anteriores había aparecido en nuestras conversaciones: *“somos muy pocos y las familias no tienen la posibilidad de elegir con quien ser atendido y nosotros tampoco”* (Registro n° 9- julio del 2021). Sin embargo, la interdisciplina en el Infanto siguió sosteniéndose.

Tratamos de que la interdisciplina siempre esté presente. Nunca me he sentido trabajando sola, sé que cuento con un equipo. Por ej.: la Trabajadora Social se ocupa más de cuestiones jurídicas, de contactarse con las demás instituciones que conforman la Red de Salud Mental. De todos modos, el año pasado se complicó más el tema, pero la comunicación seguía igual vía telefónica. Este año ya se encuentran trabajando de manera presencial todas las profesionales. Somos muy pocos, cada vez menos y la demanda, es más. (Registro n° 10 - agosto del 2021)

Durante ese mes, los encuentros fueron sucediendo en la medida que junto a la Psicóloga Referente continuamos con el seguimiento de los casos de estos niños que asisten al Infante con su familia, como así también experimentado el clima del Infante en épocas de crisis. Tiempo en el que la Licenciada expresaba que se comenzó a priorizar la asistencia de los niños al sistema escolar, lo que muchas veces llevó a que coincidan los días entre el ir al colegio y llegar al Infante, por lo que con muchos de los niños comienza a enlentecer el tratamiento. Por otra parte, aparecieron en uno de nuestros espacios virtuales algunos cuestionamientos acerca de la puesta en marcha del trabajo interdisciplinario, mi Referente responde lo siguiente:

“La interdisciplina nunca se dejó de sostener. Está todos los días. El año pasado sí fue más complejo, hacíamos todo por teléfono. Pero está el mito de la interdisciplina, que es el trabajar siempre juntos, sin olvidarnos que sin la mirada del otro no podríamos”. (Registro n° 10- agosto del 2021)

El 31 de agosto recibí un mensaje de texto de la Psicóloga Referente en el que menciona tener su celular roto y que “solo funciona de a ratos” por lo que no podríamos tener nuestro encuentro virtual. Tomé este suceso para poder dar cuenta de los sentimientos que un breve mensaje me ha provocado. Angustia, rabia, ya que, si bien durante ese mes tuve un papel muy activo durante los encuentros, el vínculo establecido con la Profesional era de confianza, sin embargo, hubo varios días que se imposibilitó que nuestro espacio se desarrollara, la presencialidad se veía imposible y me sentía desmotivada, por lo que comencé a experimentar sensaciones de confusión, las que me llevaron a plantear ciertos interrogantes tales como: ¿estoy realizando prácticas profesionales supervisadas? ¿Es posible establecer relaciones a partir de lo virtual? Estando tan en contacto con la clínica, ¿dónde está lo sanitario?

8.1.4. CUARTO MOMENTO: ENCUENTROS QUE HABILITAN Y DAN LUGAR A LO COMPLEJO, A LO DIVERSO, A LO DIFERENTE...

Con el fin de que el lector pueda introducirse en mi experiencia, decidí tomar este cuarto momento como una instancia muy importante para mí práctica. Septiembre estuvo cargado de

diversas sensaciones, tales como: motivación, alegría, entendimiento, perseverancia, sentirme parte, seguridad. Sensaciones que se produjeron tras la apertura de los encuentros con las profesionales y residentes del CIIJ tras la realización de entrevistas semidirigidas virtuales y una presencial; encuentros intersectoriales a partir de la participación de Capacitaciones que habilitó el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, portando el nombre “¿Qué está siendo de nuestras prácticas de salud mental en tiempos de pandemia?” y encuentro presencial tan esperado al asistir al CIIJ por primera vez.

Considero importante destacar que, si bien las entrevistas con profesionales y residentes no solo tuvieron lugar en el mes de septiembre –la primera se efectuó en el mes de junio–, creo importante reflejarlos en este tiempo debido a que las entrevistas habilitaron a que pueda escuchar no solo la voz de la Lic. “B”, sino todas aquellas voces, miradas, posiciones, dificultades, aspectos subjetivos que se juegan en quienes conforman el equipo de profesionales del Centro Integral Infanto Juvenil.

La primera entrevista se llevó a cabo con la Trabajadora Social del Infanto, con la que pude entender que el Centro Integral Infanto Juvenil se posiciona desde el Paradigma de la Complejidad. *“Recibimos a niños sin redes, que presentan conflictivas sociales, con antecedentes de violencia, niños que se autolesionan, con padres psiquiátricos, dificultades escolares, cuestiones que complejizan la situación”* (Registro n° 5- junio del 2021).

Desde el Primer Nivel de Atención en Salud, *“Trabajamos con niños, no con patologías”* (Registro personal n°5- junio del 2021), llevando a cabo talleres que funcionaban como Dispositivos de Prevención y Promoción de la Salud. Aspecto que se resaltó durante la entrevista, siendo un dispositivo tan importante para el CIIJ y que pone de relieve la ausencia de la grupalidad, imposibilitada por la pandemia por Covid-19. La Profesional comentaba que el encuentro con padres y niños llevaba a la conformación de grupos y creaba espacios creativos, recreativos, de apoyo y contención, donde el compartir entre pares generaba la empatía y el sentir que uno no está solo frente a diversas conflictivas, sino que hay otro que me sostiene y que también vive lo mismo que yo. Desde el Segundo Nivel de Atención en Salud, el CIIJ propone posibilitar a los niños y a su familia un tratamiento para mejorar su calidad de vida y los vínculos con su entorno a partir de un trabajo en Red e Interdisciplinario de carácter inter e intra sectorial. Por ej.: la Lic. Comenta que en este tiempo recibieron a un niño con ideación suicida. Entonces, llamaron al Hospital Pediátrico

y de ahí el equipo que es uno, abre una estrategia y se contacta con las Instituciones de la Red, como también se comunica con Redes más informales para poder hacer todo un mapeo de la situación y dar respuesta a esa demanda lo mejor posible.

Por último, recordó que el Infanto trabaja con el Fórum de Infancias, quienes participan de la lucha activa de la Defensa y Promoción de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, contra la patologización y medicalización de las infancias, y desde hace dos meses con una red llamada “Efectores Infanto Juveniles de Salud Mental”.

La segunda entrevista realizada fue con una de las Psicólogas Residentes del Infanto. Fue particular, debido a que nuestro encuentro fue mediante la plataforma Meet, medio que hasta ese entonces nunca habíamos utilizado con otras profesionales y sobre todo porque conversamos sobre algunos de los desafíos que atraviesa la interdisciplina en el Infanto en tiempos de pandemia.

En primer lugar, me comentó que en el CIIJ la interdisciplina, además de desplegarse en espacios formales como la Recepción, la Revista de Casos y la Reunión de Equipos, también tiene lugar en los pasillos, en la cocina y en espacios “no formales”. Me pregunto, ¿qué sucedía en el 2020, cuando las profesionales no asistían a la institución? ¿Cómo se generaban esos espacios en la virtualidad? ¿Estaban dentro del orden de lo posible?.

En segundo lugar, surgió como primer desafío los recursos humanos y materiales. “Somos pocos para tanta demanda”, es una frase que a lo largo de la práctica se escucha una y otra vez. *“Esto que viene del orden del exceso es una problemática que va más allá de la institución”* (Registro n° 14- agosto del 2021). Y que, a su vez, me cuenta que, entre tanto del exceso de la demanda, *“el Infanto tiene la capacidad de escuchar”* (Registro n° 14- agosto del 2021).

En tercer lugar, y como otro desafío, la profesional refiere que *“los dispositivos de protección te asfixian y no te dan ganas. Uno apuesta a la interdisciplina, pero a veces estás tan cansada que decís, ya fue”* (Registro n° 14- agosto del 2021). A su vez, dadas las medidas de cuidado impuestas por el gobierno, se vieron suspendidos los talleres grupales que funcionaban como espacios de prevención y promoción de la salud. Se generó así un gran malestar en la institución. La profesional expresa también una situación que vivió en uno de los espacios de encuentro y reflexión del Infanto, en el cual las residentes estaban juntas sin cumplir con el

distanciamiento establecido por los protocolos de higiene y seguridad pactados en la Pandemia Covid-19, y recibieron un “reto” por parte de una de las profesionales, *“no se junten, no se acerquen, mientras que otra del equipo comenta, ‘no importa, extraño que estemos todas cerca’”* (Registro n° 14- agosto del 2021).

Por último, finalizando el encuentro conversamos sobre el desafío de “la interdisciplina”, y a pesar del cansancio, y que a veces se dificulta el encuentro con un otro diferente a mí, no se trata de si hay o no hay trabajo interdisciplinario, ya que: *“la interdisciplina está en la mente del terapeuta, y hacer lazos con otras disciplinas es diferente a articular con estas. Yo la llevo a todos lados, porque la ética se lleva a todos lados también”* (Registro n° 14- agosto del 2021).

Llegó el tiempo de la tercera entrevista, la que fue realizada a la Psicopedagoga del CIIJ. Comenzamos a conversar sobre las modalidades de trabajo actual, en tiempos de pandemia en el CIIJ. Nos comenta que *“se cambió toda la forma de trabajo”* (Registro n° 16- septiembre del 2021). Como mencioné en registros anteriores, los talleres se vieron suspendidos a partir del año 2020, tras el inicio de la Pandemia Covid-19.

Antes el trabajo era mucho desde lo grupal, el aprendizaje era en grupo, esto que tiene que ver con lo cultural, con el vínculo. A partir del 2020 surgieron muchas cosas, tuvimos que reducir horas y lo tecnológico se presentó como un desafío (por ejemplo, la semana pasada no había wi-fi y sigue habiendo mucha demanda). Pero el Infanto no cerró, tratamos siempre de venir, acompañar a los cambios y trabajar juntas. (Registro n° 16- septiembre del 2021).

A pesar de que lo “tecnológico” se presentó como un desafío, la Psicopedagoga me comenta que esta fue una herramienta nueva de trabajo, un dispositivo que permitió una nueva posibilidad de escucha, porque *“cambiar las modalidades de trabajo, no significó cambiar nuestra concepción para trabajar desde un abordaje desde la complejidad, porque seguimos trabajando juntas”* (Registro n° 16- septiembre del 2021). En este sentido le pregunté, ¿entonces la promoción se sigue sosteniendo?, a lo que me respondió que *“la promoción siempre está, desde una orientación, desde el llamado, donde nosotros tratamos de hablar desde lo posible, pero viste que los talleres se vieron suspendidos, esto género melancolía porque los abordajes eran muy grupales”* (Registro n° 16- septiembre del 2021). En la misma línea, agrega que actualmente la presencialidad ha vuelto:

Estamos más adaptadas. Lo espacial se ha modificado porque antes nos sentábamos todas en una mesa compartiendo el mate y hoy cada una está en su escritorio con el suyo y los dispositivos tecnológicos son una herramienta más, estamos viniendo al Infanto todos los días y todas las horas que nos corresponden. Pero, hay niños y sus familias que siguen eligiendo las videollamadas, por motivos de no exponerse y nosotras nos adaptamos a ellos también. (Registro n° 16- septiembre del 2021)

Después de haber rescatado lo más importante de algunas de las entrevistas con las profesionales, llegó el momento tan esperado para mí: visitar de manera presencial el Centro Integral Infanto Juvenil. Cuántos sentimientos encontrados... ¿Cómo será la institución en la que estoy inmersa? ¿Será tal y como la definió mi Psicóloga Referente en nuestros encuentros? Miedos, expectativas, debido a que finalmente se podía concretar el momento que pensé que no iba a llegar.

