

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



“Representaciones Sociales de los profesionales de Salud Mental sobre las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, y su incidencia en la práctica actual”

ALUMNA: Karanicolas, María Fernanda.

DIRECTORA: Lic. Sagués, Solana.

Año lectivo 2023

AUTORIDADES ACADÉMICAS

GRAN CANCELLER

S.E.R. Mons. Mario Antonio Cagnello Arzobispo de Salta

RECTOR

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

VICERRECTORA ACADÉMICA

Mg. Constanza Diedrich

VICERRECTOR DE FORMACIÓN

Pbro. Dr. Cristian Arnaldo Gallardo

SECRETARIA GENERAL

Lic. Silvia Alvarez

DECANA DE FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

Lic. María Dolores Medina Bouquet

SECRETARIA ACADÉMICA

Abg. Adriana Iburguren

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha tenido un profundo impacto en la prestación de servicios de salud mental en todo el mundo. En este contexto de desafíos sin precedentes, los profesionales de la salud mental se vieron obligados a adaptarse rápidamente para garantizar la continuidad de la atención psicoterapéutica.

En esta investigación se exploraron las Representaciones Sociales de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Para ello se abordaron los aspectos cognitivo, figurativo y valorativo de las modalidades de atención psicoterapéutica implementadas durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Identificando las modificaciones en la atención psicoterapéutica, y cómo éstas influyeron e influyen en la práctica actual.

Se utilizó una metodología de tipo cualitativa, de nivel descriptivo, y un diseño fenomenológico para la construcción y análisis de datos. Se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas a profesionales de los servicios de salud mental, tanto psicólogos como psiquiatras, de las siguientes instituciones: Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

Entre los hallazgos más significativos se encontró que existieron representaciones sociales tanto de la modalidad de atención presencial como de la modalidad virtual.

El trabajo de investigación también revela la transformación duradera en la forma en que se brinda atención a los pacientes, con la continuidad de la atención virtual después de levantadas las restricciones de la pandemia.

Esta investigación arroja luz sobre cómo los profesionales de salud mental se adaptaron a la pandemia de COVID-19, introduciendo cambios significativos en sus prácticas y modalidades de atención psicoterapéutica. La modalidad de atención virtual se ha convertido en una herramienta esencial y sostenible en salud mental en Salta, Argentina, marcando una nueva etapa en la prestación de la salud mental en tiempos de crisis, e instaurándose como una práctica que llegó para quedarse.

Palabras claves: Representaciones Sociales - Psicoterapia - Modalidad de atención psicoterapéutica - Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio

Abstract

The COVID-19 pandemic has had a profound impact on the provision of mental health services worldwide. In this context of unprecedented challenges, mental health professionals were forced to quickly adapt to ensure the continuity of psychotherapeutic care.

This research explored the Social Representations of mental health professionals from level IV complexity hospitals in the city of Salta regarding the modality of psychotherapeutic care implemented during the Social, Preventive, and Mandatory Isolation of the COVID-19 health emergency and its impact on current practice.

To achieve this, the cognitive, figurative, and evaluative aspects of the psychotherapeutic care modalities implemented during the period of Social, Preventive, and Mandatory Isolation were addressed. This involved identifying modifications in psychotherapeutic care and how these have influenced and continue to influence current practice.

A qualitative methodology of a descriptive nature was employed, along with a phenomenological design for data construction and analysis. Eighteen semi-structured interviews were conducted with mental health professionals, including psychologists and psychiatrists, from the following institutions: Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

Among the most significant findings was the existence of social representations for both in-person and virtual attention modalities.

The research also reveals a lasting transformation in the way patient care is provided, with the continuation of virtual care even after the pandemic-related restrictions have been lifted.

This research sheds light on how mental health professionals adapted to the COVID-19 pandemic, introducing significant changes in their practices and psychotherapeutic care modalities. The virtual care modality has become an essential and sustainable tool in mental health in Salta, Argentina, marking a new phase in mental health provision in times of crisis and establishing itself as a practice that is here to stay.

Keywords: Social Representations - Psychotherapy - Psychotherapeutic Care Modality - Social, Preventive, and Mandatory Isolation"

Agradecimientos

A mi querida madre, Adriana Díaz, gracias por tu paciencia, confianza y amor incondicional.

A mis hermanos, Antonella, Tatiana y Federico Karanicolas, gracias por su compañía y complicidad.

A Azul Karanicolas, mi pequeña ahijada, gracias por la inmensa felicidad.