El 15 de septiembre del 2021, arribé el Infanto. Estaba muy nerviosa, y decidí llegar a la institución unos minutos antes del horario estipulado. El lugar era tal y como lo había descrito mi Referente, pero el verlo con mis propios ojos me llenó de emoción. Entré y me senté a esperarla en el patio del Hospital San Roque viejo. En la espera, observé los movimientos de entrada y salida de profesionales, médicos, psicólogos, niños correteando, enfermeras, personal de limpieza, entre otros. Observé el florecer de las plantas que le daban una pizca de color a esos pasillos iluminados por el sol radiante de esa mañana. Después de unos minutos, me encontré con mi Referente. Fue muy raro vernos presencialmente, porque sentíamos que ya nos conocíamos, dándonos cuenta en ese momento que la virtualidad había posibilitado conocernos sin que nuestros cuerpos se encontraran. De esta manera, subimos una escalera y atravesamos una puerta, la cual permitía el acceso al Infanto. Me quedé sorprendida porque no había imaginado los colores que se vislumbraban en el mismo. Una sala de espera repleta de mesitas de colores, pinturas en las paredes que reflejaban de algún modo las subjetividades de los niños y sus familias. Esa mañana la experimenté como un encuentro con un lugar que aloja y contiene, eso me transmitía, y a su vez generaba cierta tristeza porque sabía que iba a tener que seguir realizando las prácticas de manera virtual, pero, por otro lado, me sentía muy contenta al poder pisar con mis propios pies esta institución.

8.1.5. QUINTO MOMENTO: HACIA EL FINAL DE LA PRÁCTICA

Este momento abarca los meses de octubre y noviembre, correspondiendo éstos al fin de la práctica. Se caracterizaron por la participación de encuentros virtuales junto a la Psicóloga Referente y la elaboración de un cuestionario de Google, el cual fue enviado a modo de entrevista a las profesionales y residentes del CIIJ, para que con sus respuestas podamos seguir reflexionando juntas sobre la interdisciplina en tiempos de pandemia desde un abordaje integral del sujeto. Además, continué participando del seguimiento de dos casos que pertenecen a pacientes de mi Referente de práctica, como así también la oportunidad de llevar a cabo una entrevista presencial en la institución, hecho que fue relevante para mi trabajo, debido a que fue una instancia muy enriquecedora que me permitió presenciar un espacio interdisciplinario, ya que, mientras realizaba la entrevista entraban y salían profesionales de la sala donde nos encontrábamos. Se generaban así charlas sobre problemáticas de pacientes, cuestiones administrativas que hacen al quehacer diario del CIIJ, pero que a su vez me permitió experimentar que la interdisciplina está en lo cotidiano de las prácticas de las profesionales, en esas escuchas de pasillo, en ese estar/hacer con el otro.

De este modo, y teniendo en cuenta todo lo dicho hasta entonces, procedí a realizar una breve recuperación del proceso vivido desde la Práctica Profesional Supervisada, rescatando los aspectos más importantes que hagan a la búsqueda de un sentido que sea colateral a la experiencia vivida y que me permitan llegar hacia una aproximación del eje de sistematización.

8.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

Hasta aquí hemos descrito y pensado críticamente cada elemento de la experiencia que atravesamos. Es hora de entretejer lo vivido en las prácticas con el marco teórico que sustenta todo aquello que percibimos, solo a partir del encuentro con las palabras de los autores, y a partir del lente de la psicología sanitaria, el psicoanálisis y el paradigma de la complejidad, comprendemos el camino transitado y podemos mirar más allá de la experiencia. Desmenuzar los elementos que componen este trabajo fue útil a los fines de la organización del mismo, sin embargo, resulta

indispensable este momento de vinculación teórico práctica para enriquecernos de lo vivido, apropiarnos de ello y dar respuesta a los múltiples interrogantes que se fueron presentando.

8.2.1. DESAFÍOS COMPLEJOS Y REINVENCIONES CREATIVAS

“No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo”

(Einstein. A, s.f.)

Entrando en contexto...



Ilustración 2: Bienvenidos a mi Práctica. Fuente: Propia.

Para comenzar a transitar por el camino de análisis de mi experiencia, tomaremos los aportes de Najmanovich (2009), quien plantea que para adentrarse en el escenario de trabajo en salud se debe tomar una posición desde el paradigma complejo, el cual implica un desafío teórico, social, individual, ético y político, en donde se abandona la ilusión propuesta en la modernidad de crear una concepción individual de la salud para empezar a navegar en un mundo donde las interacciones del ser humano son diversas. Así, desde el día en el que las profesionales se agruparon para crear el Centro Integral Infanto Juvenil, emprenden un desafío, ya que desde sus

individualidades, con sus formaciones profesionales, aspectos ideológicos y éticos de la praxis, deciden unirse con otros e interactuar a partir de un objetivo común: prevenir y promover la salud y psicoasistencia con el fin de contribuir al desarrollo psicosocial de los niños y favorecer vínculos saludables con su entorno a través de dispositivos de atención en salud mental. Esto supone desde la voz de la Trabajadora social *“romperte como disciplina para poder construirte con otros como un rompecabezas, donde el otro también tiene que romperse para crear un intercambio, un proceso de construcción en conjunto”* (Registro n°2- mayo del 2021). Es decir, que para que se pueda llevar a cabo el intercambio de distintos modelos de saberes, es necesario que cada disciplina pueda reconocer su finitud, aceptar la diferencia y contemplar la posibilidad de aprender de los otros (Najmanovich 2008). *“Porque se trata de una ética. Porque yo la llevo a todos lados que voy. Tiene que ver con ese encuentro entre varios para abordar y pensar problemáticas diferentes”* (Psicóloga 1- Registro n°5 - mayo del 2021).

Se trata de la configuración de una ética que permite habitar nuevos territorios existenciales y crear nuevas figuras del pensar. Esto no implica un cambio de paradigma, sino, y en palabras de Bourdieu y Wacquant (1995), una transformación en la que el ser humano experimenta el mundo e interactúa con el otro. Siendo entonces *“los lentes con los cuales uno puede mirar al paciente”* (Psicóloga residente 1- Registro n° 6- junio del 2021) y la configuración de un nuevo estilo cognitivo, que: *“está en la cabeza de uno, y si uno no lo tiene, no puede hacerse presente para intervenir y trabajar con otro que es diferente a mi”* (Psicóloga residente 1- Registro n° 8- julio del 2021). Y porque como afirma Najmanovich (2008), cuando hablamos de esta, no hablamos de un movimiento y una yuxtaposición o mezcla indiscriminada, ya que *“hacer lazo con las otras disciplinas es diferente a articular con estas”* (Psicóloga 1- Registro n° 10- julio del 2021). Siguiendo con la historia identitaria de la institución: construirse desde los desafíos, las profesionales se encuentran hoy con un nuevo reto a enfrentar, no solo por el hecho de pararse desde lo complejo e interdisciplinario para experimentar el mundo, su práctica cotidiana, sino también por la presencia de un virus que se ha de llamar por la ciencia Covid-19 que, como postula Stolkiner (2020), tuvo como consecuencia una transformación subjetiva de las formas de andar por el mundo, puso patas para arriba la cotidianeidad de todas las personas e introdujo ritmos que no estaban previstos dentro de la vida. *“La interdisciplina que siempre fue fuerte en el Infante, hoy se nos presenta como un gran desafío”* (Registro n° 4- mayo del 2021) afirma nuestra Psicóloga Referente. Por ello, comenzamos a preguntarnos si la identidad de esta institución no podría

ponerse en jaque, y si fuera así, ¿cómo sostenerla en los tiempos donde prima la crisis? Veamos a continuación qué estaba sucediendo en el Infante en esos momentos...

DIFICULTADES-DESAFÍOS-OPORTUNIDAD DE CAMBIO-INVENCION

La llegada del Coronavirus al Centro Integral Infante Juvenil puede pensarse a partir del concepto de crisis. Etimológicamente, tomándonos del ideograma chino *wei ji*, la palabra está formada por dos caracteres: peligro inminente y oportunidad de cambio. De esta manera y a partir de las siguientes viñetas comenzaremos a analizar y a reflexionar sobre su bienvenida a la institución.

PELIGRO INMINENTE Y DIFICULTADES

Con la pandemia se puso sobre el tapete lo que ya sucedía, no hay recursos y somos muy pocas para tanta demanda y nos estamos cansando mucho porque desde el 2020 estas están aumentando y tenemos que esforzarnos para poder trabajar entre todas. (Psicóloga Referente -Registro n°3 - mayo del 2021)

“Todos vienen acá y nosotras no podemos abordar todo, nosotras somos dos psicólogas y eso es poco para tanta demanda, imagínate para toda zona Sur” (Supervisora del CIJ - Registro n° 2- mayo del 2021).

“Somos muy pocos, cada vez menos y la demanda cada vez es más” (Psicopedagoga-Registro n°7- junio del 2021).

Pararse a reflexionar desde las diferentes voces de las profesionales nos permite insertarnos al contexto inicial en el que se hallaba el Infante en este panorama de Pandemia. Éstas algo tienen para decirnos ya que, como afirma Carraro, et al. (2010), actualmente el sistema de salud público continúa su devenir en procesos reiterados de precarización de recursos humanos y materiales, lo

que exige que los profesionales de la salud anuden esfuerzos para enfrentar esta situación y de esta manera seguir atendiendo. Sin embargo, y como nos comentó la profesional, esta situación que proviene del exterior pero que impacta en la praxis cotidiana genera que las mismas experimenten una sensación de cansancio llevando a que: *“se dificulte el encuentro en tiempo y forma con tus compañeras”* (Psicomotricista - Entrevista octubre del 2021); *“ estamos agotadas de usar las máscaras, el alcohol, los barbijos para poder atender”* (Psicopedagoga- Entrevista octubre del 2021); *“Los dispositivos de protección te asfixian y no te dan ganas. Uno apuesta a la interdisciplina, pero a veces estás tan cansada que decís, ya fue”*. (Residente psicóloga 2- Entrevista octubre del 2021). Con esta última viñeta se pone en relieve que además el equipo de trabajo del CIIJ debió cumplir con el Protocolo General de Medidas de Prevención y Seguridad para la Emergencia Sanitaria (2020) que impuso el gobierno como una de las medidas de cuidado que las profesionales debieron implementar para poder llevar a cabo su labor. En consecuencia, se vieron suspendidos los talleres, que funcionaban hasta el momento en la institución como dispositivos grupales en pos de la prevención y promoción de la salud de los niños y su familia. Provocando *“un gran malestar, donde el disfrute ya no está, extrañamos los grupos, el compartir las problemáticas con otros”* (Psicopedagoga- Registro n°14- agosto del 2021); *“una dificultad, porque nos cuesta un montón, el no tener los talleres, porque era un motivo de encuentro, eran muy importantes estos espacios”* (Psicóloga- Registro n° 16- septiembre del 2021); *“Y hoy hay mucha angustia detrás de una máscara, detrás de un ambo”* (Psicomotricista - Registro n° 11- agosto del 2021).

Por otra parte, no podríamos olvidar mencionar, y siguiendo las ideas de Carlino (2010), que en estos tiempos, al modo tradicional de encuentro y de contacto que conocíamos hasta el momento, ese que se produce cara a cara, cuerpo a cuerpo, se le fueron agregando otros, como producto de la influencia de la tecnología en la vida cotidiana, lo que fue constituyéndose como uno de los principales elementos que vienen transformando las costumbres y los paradigmas culturales de comportamiento. De esta manera, en el Infante ya no solo se daban los encuentros presenciales, sino que también los mismos se producían a partir de aparatos tecnológicos: *“la tecnología llegó para quedarse. Hoy las sesiones con los pacientes no solo se dan en un encuentro personal, sino que suceden a través de las video llamadas”* (Psicóloga Referente- Registro n° 13- agosto del 2021). Debido a que *“comunicarse por teléfono, por internet o por mensaje de texto es hoy una forma habitual de encuentro comunicativo”* (Carlino, 2011, p.21). No obstante, las

profesionales refieren al respecto: “*esta herramienta que fue una novedad, devino en costumbre, cansancio...generando un hartazgo de las pantallas y acostumbrarme se me hace muy difícil*” (Psicomotricista- Registro n° 20 - septiembre del 2021); “*Se implementó la red social Whatsapp en el dispositivo de recepción. Y se complejiza porque a veces te mandan audios extensos, a veces te escriben muy poco y nosotros tenemos que dar una respuesta... [...]*”. (Psicóloga 1- Registro n°24- octubre del 2021).

Siguiendo lo postulado hasta el momento, y desde las ideas de Waisbrot (2020), el hombre ante un mismo evento puede tomar diversas salidas. Hasta aquí pareciera que la única salida desde que el Covid-19 irrumpió con fuerza en el CIJ era quedar atrapadas en su faceta de peligrosidad, en donde primaba un clima de gran malestar –desánimo, desgano, cansancio–, realizando aquello que ya se respiraba dentro del Infante, mucha demanda, pocos recursos, nuevos elementos–los protocolos–, donde el recuerdo se vive con fuerza, ese recuerdo por aquello que hoy no está y genera angustia. Sumándose la tecnología como herramienta novedosa que posibilita los encuentros entre sujetos, encuentros que hasta entonces no se producían, pero que se tornaban complicados hasta incluso imposibles de llevarse a cabo. Dicho esto, nos preguntamos, ¿las profesionales se quedarán abrumadas por lo que desborda de la crisis o encontrarán luces dentro de este callejón que hasta ahora parece no tener escapatoria?

Para comenzar a responder esta pregunta debemos detenernos en el significado de *dificultad*, ya que fue una de las palabras que acompañó a los relatos de las profesionales en reiterados momentos. La misma, y según la Real Academia Española, proviene del latín *difficultas*, *-ātis*, y significa en su primera acepción “1. f. Embarazo, inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender algo bien y pronto”. Por ello, si hacemos uso de esta definición, puede pensarse a este tiempo no solo como uno difícil, sino además, como un tiempo de espera, de preparación para lo que vendrá; que invita a los sujetos a tomar una pausa frente a lo que irrumpe de manera repentina (Petritz, et al, 2008). No hablamos del tiempo de los relojes y las máquinas, sino de aquel producido por el atravesamiento de los sujetos, donde cada quien le otorga un sentido. Así, y complejizando el asunto, Naishtat (1994) plantea desde la filosofía un entrecruzamiento entre la decisión (esa necesaria para el hacer, para la acción humana porque para hacer hay que decidir) y la temporalidad, que posibilita pensar la decisión no como cálculo sino como inventividad y creación personal. Sus ideas nos ayudan a pensar en otra posible vía para

atravesar lo ocurrido. Una salida diferente, que permite hacer una pausa y observar desde otro lugar, otorgándole otro sentido. Es decir, *“con el tiempo nos dimos cuenta que todo esto que veíamos como una dificultad al principio y nos abrumaba, hoy se nos presenta como un gran desafío”* (Psicóloga uno - Registro n°21- septiembre del 2021); *“decidimos aceptar esto como un desafío para poder seguir atendiendo”* (Psicóloga residente- Registro n° 17- septiembre del 2021). Ya Fariña (2021) decía que tomar diversas salidas puede ser una nueva forma de soportar la vida, ya que *“soportar la vida sigue siendo el primer deber de todo ser vivo”* (p. 8). En este sentido y después de un tiempo, las profesionales pudieron darse cuenta y reflexionar de que no solo se trata de un camino repleto de dificultades, sino que dentro del mismo también conviven desafíos novedosos que les tocará enfrentar.

DESAFÍOS QUE ENFRENTAR, OPORTUNIDADES QUE VENDRÁN



Ilustración 3: Hacia Nuevos Desafíos. Fuente: Pinterest.

Todo desafío supone una movilización de estrategias de afrontamiento, en donde aparece una nueva oportunidad, un nuevo interés de hacer algo con lo que hasta el momento parecía difícil e inimaginado (Giménez, et al., 2014). Como lo expresaba la Psicomotricista: *“Nunca habíamos imaginado atender con tantas modalidades”* (Registro n° 10- julio del 2021). De este modo, empezamos a evidenciar el segundo carácter por el cual está formada etimológicamente la palabra

crisis: la oportunidad de cambio, ya que según Pittman (1995), la crisis puede ser pensada además como una oportunidad de cambio, que no necesariamente debe evitarse, debido a que la misma supone una tensión que afecta al sistema, en este caso, la labor del día a día de las profesionales, aquella que pone fin a una continuidad y exige un trabajo de adaptación en un corto periodo de tiempo. En palabras de la Psicóloga referente:

Tuvimos que adaptarnos, no fue fácil empezar a pensar en atender con protocolos y a partir de las pantallas, solas en nuestros consultorios. Donde es ir acomodándose porque se volvía a fase uno y tenías que ver como programar los encuentros, y empezar a observar cosas que antes no teníamos ni pensado, porque todo iba cambiando y nosotras teníamos que allanarnos. (Registro n° 15 - agosto del 2021)

Najmanovich (2009) afirma que estar en crisis implica estar en movimiento, implica aprender a caminar en territorios inestables, aprender a tolerar el desorden que la complejidad presenta, dialogar con este, y a pasar de la búsqueda de certezas, a la aceptación de incertidumbres. Percibirla de esta forma, nos permite tomar otra perspectiva y empezar a observar aspectos que antes pasaban desapercibidos o “no se tenían en cuenta “y que hoy nos pueden ser útiles en la práctica diaria. Tiene que ver además con un “ejercicio que lo pongo en funcionamiento todos los días, porque es todo un desafío tolerar la incertidumbre que nos rodea” (Psicóloga 1- Registro n° 7- junio del 2021). Por esta razón, en este ejercicio, nada está dicho, no existe un método absoluto que nos conduzca a la verdad y a un destino fijado, sino que en cada paso que damos, estamos cambiando y en ese cambio, empezamos de nuevo para seguir construyendo caminos complejos. Así lo refiere la Psiquiatra:

Hay que tolerar con todo este panorama que hay días que no podés encontrarte, porque la realidad es que estamos a full, y nos cansamos. Hay días que estás bajón y no te sentís con todas las pilas; encima nos cuesta no tener el espacio de los grupos, nos sentimos inseguras, pero nos dimos cuenta que se puede seguir trabajando interdisciplinariamente a pesar de todo eso, es un nuevo desafío para nosotras, un desafío de todos los días. (Registro n°6 - junio del 2021)

Llamazares (2011) dice al respecto que se ha iniciado entonces un camino hacia el “darse cuenta” de que algo se puede hacer en medio de la crisis. Esto nos lleva a pensar en los argumentos de Elichiry (2009), quien concibe al trabajo interdisciplinario como un sistema abierto y dinámico, que recibe e intercambia información del medio en el que se encuentra.



Ilustración 4: Centro Integral Infanto Juvenil: sistema abierto, dinámico y complejo. Fuente: Propia.

Todo esto permite que se genere una red de intercambio, apoyo y contención entre profesionales de diversas disciplinas e instituciones para que de alguna manera estas emociones “difíciles/negativas” que mencionaba la Psiquiatra en la cita anterior, puedan comenzar a procesarse como desafíos, tomar otra forma y evolucionar hacia el cambio.

Pensar en el cambio y en la novedad nos exige pensar nuevamente en el tiempo. Najmanovich (2008) afirma que en la complejidad existe una multiplicidad de modulaciones temporales. Esta concepción parte de la idea de que, si algo se continúa y se mantiene idéntico a sí mismo, no puede alterarse, generando a su vez la paradoja de que tampoco se puede continuar si no hay alteración. Es decir: “*para poder seguir atendiendo debemos aceptar los desafíos y transformar nuestros modos de trabajo*” (Psicopedagoga- Registro n°18- septiembre del 2021).

Destacamos en estas líneas, que la transformación en todo sistema abierto y dinámico es la condición de posibilidad para poder seguir avanzando. En nuestro caso seguir “atendiendo en un contexto de Pandemia”. Condición que permite, nos atrevemos a expresar, a que suceda algo así como si los desafíos se convirtieran en el motor para crear recursos novedosos. Motor que nos lleva a habitar el evento desde el lugar del acontecimiento, ese que da pie al surgimiento de la invención (Wiasbrot, 2020).

REINVENCIONES CREATIVAS

Retomando a Waisbrot (2020), tomar partida desde el acontecimiento nos concede el beneficio de realizar una revisión de nuestras formas de pensar, sentir y actuar. Una lógica capaz de pensar en el fluido, en lo que todavía hay en la institución en medio de la crisis. Idea que resuena y se ve reflejada en la voz de la Psicóloga residente: “*estamos haciendo lo que podemos con lo que hay*” (Registro n° 9- julio del 2021). Por ello, nos preguntamos, ¿qué hay en el Infanto?

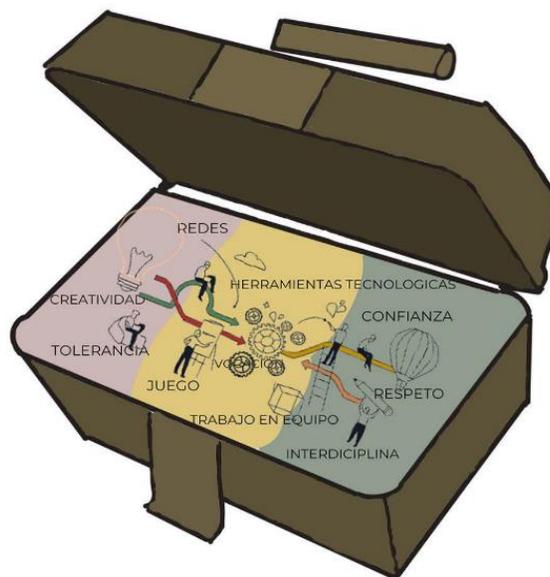


Ilustración 5: Caja de juego de un Centro Integral Infanto Juvenil. Fuente: Propia.

Imaginemos que la caja de juego que Melanie Klein ponía en funcionamiento en su consultorio circula en los espacios del Infante. Esta, como vemos en la ilustración, contiene diversas herramientas que se encuentran disponibles en la institución. A continuación, nos detendremos en los discursos de las profesionales, ¿qué tienen para contarnos al respecto?, ¿tomarán la iniciativa de crear algo nuevo con lo existente?