A Javier Diaz, mi tío, gracias por tantos lindos recuerdo, por las risas y la compañía.

A Joaquín Yazlle, gracias por tu serenidad, calma, por el apoyo y comprensión, por cada gesto de amor.

A Silvana Cardozo, gracias por preciosa tu amistad, por estar en cada momento, por ayudarme a crecer, gracias por enseñarme lo que es una verdadera amistad.

A Belén Martínez, gracias por tu amistad, por tus enseñanzas y por tu cariño.

A María Emilia Portaluppi, gracias por tu amistad, que, aunque a la distancia es muy cercana.

A Ana Inés Salvador, gracias por tu guía, por tu aliento y comprensión.

A Solana Sagués, gracias por la orientación, por enriquecer mi conocimiento y ayudarme a dar lo mejor.

A la facultad de Artes y Ciencias, a Departamento de Psicología, por una carrera juntos.

A Sonia Guijarro, jefa de Departamento de Psicología, gracias por el apoyo y comprensión

Índice

Introducción	1
Planteamiento del Problema	4
Pregunta de investigación	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
Justificación	4
Consecuencia de la investigación	7
Deficiencias en el conocimiento	7
Marco Teórico	14
CAPÍTULO I: Representaciones Sociales	14
Conceptualización	14
Naturaleza social de las Representaciones Sociales	16
Función de las Representaciones Sociales	16
Dimensiones de las Representaciones Sociales	17
Formación y funcionamiento de las Representaciones Sociales	18
CAPÍTULO II: Pandemia y Salud mental	19
Psicoterapia y modalidad de abordaje	19
COVID-19 y psicología	21
Consecuencias psicológicas	23
CAPÍTULO III: Salud pública y pandemia	27
Salud pública a nivel internacional	27
Salud pública en Argentina	29
Metodología	35
Nivel y tipo	35
Diseño de la investigación	35
Definición de conceptos claves	35
Contexto y periodo	36
Participantes	37
Instrumentos de recolección de información	37
Procedimiento de recolección de datos:	38
Coreografía de análisis de datos	38
Dependencia, credibilidad, transferencia y confirmabilidad	39
Análisis	41
Cambios en la salud mental a partir de la pandemia.	41

Atención psicoterapéutica y sus representaciones sociales.....	49
Modificaciones que se mantienen	63
Conclusión	68
Discusión	72
Sugerencias	77
Limitaciones	78
Referencias	79
Anexo I: Notas de autorización	85
Hospital San Bernardo	85
Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone	87
Anexo II: Carta de aprobación	89
Hospital San Bernardo.....	89
Hospital Dr. Arturo Oñativia	92
Hospital Señor del Milagro.....	95
Hospital Público Materno Infantil.....	96
Anexo III: Marco institucional	98
Hospital San Bernardo.....	98
Hospital Señor del Milagro.....	100
Hospital Doctor Arturo Oñativia.....	101
Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone	102
Hospital Público Materno Infantil.....	103
Anexo IV: Consentimiento informado	106
Anexo V: Guía de entrevista	107
Anexo VI: Entrevistas	108
Participante 1	108
Participante 2	111
Participante 3	117
Participante 4	120
Participante 5	124
Participante 6	126
Participante 7	130
Participante 8	135
Participante 9	142
Participante 10.....	151
Participante 11.....	158
Participante 12.....	165

Participante 13.....	169
Participante 14.....	180
Participante 15.....	187
Participante 16.....	194
Participante 17.....	199
Participante 18.....	212
Hoja de Evaluación	219

Introducción

A lo largo del tiempo, la humanidad se encontró con numerosos obstáculos para su supervivencia, muchos de ellos de la mano de sus enemigos más mortales, aunque minúsculos; los microorganismos. De este modo, ha tenido que sobrepasar varias endemias y pandemias, encontrándose entre las más infames la gripe española, la peste negra y la viruela, trayendo en su lucha profundas transformaciones en su sociedad. Las consecuencias más evidentes son las pérdidas ocasionadas por las enfermedades, entre ellas los incontables decesos, los daños económicos profundos, el aumento de la brecha social, para nombrar algunas.

Pero a un nivel más sutil, cada enfrentamiento que el ser humano tuvo con estas crisis, potencialmente aniquiladoras, lo ha llevado a aprender sobre su proceso de salud y enfermedad, a organizarse más eficientemente y a adoptar medidas de actuación. Sin embargo, y pese a su larga historia con los virus, bacterias y parásitos, siguen irrumpiendo en la sociedad este tipo de situaciones, frente a las cuales pareceríamos aún no estar preparados para enfrentarlas.

A finales del año 2019 surgió un evento que nos recordó que las pandemias no son algo del pasado. La dispersión global del virus SARS-COV2, conocido como COVID-19, generó cambios abruptos a nivel mundial, y causó estragos en todos los ámbitos de la vida cotidiana.

La enfermedad fue descubierta en la ciudad de Wuhan, China, y el 31 de diciembre de 2019, el comité de salud de dicha ciudad informó a la Organización Mundial de la Salud (2020, OMS en adelante) la presencia de múltiples casos, y la peligrosidad de la misma. Debido a la rápida expansión por los continentes Asia, Europa, y posteriormente América, el 30 de enero del 2020, la OMS declara esta epidemia como una emergencia de salud pública de interés internacional, proclamando pandemia el 11 de marzo del corriente año (Organización mundial de la Salud [OMS], 2020 como se citó en ONU [Organización de las Naciones Unidas], 2020).

En Argentina, como respuesta y estrategia, se instauró el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, comenzando el 20 de marzo del 2020, dictaminando que todos los ciudadanos debían permanecer en sus residencias, evitando cualquier tipo de contacto con el propósito de reducir los contagios. Fueron considerados como personal esencial a quienes trabajaban en el ámbito de sanidad (médicos y enfermeros), fuerzas armadas y fuerzas de seguridad, también se exceptuó del cumplimiento del decreto a productores de alimentos, fármacos, dueños de supermercados y negocios (venta de alimentos) (Decreto 297, 2020).

En esta primer etapa del aislamiento hubo dificultades en la labor psicológica, más aún para quienes se desempeñaron en salud pública, ya que todavía no estaba definida la modalidad de trabajo a utilizar; esto llevó a que en ciertas oportunidades, dependiendo del ministerio e inclusive del hospital o centro de salud, se adoptaran distintas estrategias, como por ejemplo, reducir las horas presenciales y sumar atención virtual, trabajar en burbujas, trabajar semanas intercaladas por equipos y/o exceptuar a quienes tenían factores y enfermedades de riesgo.

A partir del 27 de marzo del 2020, el Colegio de Psicólogos de Salta promueve la modalidad virtual de atención psicológica, y a fines de mayo de ese año, los profesionales del ámbito privado volvieron a brindar sus servicios de manera presencial. En este punto

el colegio de psicólogos realizó los convenios necesarios para enmarcar en las obras sociales la prestación de atención virtual, sin embargo, en el ámbito público esto se realizaba de todas maneras.

El inevitable cambio en las formas de brindar psicoterapia, y el desafío al cual se enfrentan los profesionales de salud mental, se vio influenciado por las Representaciones Sociales que ellos mismos tienen de psicoterapia, es por ello que es importante retomar en este punto lo ya dicho por Moscovici en 1979, quien las define como:

una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (p.17-18)

A su vez, el autor sostiene que no existe una diferencia entre el objeto y el sujeto, la relación entre el objeto y el sujeto determina al propio objeto, por lo que la concepción que los profesionales de salud mental tienen sobre la psicoterapia influye directamente sobre la práctica.

A lo largo de este año y medio hubo distintos momentos epidemiológicos, siendo en agosto del 2021 que, según la Dirección General de Coordinación Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública (2021), Salta Capital pasó a considerarse como zona de alto riesgo, lo que implicaba presencia de contagios a nivel local.

Existen diferentes cepas del virus, estas son: UK, Manaus, Río de Janeiro y Andina; y solo el 13,02 % de la población posee un esquema de vacunación completo (Ponce Mora, 2021).

Los cambios en la cotidianeidad, consecuentes a las medidas para combatir la pandemia, generaron muchas dudas, malestar e inquietudes, ya que modificaron sustancialmente la forma de vivir, de trabajar y de relacionarse. Al mismo tiempo, estas disposiciones ocasionaron consecuencias no previstas en otras áreas de la vida, como por ejemplo en la salud mental.

Considerando el abrupto desarrollo de la tecnología, la capacidad de recolección de datos que ha conllevado la globalización, y la mayor toma de conciencia social y ambiental, se ha dado el debido respeto a las enfermedades y su transmisión, pero ¿Podremos como sociedad estar preparados para afrontar estos escenarios en el futuro?