Una herramienta que para mí fue toda una oportunidad con la que antes no contábamos, fue la tecnología. Nos permitió conocer el mundo íntimo de los pacientes. Su casa, sus juguetes, su dinámica familiar. Porque el consultorio no te permite eso, es como un laboratorio donde está todo armado. (Psicomotricista- Registro n° 12- agosto del 2021)

La caja de juego fue abierta y permitió el encuentro con una herramienta: la tecnología. Ésta abrió el paso a la creación. Algo nuevo está por acontecer. Desde la lectura de Carlino (2010), esta nueva oportunidad como lo dice la profesional, es una actual posibilidad comunicativa que permite hacer realidad lo que siempre fue considerado inconcebible: localizar en dos lugares diferentes y en el mismo momento la misma vivencia. En cada extremo de la línea, hay una realidad material singular y diferente y un espacio común compartido. Donde la relación entre terapeuta y paciente se vuelve más enriquecedora y permite que a partir de una imagen que se ve plasmada en la pantalla de un teléfono se introduzcan nuevos elementos que antes no se desplegaban en el consultorio: comprender lo que sucede en los hogares de esas familias que consultan, cómo son las dinámicas entre ellos, ubicarse y observar el contexto inmediato de los niños. Todo esto complejiza el trabajo de las profesionales y propicia que se desplieguen intervenciones creativas:

Porque solo siendo creativas pudimos continuar. Y así me di cuenta que, al haber computadoras en nuestros consultorios, los chicos descubrieron que podían usarlas como un juego. Uno me pidió si podía escribir lo que estaba sintiendo. Y descubrí que en este nuevo dispositivo también podíamos alojar las emociones de nuestros pacientes a partir de la escritura. Y desde ese día utilicé esto como una intervención nueva con mis pacientes. (Trabajadora Social- Registro n° 17- septiembre del 2021)

La computadora también me permite buscar en Google lo que los niños me dicen. Por qué imitan ciertos juegos y no otros, “yo corro como ellos”. Y entrar en el mundo de la tecnología ha sido para mí, entrar en el mundo de los niños. (Trabajadora social- Registro

n° 19 - septiembre del 2021).

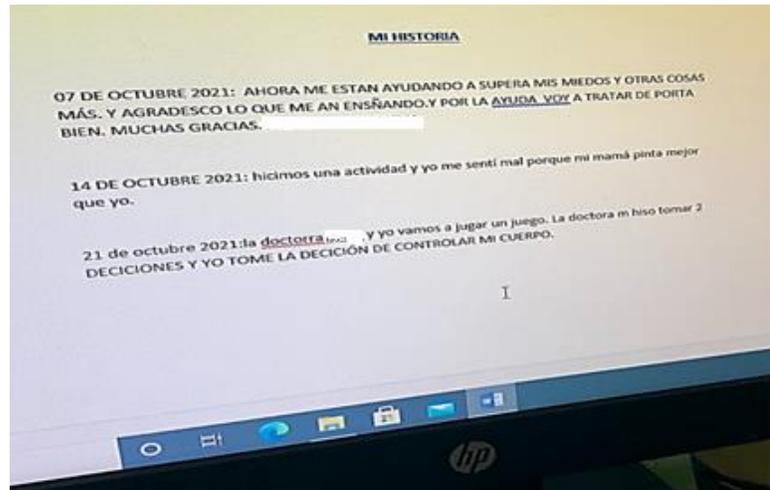


Ilustración 6: La computadora, un nuevo juego en el consultorio. Fuente: Propia

Winnicott (1972) decía que la creatividad es inherente al juego, es decir, que el juego es una experiencia creadora que posibilita la representación y el reemplazo simbólico de un objeto. Entonces si en el Infante todas juegan, y lo lúdico es parte de la esencia de esta institución, a partir de un nuevo dispositivo, un nuevo juego “el juego tecnológico”, se hizo visible el hecho de que posicionarse desde el lugar de la invención y comenzar a crear e investigar el mundo de las infancias era posible en medio del caos. Siendo que “la implementación de la tecnología en estos tiempos, es una forma potente que favorece los procesos de creación, abre horizonte (...) es un proceso de transformación de un modo de ser a otro” (Levy, 199, p. 8). Según el autor, lo virtual tiene que ver con la fuerza, potencia que acompaña a todo acontecimiento que reclama un proceso de resolución. Por esto, la utilización de lo virtual se vuelve una herramienta fundamental para encontrar soluciones creativas en contextos como los que estamos viviendo.

Veamos a continuación como la interdisciplina es otra de las herramientas que se encuentran en la caja del Infante presentando durante este período características diferentes a las

de tiempos anteriores. Estas diferencias no significan un impedimento/obstrucción para dirigirnos hacia un horizonte creativo y así convertirse en el vehículo primordial para poder transitar la crisis.

Todo el tiempo estamos cambiando, ayer no fuimos los mismos que somos hoy. La complejidad nos permite volver a nacer en cada encuentro que compartimos con otros. Lo expresaba más o menos así la Trabajadora Social en uno de nuestros encuentros: *“hoy la interdisciplina no es la misma, eso no significó que no se pueda seguir trabajando como antes porque buscándole la vuelta, pudimos organizarnos y reinventarnos”* (Registro n°6- junio del 2021). Esta viñeta refleja otra de las características de los sistemas abiertos, no menos importante de las que comentamos anteriormente. Se trata de la capacidad que los mismos tienen de autoorganizarse, que no implica según Bleichmar (s.f.) dejar atrás las lógicas con las que se funcionaba previamente, sino reaccionar con un aumento de complejidad ante las perturbaciones aleatorias que en él se producen.

Se trata de transformarse y reinventarse³ con propiedades nuevas e imprevisibles *a priori*: *“una manera de encontrarnos entre nosotras y con otros de una manera antes pensada en nuestra institución. Un encuentro mediado por pantallas”* (Psicomotricista- Registro n° 10- julio del 2021). En palabras de la autora, en todo sistema abierto pequeñas fluctuaciones –si se producen en un momento oportuno– pueden engendrar un nuevo régimen de funcionamiento, permitiendo que las profesionales inauguren una experiencia antes conocida.

En consonancia con estas ideas, Waisbrot (2020) propone dos alternativas para pensar esta vivencia. La primera: desde lo que queda de la crisis, como ese resto, como aquello que quedó de la solidez. La segunda: desde lo que hay, que invita a realizar un inventario de lo existente, ese que lleva a efectuar una nueva operación. Ahora bien, si las trabajadoras se posicionaran desde lo que queda de la crisis, desde la lógica previa, no queda nada o casi nada y solo las llevaría a permanecer enredadas en lo caótico y en el terreno de las dificultades. Sin embargo, como hemos expuesto hasta ahora, las profesionales abrieron la caja de juego y se tomaron de lo existente. En otras palabras, se tomaron de esta segunda alternativa: *“desde lo que tenemos acá, desde lo que hay,*

³ -1. v. tr. Volver a crear, diseñar o idear alguna cosa que existe para transformarlo. (Real Academia Española).

-“Reinventarse no significa cambiar quién se es, sino cambiar la forma de ser y de estar en el mundo” (Puig, M.A, 2013).

hemos sostenido en estos momentos complejos una buena calidad de atención integral e interdisciplinaria” (Psicóloga referente- Registro n° 11- agosto del 2021); y *“porque los casos que llegan son complejos y siempre necesitamos la palabra y la escucha del otro”* (Trabajadora social- Registro n°5- mayo del 2021). Lo que revela que la llave maestra con la que se cuenta porta el nombre de interdisciplina. Y que desde la postura de Carballeda (2011), esta se vuelve una oportunidad en función de desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, como la nuestra, que tiende a la individuación, donde lo individual desvaloriza lo diverso. Oportunidad para construir algo diferente a partir de un diálogo de saberes, de una interacción, de un trabajo en equipo que genere un punto de encuentro y de lugar a lo nuevo, a un trabajo creativo de nuestra realidad social y compleja. Porque *“solo la diferencia puede producir diferencia y la novedad solo nace de un encuentro con el otro”* (Najmanovich [s.f.], p. 5).

Sigamos reflexionando juntos...pausa, nos detenemos, observamos...y nos acomodamos los anteojos complejos, por si se nos habían movido un poco para poder continuar en el camino de análisis, ese que habilita reflexiones y aprendizajes. A través de los mismos, nos permitimos identificar que el desafío, ese que les veníamos comentando anteriormente, el de la interdisciplina, requiere, siguiendo a Solitario (2007), la implementación de *“dispositivos necesarios para que los proyectos propuestos por el equipo interdisciplinario puedan desarrollarse”* (p.4). Por ello expondremos, a continuación, los dispositivos que se desplegaron en el contexto de Pandemia por Covid-19 en el Centro Integral Infanto Juvenil.

8.2.2. DISPOSITIVOS INTERDISCIPLINARIOS EN TIEMPOS DE COVID-19

En nuestro paso por el CIIJ y desde la información recolectada a partir de nuestras conversaciones telefónicas con las profesionales pudimos identificar **dispositivos interdisciplinarios formales**: el dispositivo de Recepción Infanto Juvenil, la Revista de casos y la Reunión de equipos. *“Son los dispositivos que desde la creación del Infanto se establecen en un día y horario, con un objetivo pactado por el equipo”* (Psicopedagoga- Entrevista octubre del 2021). Por otro lado, logramos identificar **dispositivos interdisciplinarios informales**, aquellos que *“surgen en la interacción, en los momentos de intercambios con uno que es diferente a mi sin*

necesidad que sea en un día y horario preestablecido, surge en ese diálogo cotidiano con otros” (Psicomotricista- Entrevista octubre del 2021).

EL DISPOSITIVO DE RECEPCIÓN: UN MOMENTO DE ACOGIMIENTO-ENCUENTRO-HOSPEDAJE

¿Cómo se aloja a quien llega desde afuera al sistema de salud?

Tomaremos la delimitación de Agamben (2011) del concepto de dispositivo, en la medida que nos disponemos a reconocer lo que sucede en torno a la recepción, lo que se produce como un entramado de relaciones entre elementos heterogéneos, destacándose tanto lo discursivo como lo no discursivo. Es decir, que se ponen en juego las leyes y medidas administrativas/institucionales, la estructura arquitectónica como los espacios y lugares de las cosas, los sujetos, el tiempo disponible, las acciones posibles, la distribución de poderes y saberes.

En este sentido, el dispositivo de recepción se constituye como un artificio que se construye en función de las diversas dimensiones que lo atraviesan para *“contener al otro, su demanda y ayudarlo para que pueda acceder a un servicio de salud, en dos turnos por día de lunes a viernes”* (Psicóloga referente- Registro n° 1-mayo del 2021), y de esta manera habilitar un encuentro entre las profesionales y las personas que se acercan. Debido a que aquí, *“no se habla de admisión, no es ‘te admito, te admito’, sino que hablamos de un recibimiento, ese que te lleva a dar una respuesta posible y efectuar acciones”* (Supervisora del CIIJ- Registro n° 1- mayo del 2021).

Nos referimos con *recepción*, y tomándonos de las reflexiones de Carraro, et al., (2010), al acto de recibimiento, como una acogida al que viene del exterior. “Antesala”, del latín *recipere*, hace referencia a recibir. *Recepción*, también hace alusión a una reunión con carácter de fiesta, donde a partir de allí, quienes llegan dejan de ser objetos de la pregunta y se convierten en sujetos de enunciación, inaugurándose de esta manera algo para quienes padecen. Un espacio para que las problemáticas puedan desplegarse.



Ilustración 7: Recepción en tiempos de Pandemia Covid-19. Fuente: Pinterest.

¿Qué sucede en esta instancia de contención al otro?

“En la recepción se evalúa la situación en que llegan los niños, a qué barrio pertenecen y qué edad tienen para determinar si los tomamos o no, o si los derivamos a las otras instituciones que conforman la red” (Psicóloga referente- Registro n° 9- julio del 2021).

Tiene que ver con una primera escucha que se da todos los días de 8:00 a 14:00 hs. en donde recabas información de quien consulta (motivos de consulta, datos, si han tenido tratamiento en otras instituciones, ver a qué barrio pertenece de la zona programática de Córdoba). (Residente Psicóloga- Registro n° 16 - septiembre del 2021).

A partir de estas viñetas, podemos observar que, en esta primera escucha, la cual implica una primera entrada al sistema de salud para quienes llegan desde afuera, se intenta arribar a partir de interrogantes específicos a una aproximación diagnóstica de la situación problemática por la cual está atravesando cada miembro de la familia (Carraro, et al., 2010). Además, a partir de la misma *“se establece una intervención rápida, se toma una solución en el momento y si nos excede se intenta derivar”* (Residente Psicóloga 2- Registro n° 19- septiembre del 2021). La tarea que les compete a los agentes de salud, parafraseando a Fernández (2007), requiere acompañar la narración

de sufrimientos y emprender el desafío de posicionarse desde los órdenes de lo posible. Entonces, podemos decir que las profesionales del Infanto, teniendo en cuenta sus posibilidades de abordaje tanto disciplinares como institucionales y siendo conscientes con lo que se cuenta, reciben a los niños y su familia y a partir de este recibimiento, ponen en marcha una intervención rápida e intentan formular una respuesta. Como lo expresa la Psicóloga residente:

Esta es una característica del Infanto, es un centro que aloja a la población desde un lugar más maternal podríamos decir. Tiene esto de no dejar a nadie sin un lugar en donde se los va recibir, siempre se les intenta dar una respuesta y si no se los puede recibir, se los deriva a las otras instituciones. Porque puede que este encuentro sea el único que tengamos con ellos. (Registro n° 25 - octubre del 2021).

Seguidamente examinaremos una situación particular en donde este aspecto se ve reflejado:

Hace 15 días recibimos a un niño con ideación suicida, y nosotros no recibimos crisis porque no contamos con Staff de Enfermería, porque el “estate quieto lo de la internación”. Entonces llamamos al Hospital Pediátrico, y de ahí el equipo que es uno, abre una estrategia y se contacta con las Instituciones de la Red. Como también se comunica con Redes más informales, yo conozco a tal, llama a tal, para poder hacer todo un mapeo de la situación y dar respuesta a esa demanda lo mejor posible. (Trabajadora Social- Registro n° 12 - agosto del 2021).

A partir del relato de la Trabajadora social, se pone en evidencia que el CIIJ realiza un trabajo en red, intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario.

El Centro Integral Infanto juvenil efectúa, en primer lugar, un trabajo en red, lo que pone sobre la mesa una de las características propias de los dispositivos al entender de Mauer y Resinsky (2011): su entramado en red, debido a que en esta instancia se efectúa una red de relaciones entre sectores e instituciones. Siendo las mismas las que permiten que se conforme una malla elástica y flexible e invitan a quienes forman parte a crear un diálogo en conjunto que posibilite realizar intervenciones en contexto. En segundo lugar, podemos identificar el trabajo interdisciplinario que allí se despliega como un posicionamiento que nos permite producir sentidos coherentes con nuestra vida contemporánea, nuestra realidad social, y abrir puertas a otras perspectivas que nos

permitan crear narraciones multidimensionales (Najmanovich, 2008). Y, por último, podemos decir que en este momento de acogida se pone en juego una toma de decisión por parte del equipo de profesionales, debido a que no siempre esa respuesta que dan los mismos implica la puesta en marcha de un tratamiento, sino que cuando no es posible “se trata de reconvertir esa demanda y orientar a la familia que consulta a encontrar una respuesta posible” (Gómez, et al., 2018) en las otras instituciones de la red de salud mental de la provincia de Córdoba.

Un momento de encuentro desde el WhatsApp



Ilustración 8: Recepción virtual. Fuente: Pinterest.

Hacemos aquí una pausa para invitarlos, lectores, a rebobinar algunas páginas para encontrarnos nuevamente con la tecnología, como les contábamos, reinención desplegada por las profesionales en tiempos de Pandemia. Dentro de este dispositivo de recepción, la misma también comenzó a tomar protagonismo, y a partir de la red social WhatsApp se empezaron a poner en marcha las primeras escuchas de aquellos que por algún motivo consultan a esta institución. Una profesional así lo describe:

En el año 2021, se implementó la red social WhatsApp. Ésta habilitó un espacio más para quien necesita hacer una consulta. Una vez que escriben al número, se envía un mensaje

automático en donde quien escribe debe responder completando los siguientes datos: Nombre completo, DNI, edad, barrio de procedencia y motivo de consulta. (Psicóloga Referente- Registro n° 15- septiembre del 2021).

En función de lo reflejado en estas líneas, y a partir de lo propuesto por Mauer y Resnisky (2011), podemos observar otras de las propiedades con las que cuentan los dispositivos: su naturaleza estratégica. Esto quiere decir que los mismos son creados en un tiempo y forma determinado como respuesta a un acontecimiento. En este caso, un dispositivo virtual se comenzó a poner en marcha como respuesta a la llegada de la Pandemia por Covid-19 en una institución de salud y propuso una modalidad diferente para alojar a los sujetos en el CIJ: la recepción por WhatsApp. Esta *“habilitó a abrir la comunicación, la escucha. Porque antes se daba todo presencial, te tocaban la puerta o te llamaban al teléfono fijo”* (Supervisora del CIJ- Registro n° 13- septiembre del 2021). Es decir, y siguiendo a Comes, et al., (2006), permitió que se estableciera una estrategia nunca antes utilizada en el Infanto, para mejorar el acceso a la salud de aquellos que por alguna razón les resultaba difícil o incluso imposible, ya sea por problemáticas económicas, administrativas, entre otras, acercarse al Infanto de manera presencial. A su vez:

Se complejiza porque a veces te mandan audios extensos, a veces te escriben muy poco y nosotros tenemos que dar una respuesta. Hay muchos turnos dados y no sabemos cómo acomodarnos. Pero también esto es parte de la complejidad el no tener certezas, el hecho que surjan nuevos interrogantes. (Supervisora del CIJ- Registro n° 13- septiembre del 2021).

De acuerdo con Del Cioppo (s.f.), hoy la virtualidad forma parte de la vida, y la vida se encuentra atravesada de muchas maneras por la virtualidad. Esta viñeta nos demuestra que el Dispositivo de Recepción es un ejemplo de ello. Y que si bien, como mencionamos en líneas antes expuestas, promovió el acceso a la salud de muchos sujetos que antes no podían acercarse, también formuló nuevos desafíos para las profesionales: nuevas condiciones y efectos en la producción de subjetividad, en los estilos vinculares, en la experiencia de la corporalidad y la temporalidad. Las mismas deberán adentrarse en tiempos vertiginosos, de corta duración y rápido reemplazo y de alguna manera posibilitar la continuidad de las intervenciones a través de esta nueva modalidad de

dispositivo. Sin embargo, como así lo plantea la Supervisora del Infante, al convivir en un paradigma complejo, no siempre podremos tener respuestas o soluciones a las preguntas que aparecen en estos momentos en una pantalla. Por eso, y siguiendo los argumentos de Carraro et al., (2010), consideramos que debemos seguir pensando acerca de la implementación de este Dispositivo, como un proceso de construcción y deconstrucción, permitiendo que la reflexión fluya a partir de una mirada diferente que también ponga en cuestión a las profesionales, las aliente a la búsqueda y a la apertura de nuevos interrogantes.

¿Cómo se prosigue luego de esta primera escucha?

ESPACIOS DE DIÁLOGO ENTRE DISCIPLINAS

REVISTA DE CASOS Y REUNIÓN DE EQUIPOS

En relación a la Revista de casos, una de las profesionales menciona: *“una vez que se toman las recepciones, estas pasan a Revistas de casos”* (Trabajadora Social- Registro n°9- julio del 2021). Este dispositivo se pone en funcionamiento todos los días viernes de 8:00 a 12:00 hs., con una duración de una hora y treinta minutos/dos horas. Allí participa todo el equipo interdisciplinario de profesionales y residentes, quienes discuten y reflexionan acerca de los pacientes que se encuentran en tratamiento y de aquellos que ingresan a la institución (Entrevistas de octubre del 2021). En este artificio, siguiendo a la Supervisora del CIJ: *“se juega lo interdisciplinario, donde se ponen sobre la mesa todos los grises. Entonces, si tomamos el caso, vemos quiénes lo van a tratar y qué disciplina presenta mayores herramientas para efectuar un tratamiento”* (Registro n° 15- septiembre del 2021).

Por otra parte, la Reunión de Equipos hace referencia a un Dispositivo interdisciplinario que se lleva a cabo cada 15 días de 8:00 a 11:00 hs. En ellas se planifican las actividades a realizar, se prevén las herramientas materiales de trabajo, se organizan las cuestiones burocráticas de la institución y se lleva a cabo una evolución del trabajo de las profesionales.

Parándonos desde las ideas de Giménez (2017), citando a Fernández (2012), consideramos al despliegue de ambos dispositivos como ese “momento de pausa que organiza la música” (p.14). Pausa de necesaria reflexión, previa al momento de la intervención, donde se pone entre paréntesis el entendimiento cerrado de cada disciplina y se construye un lenguaje común para comprender y alojar el sufrimiento de los sujetos que consultan, así como también para organizar las actividades y los objetivos que se pretenden abordar con los mismos. Espacios de interdisciplina, en los cuales cada uno aporta un elemento, una visión que proporciona “un valor agregado al entendimiento de múltiples situaciones (...), el que nos hace comprender que la heterogeneidad es en realidad una fortaleza” (p. 119).

Inmediatamente, volvamos a la concepción de la interdisciplina –plasmada en páginas anteriores como un sistema abierto y dinámico–, para dar cuenta que el diálogo entre diferentes no solo se propicia dentro de espacios preestablecidos en una institución, sino que también puede expresarse en lo espontáneo y cotidiano de la práctica.

ENCUENTROS ESPONTÁNEOS DE LA PRÁCTICA COTIDIANA

“Hay encuentros que suceden espontáneamente, frente a la necesidad de trabajo cotidiano, porque siempre nos hace falta una mano y ahí el equipo se busca porque reconoce los límites de su propia disciplina” (Entrevista con la psicóloga referente- octubre del 2021).

“Estos encuentros se dan cuando por ejemplo vamos a calentarnos la comida, porque el microondas está en el espacio de profesionales de planta y mientras esperamos que se caliente, conversamos con otros profesionales de nuestros casos” (Entrevista con la psicóloga residente 1- octubre del 2021).

Los aportes de las profesionales nos recuerdan a una situación vivida el día que tuvimos la grata oportunidad de realizar una entrevista presencial a la Trabajadora social, en uno de los consultorios de la Institución. Durante la misma, ingresó repentinamente la Psicopedagoga para solicitar información a la misma sobre un caso clínico, debido a la escasez de las herramientas necesarias para abordar el mismo, que refleja los límites de la disciplina. En relación a esto, la

Trabajadora Social nos comentó una situación similar transcurrida semanas anteriores:

Yo estaba cortando papeles y vinieron las residentes y empezamos a charlar sobre un caso y terminé llamando para hacer una denuncia por abuso. No era mi caso, sin embargo, en el laburar con otros, aparece esto que el otro me indaga, me pregunta, me cuestiona, y eso hace que haya una forma determinada de encarar la práctica. (Registro n° 26 - octubre del 2021).

Lo que se pone aquí de manifiesto, tomando la propuesta de Carballada (2001), es que la interdisciplina no se produce en un momento fijo de una vez y para siempre, sino que tiene sus momentos de expresión, dando cuenta que es una entidad propiamente dinámica. Lo que refleja el modo en el que se producen las interacciones en la complejidad, aquellas que no poseen una configuración en el tiempo, sino que se organizan en un momento dado, en una dinámica de intercambio con otros.