Con el fin de contribuir a ampliar el saber respecto al impacto de una pandemia a la modalidad de atención psicoterapéutica, las modificaciones que se produjeron en la atención psicoterapéutica que aún son vigentes, e intentando aportar conocimiento al campo de la Salud Pública, la presente investigación indagó sobre las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de Salud Mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Según el Plan Quinquenal (2011) los nosocomios que constituyen el IV nivel de complejidad en Salta Capital son: Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia,

Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

La decisión de desarrollar esta investigación en las mencionadas instituciones residió en que, por su nivel de complejidad de tipo IV, son referentes para intervenir recibiendo, diagnosticando, tratando y conteniendo a quienes contrajeron el virus; el cuarto nivel de complejidad está representado por hospitales de alta complejidad que permite resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población. Sirve de referencia a una región sanitaria y, en ciertos casos a toda la jurisdicción provincial o extra provincial.

Si bien en cada hospital existen distintas áreas, servicios y programas en los que se desempeñan profesionales de la salud mental, para llevar a cabo esta investigación se hizo foco en los servicios de Salud Mental, debido a que en los mismos se trabaja con atención psicoterapéutica individual.

Planteamiento del Problema

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las Representaciones Sociales de los profesionales de Salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de la atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual?

Objetivo general

- Conocer las Representaciones Sociales de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Objetivos específicos

- Describir la modalidad de atención psicoterapéutica implementada por los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.
- Identificar el aspecto cognitivo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.
- Analizar el aspecto figurativo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.
- Describir el aspecto valorativo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.
- Reconocer las modificaciones en la modalidad de atención psicoterapéutica implementadas por los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Justificación

En estos últimos años, fueron múltiples los cambios que se produjeron en relación con la pandemia por COVID-19, fundamentalmente en el periodo del Aislamiento Social,

Preventivo y Obligatorio. Un factor determinante han sido las medidas adoptadas para combatir la pandemia, principalmente el aislamiento social, ya que causaron incertidumbre y malestar, modificando sustancialmente la manera de vivir, de trabajar y de relacionarse.

En el ámbito laboral del psicólogo, la modalidad de atención y la manera de desarrollar su labor se vieron afectadas, ya que las mismas, eran de carácter presencial, cara a cara, y a partir de las medidas implementadas los profesionales e instituciones que brindan atención y acompañamiento psicológico se vieron afectados, debiendo modificar su modalidad de abordaje.

Con esta investigación se pretendió conocer cómo la pandemia afectó las prácticas de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta y la incidencia sobre su práctica actual, considerando la concepción acerca de la psicoterapia y las Representaciones Sociales de la misma, a su vez, esta información se entrelaza con el contexto social e histórico, dado que es un hecho que sucedió en un momento dado y afectó de manera diferente a cada cultura.

La información obtenida permitirá contribuir a una mayor preparación al momento de enfrentar futuras pandemias. Laclette y Morán López (2020) aseguran que “las epidemias y pandemias se presentan con alarmante frecuencia” (p94).

Dichos autores aseguran que en la década del 2020 ocurrirá otra pandemia, y esto se debe a que en el panorama global existen las condiciones necesarias para que esto suceda. Entre estas, la destrucción de los ecosistemas, que provoca que los patógenos que se transmitían mediante organismos específicos encuentren nuevos nichos de infección debido al contacto entre distintas especies de animales, incluido el ser humano; el calentamiento global, que ocasiona que los microorganismos adquieran una mayor distribución geográfica, esto debido a que ciertos patógenos no pueden replicarse en temperaturas bajas, y el aumento de las temperaturas permite que las zonas geográficas antes inviables para su reproducción, ahora lo sean; y por último, la capacidad del humano de transportarse a distintas partes del mundo en cortos lapsos, ya que no sólo contribuye a la posibilidad de contraer diferentes enfermedades sino también a su rápida y amplia propagación, debido a que un sólo huésped puede acarrear un virus o bacteria por todos los sitios por los que se haya encontrado, sobre todo antes de percatarse de la propia enfermedad (Laclette y Morán López, 2020).

Por su parte, Ana María Carrillo Farga (2020), sostiene que: “Fue a partir de pandemias y epidemias que los países comprendieron que resultaba más costoso abordar una emergencia sanitaria, que prevenirla” (“Formulación de políticas sanitarias”, parr 1).