Habiendo llegado hasta esta instancia de análisis y considerando los argumentos propuestos acerca de estos espacios y dispositivos, iniciaremos un nuevo camino de reflexión, el cual nos permitirá ampliar nuestra mirada y preguntarnos si estos se configuran como promotores de salud desde una visión integral del sujeto.

8.2.3. ESPACIOS Y DISPOSITIVOS INTERDISCIPLINARIOS: UN ÁMBITO DE CUIDADANIA, DE PROMOCIÓN DE SALUD

Para comenzar a recorrer este trayecto, nos resulta interesante dirigir la atención hacia el dispositivo de recepción, como ese primer momento de encuentro de los sujetos con el Infante, el cual propicia que se genere un espacio en donde sus problemáticas puedan desplegarse, realizar *“una intervención rápida, llevar a cabo una valoración diagnóstica, tomar una solución en el momento y dependiendo sea el caso realizar una derivación”* (Residente Psicóloga 2- Registro n° 19- agosto del 2021). Con el fin de evidenciar que todas estas acciones puestas en marcha, y el hecho de que los sujetos cuenten con un lugar de escucha y contención, podrían ser nombradas como una estrategia de Atención Primaria, ya que como se propuso en la Conferencia Internacional

de Alma-Ata (1978), la misma representa el primer nivel de contacto de las personas con el Sistema de Salud y alienta a que independientemente de sus posiciones sociales u otras circunstancias determinadas por ello, puedan acceder a un servicio de salud que les posibilite de la mano de las profesionales comenzar a tomar elecciones saludables para así prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida en un contexto de Pandemia. Así lo expresaba la Psicóloga Referente:

En esta primera escucha y siempre parándonos desde la complejidad, desde los derechos de los niños y su familia, trabajando en equipo, apoyándonos con la red, desde contactar a otro tan solo mediante un llamado, le damos la posibilidad a que empiecen a adquirir hábitos saludables, en un momento como el que estamos pasando. (Registro n° 22-septiembre del 2021)

Dicho esto, podríamos decir que hemos ingresado al campo de la Promoción de la salud, donde a partir de la implementación de un dispositivo; y desde los actos que allí se despliegan –el recibimiento y alojamiento de las familias y los niños en un lugar en donde se les brindan una atención atenta, cooperativa que los invita al diálogo, a la interrogación en conjunto; y las intervenciones inmediatas que se logran gracias al trabajo sostenido con el equipo del Infante y diversas entidades de Salud de la ciudad de Córdoba–se conforma una red de cuidado entre las profesionales, las instituciones que forman parte de la misma y las personas que consultan al CIJJ, con el objetivo de que estas últimas adquieran la posibilidad de alcanzar por completo su potencial de salud.



Ilustración 9: Redes de cuidado. Fuente: Pinterest.

Por ello, retomaremos las ideas de Najmanovich (2019) para dar cuenta que estos cuidados que circulan en la red, no se producen en un medio inerte, sino que se trata de cuidados que surgen, como vemos, en los intercambios con otros, en otras palabras, intercambios que se producen en comunidad y en contexto. Cuidados que no persiguen el modelo disciplinar propio de la modernidad—aquél que generaba una asimetría entre el que cuida y el que es cuidado y nos enseñaba de qué manera cuidar, como si se tratase de seguir los pasos de una receta de cocina—sino que se refiere a aquellos cuidados que se construyen en la trama, en la vivencia de los encuentros entre sujetos que es única y siempre novedosa, ya que cada vez que se producen, estos se renuevan. Para dar cuenta de esta expresión del cuidado, la autora introduce el concepto de “Cuidados”, como una nueva oportunidad para concebirnos como sujetos en sociedad, enredados en la vida y conviviendo. Lo que quiere decir que el sujeto pasa de ocupar un lugar pasivo, producto de la visión moderna, a uno activo en el cuidado de su salud.

Tomarse de esta nueva oportunidad, les permitirá a las profesionales que forman parte de la red, llevar a cabo acciones de promoción de salud, ya que como afirma Marchiori Buss (2008) las mismas buscan fomentar la participación activa y responsable de las personas para que puedan ejecutar decisiones relacionadas con su salud, desde una posición de empoderamiento y no desde una etiqueta diagnóstica, aquella que solo *“propicia a que el malestar sea algo inmodificable y a que los sujetos no puedan convertirse en agentes de cambio en su propia salud y en la salud de su entorno”* (Trabajadora Social -Registro n° 26 - octubre del 2021).

En este sentido, y siguiendo a la autora, consideramos de suma relevancia entender que si habitamos este terreno, debemos volver al cuidado, a ese encuentro aquí y ahora vivido con un otro que siempre nos sorprende porque no lo estamos presuponiendo en relación a un diagnóstico, sino que lo concebimos desde un otro existente, que puede, y que en conjunto nos dirigiremos hacia un trayecto de vida, generaremos nuevos espacios de encuentro, nutrición y aprendizaje. Como afirma nuestra Psicóloga Referente: *“Si nos unimos entre todos, despojados de posturas asimétricas, solo así lograremos un camino hacia las mejores condiciones de salud de nuestra vida cotidiana”* (Registro n°24- octubre del 2021).

Por otro lado, podemos observar que tomar partida desde esta alternativa para convivir en el mundo y bajo este contexto de pandemia, en el CIJ ha posibilitado también la creación de nuevos espacios de intercambio mediados por la tecnología. Herramienta que se configura como una nueva posibilidad de acceder a una institución de Salud, como conversábamos en páginas anteriores y como el medio por el cual las trabajadoras podrán efectuar intervenciones en determinadas poblaciones. La Psicopedagoga refiere al respecto:

Cuando nos llamaban desesperados o mandaban audios extensos en el WhatsApp, intentábamos sacarlos de los espacios de lo patológico que todos estamos sintiendo, reforzar en los cuidados, incentivarlos mediante la palabra para desmitificar la patologización donde la apuesta tiene que ser integral. (Entrevista octubre del 2021).

Lo que pone de relieve que no basta con concebimos “ciudadanos” para emprender acciones que promuevan salud y que nos dirijan a la creación de nuevos espacios, sino adoptamos una *mirada integral*, la cual nos permite comprender: en primer lugar y desde la perspectiva de Calatayud (2009), que tanto la salud como la enfermedad de los sujetos que acuden al Infanto se encuentran determinadas por este suceso histórico que como sociedad estamos atravesando, por factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos. Y, en segundo lugar, la necesidad de efectuar un trabajo interdisciplinario para abarcar todos estos aspectos que influyen en la salud-enfermedad de las personas que consultan, ya que *“no podríamos desde una disciplina abarcar todas las aristas que se manifiestan cuando una familia pide ayuda”* (Entrevista octubre 2021).

Por este motivo, no podemos dejar de mencionar el lugar central que aquí ocupan los Dispositivos de *Revista de casos* y *Reunión de equipo*, así como los *espacios informales*, producto de la práctica diaria, ya que los mismos, luego de esa primera instancia de alojamiento y recibimiento de los sujetos, habilitan a que se genere el encuentro, el debate, la reflexión entre distintas disciplinas, para a partir de esta mirada múltiple—la cual se convierte en protagonista—efectuar planes de acciones creativos e innovadores en salud desde un Paradigma Complejo de Promoción y de Derecho, el cual promueve la colaboración conjunta para empezar a construir una sociedad en búsqueda de mejores condiciones de salud personal y colectiva en el contexto de la vida cotidiana. *“Porque la esperanza siempre es trabajar entre varios, darle otra mirada a la salud*

y a la enfermedad, mirada no medicalizante que ponga foco en los protagonistas de la salud: la comunidad” (Trabajadora Social- Registro n° 26- noviembre del 2021).



Ilustración 10: “ciudadanos” habitando la red. Fuente: Propia.

En resumen, se ha conformado una red de cuidados en la cual sus participantes se atrevieron a concebirse “ciudadanos” y, a partir de una mirada integral e interdisciplinaria, aceptaron el desafío de comenzar a elaborar planes de acción en salud dirigidos a la comunidad... “los protagonistas de la salud”.

9. CONCLUSIÓN

Después de un tiempo de haber transitado mi experiencia de prácticas en el Centro Integral Infante Juvenil (CIIJ) de la ciudad de Córdoba, me encuentro escribiendo las conclusiones a las que he arribado luego de vivenciar la misma. Se supone que ya debería tener las respuestas a los interrogantes planteados en el apartado “eje de sistematización” – *¿de qué manera los profesionales de una institución de salud atraviesan los desafíos que la complejidad presenta en épocas de crisis? ¿Reinvenciones creativas y desafíos complejos? ¿Dispositivos interdisciplinarios como artificios necesarios para que los proyectos en equipo puedan desarrollarse? ¿Dispositivos que promueven salud en medio del caos?* – o por lo menos la mayoría de ellos. Sin embargo, lejos de encontrar certezas y respuestas exactas, se abren nuevos interrogantes para continuar reflexionando en torno al quehacer de los profesionales de la salud en tiempos de crisis, en tiempos de Covid-19.

Es por ello que, tomándome de los aportes de diversos autores para narrar mi experiencia, pude comprender que siempre queda algo nuevo por explorar, aquello que irá adquiriendo sentido en los encuentros con otros y a través del tiempo.

Antes que nada, quiero aclarar que la complejidad no se nombra en este trabajo como la conquista de un conocimiento, sino como un constante desafío a enfrentar, que se traduce en los sucesos que se nos presentan en la vida cotidiana. Estos dan lugar al nacimiento de nuevas experiencias, aprendizajes, y advierten que algo está transformándose en el mundo. Un reto que invita a encontrarnos con lo imperfecto, irreductible e incierto de esta era.

Si de incertidumbre y desafíos hablamos, debo mencionar que al ingresar al CIIJ observé, como he descrito en el análisis, que a su equipo se le presentan desafíos desde su nacimiento por ser caminantes del universo complejo y por tomar la iniciativa de trabajar interdisciplinariamente. Hoy, años después, se encuentran con un nuevo reto: el de llevar a cabo su labor en medio de una Pandemia, aquella que introdujo ritmos que no estaban previstos y presentó nuevas maneras de relacionarnos entre nosotros.

La experiencia me ha mostrado que no fue tarea sencilla emprender este desafío. Para poder interpretarla comencé a pensaren la llegada del Covid-19 al CIIJ desde el concepto de *crisis*, el cual –desde el ideograma chino *wei ji*–, puede ser concebido como un peligro inminente, pero a su vez como una oportunidad de cambio. Se generan entonces dos alternativas para habitar el evento:

desde lo que queda de la crisis, como ese resto, como aquello que quedó de la solidez, o desde lo que hay, que invita a realizar una nueva operación. (Waisbrot, 2020).

Sigamos pensando juntos...en un principio la faceta de peligrosidad de la crisis era lo que primaba en la institución, donde todo parecía imposible y difícil de sobrellevarse. Nuevas formas de relacionarse con otros a partir de Protocolos y dispositivos tecnológicos, es decir, nuevas modalidades de trabajo, excesiva demanda, pocos recursos, pocos profesionales, suspensión de los talleres grupales, espacio que caracterizaba a esta institución. Este panorama se atravesaba con nostalgia por lo previo, por lo que antes se acostumbraba a vivir. Frustración, desgano, cansancio, preocupación. Todo se asemejaba a un callejón sin salida. Sin embargo, y luego de varios encuentros con las profesionales, comencé a visualizar el papel protagónico que aquí cobraba el tiempo. Debido a que el mismo permitió que estas pisen el freno, hagan una pausa y abran camino hacia el descubrimiento de nuevos sentidos, esos que habilitan a tomar otra salida para soportar la vida (Fariña, 2021). Dando cuenta que todo esto que hasta el momento parecía difícil, podía volverse un desafío novedoso a enfrentar.

De esta manera, las profesionales, tolerando el desorden que se presentaba, aceptaron el reto de adaptarse a las nuevas maneras de estar con otros, mediadas por protocolos y tecnologías y así allornándose a la situación que atravesaba a la institución, iniciaron un camino hacia el darse cuenta de que algo se podía hacer en medio de la crisis. Circunstancia que dio pie para que estos desafíos se conviertan en el motor para crear algo novedoso y habitar el evento desde el acontecimiento. Como diría Najmanovich (2008): “si algo se mantiene idéntico a sí mismo, no puede alterarse. Generándose la paradoja, de que tampoco se puede continuar si no hay alteración” (p.34).

Tomar partida desde esta lógica les posibilitó a las profesionales realizar un inventario de lo existente para seguir atendiendo, revisar sus formas de sentir y actuar, ya no desde una lógica previa, sino desde los órdenes de lo posible... ¿Con qué herramientas se cuenta en el Infante? ¿Qué hay en la caja de juego de este grupo?

La *tecnología* es la nueva herramienta con la que se cuenta en este Centro Integral Infante Juvenil, y una oportunidad novedosa nunca antes imaginada que se ha desplegado durante la crisis. Esta dio lugar a que las profesionales pongan en marcha sus capacidades creativas y puedan

repensar la clínica con sus pacientes, con nuevas formas y desde nuevas intervenciones: “*el juego tecnológico*” y así adentrarse en el mundo de las infancias. Tarea desafiante, ya que se introduce una experiencia subjetiva diferente, en torno a la corporalidad, a partir de tiempos veloces, de corta duración y rápido reemplazo. Lo que complejizó la tarea del día a día en esta institución, la cual no significó que un aparato tecnológico no sea el medio para encontrar soluciones en este contexto de caos.

En consiguiente, la caja de juegos del Infanto se abre nuevamente y aparece la *interdisciplina* como el vehículo primordial para transitar esta experiencia. Esta vez, se presenta con características distintas a las de tiempos anteriores... “*encuentros entre diferentes mediados por protocolos y pantallas*”. Es decir que para poder seguir atendiendo y reunirse con otros, las profesionales tuvieron que reinventarse y emprender una nueva operación, con propiedades imprevisibles *a priori*.

De esta manera se pone de relieve que el trabajo de las profesionales de salud se puede pensar como un sistema abierto y dinámico, que cuenta con la capacidad de autorganizarse. Esto no implicó que las mismas dejaran atrás las lógicas con las que funcionaban previamente, sino que reaccionaran con un aumento de complejidad ante las perturbaciones aleatorias que en él se producen.

Teniendo todo esto en cuenta, me resulta muy interesante destacar que la labor que aquí se emprende es una “*labor artesanal*”, debido a que al igual que el artesano, sin regirse de pautas rígidas y establecidas para crear, estas profesionales se sumergieron a lo sinuoso, incierto y sorpresivo de la experiencia, que es única e irrepetible. Y lograron así construir algo diferente a partir de un diálogo entre varios, de un trabajo en equipo que genere un punto de encuentro y de pie a emprender un trabajo creativo de nuestra realidad social y compleja.

En este arte del crear, identifiqué dispositivos interdisciplinarios, como herramientas que le permitieron al grupo moverse sobre estos territorios fluidos:

En primer lugar, se desplegó el *Dispositivo de Recepción*, como un artificio que recibe a los sujetos que por algún motivo llegan al CIIJ. De esta forma, se establece un primer encuentro entre estos sujetos y las profesionales, generándose un ámbito adecuado para que las problemáticas

de los primeros puedan abordarse y así llevar a cabo una intervención inmediata, en conjunto con las intuiciones que forman parte de la red de Salud Mental de la Provincia de Córdoba, para finalmente darles una respuesta a quienes padecen.

En este contexto, la virtualidad también vino a ocupar un espacio importante en el dispositivo de Recepción, ya que mediante la red social Whatsapp se comenzaron a producir las escuchas y el alojamiento de los niños y sus familias. Sin embargo, como caminantes del paradigma complejo, se vio que no siempre se puede dar respuestas a todas las preguntas que emergen en una pantalla, ya que fue un gran desafío adaptarse a esta nueva modalidad de dispositivo.

Afortunadamente, las profesionales no se encuentran solas en este proceso, sino que, de la mano de las instituciones de la red, orientan a las familias para que no deambulen por diversos espacios, pierdan sus valiosos tiempos y recursos y puedan encontrar respuestas en ámbitos de salud.

En consiguiente, si en líneas anteriores dije que el trabajo interdisciplinario se pensó como un sistema abierto, otra de las propiedades con las que estos cuentan tiene que ver con la producción de redes dinámicas. Así, las profesionales conforman una red dinámica, de intercambios entre sectores e instituciones, como si se tratase de la conformación de una malla elástica y flexible. Pensar en red les da el acceso a tener en cuenta el alto grado de interconexión de los fenómenos, establecer itinerarios de conocimiento sin dejar de lado las diversas formas de la experiencia humana y así, mediante este diálogo de diferentes, realizar intervenciones creativas, en comunidad y en contexto.

En segundo lugar, reconocí la puesta en marcha de los dispositivos de *Revista de Casos y Reunión de equipos*, como espacios interdisciplinarios necesarios para tomar una pausa en medio de la vorágine de la práctica cotidiana y abrir paso a la reflexión, desde un pensamiento crítico en el que cada disciplina otorga una mirada compleja y diferente y en conjunto se establece un diálogo común para luego poder intervenir y llevar a cabo las actividades propuestas en la institución.

En tercer y último lugar, pude reconocer aquellos *encuentros espontáneos e interdisciplinarios* que se producen en el día a día. Encuentros de pasillos, encuentros en la cocina, encuentros en las llamadas telefónicas, los cuales me proporcionaron el entendimiento de la

interdisciplina como un posicionamiento que no es fijo y que no se establece de una vez y para siempre, sino que alcanza sus momentos de expresión y pone de manifiesto que las interacciones en la complejidad no poseen una configuración en el tiempo, sino que se organizan en una dinámica de intercambio entre sujetos.

En concordancia con lo dicho anteriormente, he descubierto que estos espacios y dispositivos se configuran en el CIJ como *promotores de salud* y como un *ámbito de Ciudadanía*. Veamos a continuación cuales son las razones que llevaron a este descubrimiento:

Por un lado, el hecho de que el *Dispositivo de Recepción (presencial y virtual)* sea el primer momento de contacto de los sujetos con una institución de salud, habla de una estrategia de Atención Primaria, la cual a partir de un espacio de escucha y contención, el cual posibilita realizar intervenciones en equipo y en red. Se da lugar a que las personas, independientemente de sus condiciones sociales, puedan acceder a un servicio de salud ya sea de manera presencial o mediante un aparato tecnológico, como la nueva oportunidad que se cuenta en la institución y que habilita a un espacio más con el que antes no se contaba para que los sujetos se encuentren con un ámbito de salud y así puedan comenzar a tomar elecciones saludables para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida en tiempos de Covid-19.

En base a esto, demostré que se ha ingresado al campo de la Promoción de la salud. Y es en este terreno que la red dinámica de intercambio entre profesionales y sectores que venía hablando, vino a ocupar un rol trascendental en este campo y se conformó como una *red de cuidado*, incluyendo ahora a los sujetos que consultan al CIJ. “Es que las redes en la complejidad son fluidas, pueden crecer, transformarse y reconfigurarse. Son ensambles autoorganizadores que se hacen al andar” (Najmanovich, 2008, p.131).

De la mano de Najmanovich (2019), una de las autoras principales que tomé para leer y narran mi experiencia partir de sus aportes, logré arribar a hallazgos y seguir haciendo preguntas. Se hizo visible que estos cuidados que circulan en la red no persiguen modelos y estándares establecidos de cómo cuidarse, sino que se trata de cuidados que se producen en el aquí y ahora, en la vivencia de los encuentros entre sujetos que es única y siempre novedosa. Para dar cuenta de esta expresión del cuidado la autora propone una nueva oportunidad para concebirnos como sujetos en sociedad, enredados en la vida y conviviendo, esta lleva el nombre de “ciudadanos”.

Así, las profesionales, tomándose de esta gran oportunidad y conversando con las demás instituciones, llevan a cabo constantemente acciones de promoción de salud mediante la escucha implicada, mediante la palabra, al crear en conjunto y en los espacios de consultorio estrategias para que las familias y sus niños se corran de lo patológico y puedan comenzar a adquirir hábitos saludables y tomar una posición activa en los cuidados de su salud.

Solo así esta labor se volvió posible, gracias a que las profesionales adoptaron, para recorrer la experiencia de crisis, una mirada que trae consigo una forma particular de configuración a la que Najamanovich (2008) denomina “*configura-zoom*”. Imaginemos que esta es una cámara fotográfica que, a diferencia de las que acostumbramos a conocer –aquellas que cuentan con un único zoom para acercarse o alejarse a la realidad–, admite la posibilidad de contar con diversos “zooms” para conocer esa realidad, permitiendo contar con un sistema de enfoque multidimensional, el cual permite contar con diversas perspectivas para experimentar el mundo.

Este enfoque se traduce en la *mirada integral, interdisciplinaria e intersectorial* puesta en marcha en medio de todo este contexto, la cual posibilitó el intento de responder los interrogantes de quienes consultan y así abarcar los múltiples factores que influyen en su salud y enfermedad, sean estos culturales, sociales, políticos, económicos, biológicos o psicológicos; también permitió crear planes creativos e innovadores de salud, teniendo en cuenta diferentes visiones a partir de diversos lentes de conocimientos y así fomentar la participación responsable de los sujetos que consultan y motivarlos para que se conviertan en agentes de cambio en su propia salud y en la salud de su entorno. Solo en conjunto y habitando la red se podrá caminar hacia trayectos que conduzcan hacia las mejores condiciones de salud de nuestra vida cotidiana, es decir, trayectos de nutrición y aprendizaje infinito, transformando las formas de trabajo, reinventando y atravesando los desafíos que la complejidad presenta en cada paso que damos.

“Porque solo estando alertas con los efectos del presente, produciendo encuentros, tolerando el dialogo con otros a partir de una actitud creativa, artesanal, recorriendo trayectos y espacios diversos... solo así se pudo pensar la crisis y la incertidumbre como potencialidad, integrando esa experiencia en la trama de la vida”.

Todavía, queda mucho por pensar, porque la complejidad siempre nos presenta el desafío para seguir aprendiendo. Este ha sido un recorte de mi experiencia, de la que me llevo grandes

aprendizajes, los cuales han marcado un antes y un después para mi futuro profesional. Al poder comprender que las experiencias que surgen en la trama se ven atravesadas por un proceso que avanza y retrocede el cual nos invita a llevar a cabo un trabajo de construcción y deconstrucción permanente de nuestras formas de pensar, actuar y habitar el mundo.

Fue muy arduo para mí encontrarme con una realidad imaginada, ya que había esperado con muchas ansias y expectativas este momento de realizar las prácticas profesionales. De todos modos, solo me queda agradecer al Centro Integral Infanto Juvenil por abrirme sus puertas y darme un lugar para que en conjunto podamos pensar los modos de abordaje de los pacientes en un contexto de crisis, darle lugar a lo novedoso que al principio abrumaba pero tomándole la mano a la dimensión temporal pudimos comprender que esta era una posibilidad para encontrarnos con la capacidad creativa del ser humano muchas veces silenciada en esta institución por el exceso de las problemáticas de precarización de recursos materiales y humanos que solo llevaba a tener que encarar la práctica como se podía y de manera automática.

Por ello, estoy segura que la crisis fue una gran oportunidad para tomar un respiro, hacer una pausa y seguir pensando con otros las formas de intervenir con nuevos elementos y nuevas características.

“No se trata de superar la crisis sino de aprender a vivir en crisis y transformarnos en los caminantes de los nuevos tiempos” (Llamazares. A, 2011, p.40).

Y finalmente, a dos años de vivir esta experiencia, no imagino observar lo acontecido en el contexto Sanitario, las problemáticas que allí emergen sino es a partir de una mirada compleja, integral e interdisciplinaria, la cual espero que sea mi llave maestra para recorrer mis futuros caminos como profesional de la salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista Cepal*, (88). Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11102-aproximacion-al-enfoque-derechosesstrategias-politicas-desarrollo>
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica*, 26(73) 249-264. Recuperado de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Arcidiácono, P. (2008). *Políticas sociales con perspectiva de derechos. La agenda pendiente en Argentina. Aportes Andinos*, 21. Universidad Andina Simón Bolívar. Bolivia. Recuperado de: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/996/1/RAA-21-Arcidi%C3%A1cono-Pol%C3%ADticas%20sociales%20con%20perspectiva%20de%20derechos.pdf>
- Bourdieu P. y Waquant L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo. México
- Calle Dávila, M. (2011). Prevención de la violencia en adolescentes y jóvenes: intervenciones que funcionan [ponencia] *12º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*.
- Carballeda, A. J. M. (2001). *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. [Documento PDF] Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Argentina. Recuperado de: <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
- Carraro, C., Campanille, A., Díaz Vélez, C., Gómez, I., Gutiérrez, V., Moreno, M. y Tinnacher, C. (2010). *La recepción como dispositivo de encuentro con los sujetos. Una mirada de la Salud Mental desde la perspectiva de los Derechos*. [Documento PDF] Material de uso y difusión interna del Centro Integral Infante Juvenil. Argentina.
- Colegio de Psicoanalistas (29 de mayo de 2020). Conferencia de Daniel Waisbrot: Trauma, acontecimiento, catástrofe Subjetividades... ¿migrantes? [Archivo de Video] YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=cbdCSZ_J58g
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). *Código de Ética*. <https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (1989). *Reglamento de especialidades*. Córdoba, Argentina. Recuperado de <https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/>

- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., Stolkiner, A. (2016). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UBA, 14*, 201-209
- Dabas, E., y Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. Argentina.
- De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Paidós, Argentina
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 2*(2), 102-106.
- Decreto N°297: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio COVID-19 (marzo de 2020). Ministerio de la Nación Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-297-2020-335741>
- Del Cioppo, G. (2020). El dispositivo de análisis virtual: de lo imprevisible e inevitable a lo pertinente y específico. *Memorias, Filosofía y epistemología, tomo I*, 38-42. Recuperado de <http://jimemorias.psi.uba.ar/>
- Del Percio, E. (2010). Complejidad e indisciplina [Conferencia Especial] *VI Congreso Mundial de la Complejidad*. La Habana, Cuba.
- Díaz, V. (2010). *La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas*. Departamento de psicología, Universidad de Antioquia. Vol. 2.
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional*. Manantial. Argentina
- Fariña, M. P. (2021). El Develamiento de lo Ominoso—Unheimlich—en Tiempos de Pandemia. *Litorales*.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999). *Código de Ética*. [Documento PDF] Recuperado de: <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/220>
- Fernández, A. (2007). *Lógicas Colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Nueva Visión. Argentina

- Fernández, A. (2012). Poner en juego el saber. Psicopedagogía: propiciando autorías de pensamiento. Nueva visión. Argentina.
- Fernández, A. (2014). *El campo grupal, notas para una genealogía*. Nueva Visión. Argentina
- Garazaniti, R., y Romero, P. (2018). Atención Integral de la Salud: La Interdisciplina como herramienta fundamental. *Revista Temas de Psicología, IV*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata. <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8465/7126>
- Giménez, C., Minichiello, C., Molina, M., y Raimundi, M. (2014). ¿Qué es un desafío? Estudio cualitativo de su significado subjetivo en adolescentes de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, 12(2)* 521-534. DOI: <https://doi.org/10.11600/1692715x.1221110414>
- Graglia, S., Y Petit, C. (2009). Incertidumbre en la cultura contemporánea: desafíos para pensar el futuro [ponencia] *XIII Congreso Argentino de Psicología*. Argentina
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Ediciones. Argentina. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/etnografi-a-Me-todo-campo-reflexividad.pdf>
- Herrero, M. y Belardo, M. (2020). COVID – 19 y el foco en la agenda global. *Revista Soberanía Sanitaria*. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/covid-19-y-el-foco-en-la-agenda-globalas/>
- Holliday, O. J. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. [Documento PDF] Recuperado de: https://www.kaidara.org/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., y Merhy Emerson, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 12(2)*. https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_y_otros_medicina_social_latinoamericana_aportes_y_desafios.MEDICINA%20SOCIAL%20LATINOAMERIC

ANA,%20APORTES%20Y%20DESAFIOS.pdf

- Jara Holliday, O. (1994). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. Alforja. Costa Rica.
- Kuras de Mauer, S., Moscona, S., & Resnizky, S. (2014). *Dispositivos Clínicos en Psicoanálisis*. Letra Viva. Argentina
- Laurell, A (1987). La salud-enfermedad como proceso social. [Documento PDF] Cuadernos Médico Sociales, 37, 1-11. CESS. Argentina. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata. España.
- Lévy, P. (1999). *¿Qué es lo virtual?* Paidós. Argentina.
- Lewkowicz, I. (2004). Catástrofe, experiencia de una nominación. En *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*, 149-166. Paidós. Argentina
- Ley N° 26.657. (2 de diciembre de 2010). Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ley N° 9848. (5 de noviembre del 2010). Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Llamazares, A. (2011). *Del reloj a la flor de loto*. Editorial del Nuevo Extremo S.A. Argentina.
- Marchiori Buss, P. (2008). Una introducción al concepto de promoción de salud. En: Czeresnia, D. y Machado De Freitas, C. (Org.). *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Editorial Lugar. Argentina
- Martínez, R. L. A. (2007). La observación y el Diario de Campo en la Definición de un tema de Investigación. *Perfiles libertadores. Revista Universitaria. Institución Universitaria los Libertadores*. 73-80.
https://www.academia.edu/34873298/La_Observaci%C3%B3n_y_el_Diario_de_Campo_en_la_Definici%C3%B3n_de_un_Tema_de_Investigaci%C3%B3n

- Ministerio de Salud Argentina (2020). Salud Mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres: plan de acción. [Documento PDF] <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/plan-smaps-eyd-2020-13-1.pdf>
- Morales Calatayud, F. (2009). Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. En: *Introducción a la psicología de la Salud*. Koyatún, Argentina <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/plan-smaps-eyd-2020-13-1.pdf>
- Morin, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. España.
- Naishat, F. (1994). Racionalidad, determinismo y tiempo en la decisión humana. En Bleichmar, S. (comp) *Temporalidad, Determinación, Azar. Lo reversible, y lo irreversible*. Paidós. Argentina.
- Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6(14). <https://www.redalyc.org/pdf/279/27901409.pdf>
- Najmanovich, D. (2008). Interdisciplina. Artes y riesgos del Arte Dialógico. *TRAMAS, Revista de la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*, IV (4). <http://blog.pucp.edu.pe/blog/menteysociedad/2009/02/12/interdisciplina-riesgos-y-beneficios-del-arte-dialogico/>
- Najmanovich, D. (2008). *Mirar con nuevos ojos: nuevos paradigmas en la ciencia y pensamiento complejo*. Biblos. Buenos Aires. Argentina.
- Najmanovich, D. (2019). Ciudadanía. Ecología de los saberes y cuidados [conferencia]. XVI *Jornadas Nacionales de la Red de Psicopedagogía Garrahan- Provincias Institucionales de Salud y Educación. Abordajes Pedagógicos en Red. Trama y Urdimbre a Través de 30 años*. Buenos Aires. Argentina. <https://denisenajmanovich.com.ar/?p=2564>
- Najmanovich, D. (s.f). Configurazoom. Los enfoques de la complejidad.
- Najmanovich, D., y Lennie, V. (2004). Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. *Revista Claves Psicoanalíticas Médicas*, 13(21) 70-76. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-434191>

- Petritz, G., Bravetti, G., y Canal, M. (2008). Tiempo, temporalidad, finitud en el sujeto mayor [disertación]. *IIº Congreso de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires. Argentina
- Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Paidós. España.
- Raimundi, M. J., Molina, M. F., Giménez, M., y Minichiello, C. (2014). ¿Qué es un desafío? Estudio cualitativo de su significado subjetivo en adolescentes de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(2) 521-534. DOI:10.11600/1692715x.1221110414
- Reos, F. R. (2015). Lo artesanal, lo terapéutico, aproximación a una analogía. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología – UBA. Buenos Aires. Argentina.
- Riviere, P., y Quiroga, A. (1985). *Psicología de la Vida Cotidiana*. Nueva Visión. Argentina.
- Rockwell, E. (2009). Reflexiones sobre el trabajo de campo. Paidós, Argentina. <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/10/Rockwell-Cap-2.pdf>
- Saforcada, E. (2012). Psicología Sanitaria, historia, fundamentos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-132.
- Sampieri, H. (2010). *Metodología de la Investigación*. Interamericana Editores, S.A. (5º Ed.). México.
- Sotelo, I. (2015). *Dispositivo Analítico para tratamiento de Urgencias Subjetivas*. Grama Ediciones. Argentina.
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi*, 10(3), 25-34.
https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/7502/mod_resource/content/1/La%20Interdisciplina_Stolkiner.pdf

- Stolkiner, A. (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Dunken. Argentina
- Stolkiner, A. (2005). Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de Hoy [conferencia] *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental- I Jornadas Provinciales de Psicología*. Posadas, Misiones, Argentina.
- Stolkiner, A. (31 de enero de 2021). *Una pandemia no es solo un fenómeno biológico, es un fenómeno social, cultural y subjetivo*. Random. Fantasmas de lo Nuevo. <https://randomrevista.com.ar/2021/01/31/stolkiner/>
- Videla, M. (1993). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Cinco. Argentina
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Actividad Médica Peruana*, 28(4).
- Von Bernhardt, R. (2021). COVID-19 y la reivindicación de la interdisciplina. Universidad de San Sebastián. Instituto de Políticas Públicas en Salud. [Artículo de opinión] Recuperado el 01 de julio de 2023 de: <https://ipsuss.cl/columnas-de-opinion/rommy-bartholomaus/covid-19-y-la-reivindicacion-de-la-interdisciplina>
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Gedisa. España.

INDICE DE ILUSTRACIONES

- Ilustración	
1.....	25
- Ilustración	
2.....	72
- Ilustración	
3.....	77
- Ilustración	
4.....	79
- Ilustración	
5.....	80
- Ilustración	
6.....	82
- Ilustración	
7.....	86
- Ilustración	
8.....	88
- Ilustración	
9.....	93
- Ilustración	
10.....	96