Además, la autora plantea que la reciente pandemia develó la crisis subyacente de nuestra forma de vivir, y sus causas, están dadas por la progresiva destrucción de la naturaleza, la cría industrial de animales, la deforestación, entre tantas actividades dañinas para el planeta y su homeostasis (Carrillo Farga, 2020).

Esta perspectiva da cuenta de la importancia de seguir estudiando el tema y poder aprender de las vivencias y utilizarlas en el futuro.

“Debemos aprender de las experiencias pasadas y actuales para desarrollar estrategias eficientes que nos permitan vencer tanto la amenaza presente como las que vienen” (Laclette y Morán López, 2020, p100).

Sin ir más lejos, contemplando lo publicado por la OMS (2022) a principios de mayo del 2022, comenzó a expandirse una enfermedad denominada viruela símica, también conocida como viruela del mono, que es causada por un virus que puede propagarse de los animales al ser humano. Como el brote de viruela símica se produjo simultáneamente en varios países, en julio del 2022 se declaró una emergencia sanitaria internacional, y aunque se considere que esta enfermedad no tiene potencial de convertirse en una pandemia, todo indica que pueden emerger otros agentes que sí cuenten con esa capacidad.

De esta manera, frente al posible advenimiento de otra situación que ponga en vilo al sistema de salud a escala mundial, es fundamental establecer diversas estrategias con el fin de prevenir y mitigar el daño causado por otra pandemia, siendo para ello necesario intentar abarcar y esclarecer los ámbitos donde más ha influenciado este súbito cambio en la forma de vivir, trabajar y relacionarse; por ello, la relevancia social que tiene esta investigación radica en que contribuye respecto al conocimiento de cómo se trabajó en el área de salud mental durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en los hospitales de alta complejidad, es decir nivel IV y de referencia en la ciudad de Salta, y la incidencia que tiene en la práctica actual, buscando así extender el conocimiento respecto a la prevención y actuación en futuros eventos de similares características.

En esta investigación se trabajó con el Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone. De esta manera, al abarcar las cinco instituciones se pudo obtener información representativa de los hospitales de IV nivel de complejidad.

En la ciudad de Salta, los hospitales de IV nivel de complejidad pertenecen al ministerio de Salud Pública, ofreciendo cada una de estas instituciones una carta de servicios especializada, definiendo de este modo la atención de una parte de la población en particular, o del tratamiento de determinados tipos de aflicciones.

En el Hospital San Bernardo, sus servicios están dirigidos a personas mayores de 15 años; el Hospital Dr. Arturo Oñativia se especializa en brindar atención a pacientes con enfermedades endocrino-metabólicas; el Hospital Señor del Milagro, el cual se especializa en la asistencia a personas con enfermedades infectocontagiosas, oncológicas y reumatológicas, además de brindar asistencia a pacientes con adicciones; por otro lado en el Hospital Público Materno Infantil se brinda asistencia integral a las mujeres embarazadas en todas las etapas del embarazo, como así también, a niños y adolescentes; finalmente, el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, especializado en la prevención y tratamiento de enfermedades mentales, y en el cuidado de la salud mental.

La información obtenida resulta valiosa tanto para los hospitales donde se desempeñan los participantes, instituciones que asumieron la atención de pacientes que contrajeron COVID-19, como así también para los profesionales, quienes podrán reconocer su concepción de la psicoterapia y la influencia que tiene sobre su práctica. A su vez, es beneficiosa de manera indirecta para los usuarios de los servicios de Salud Mental, ya que contribuye a afianzar técnicas y aspectos éticos que podrían mejorar la forma de atención psicológica.

A la fecha de realización del presente trabajo, no se ha realizado investigación alguna que permita conocer los aspectos arriba mencionados en Salta Capital, por lo que

se produjo un aporte original al brindar información respecto a la atención psicoterapéutica a nivel local.

Por otra parte, aunque la humanidad haya atravesado distintas pandemias y epidemias, la pandemia por COVID-19 generó gran impacto y sorpresa, por lo que afecta e influye a la población de múltiples maneras, y a nivel global. Explorar este terreno, abre nuevas preguntas que posibilitarán el surgimiento de futuras investigaciones, llenando así un vacío y creando un cúmulo de conocimiento que permitirá mejorar las prácticas psicológicas y brindar una mejor atención para los usuarios de psicoterapia.

Por lo hasta aquí mencionado, se considera invaluable conocer las Representaciones Sociales que los profesionales de la salud mental poseen sobre la psicoterapia, las modificaciones que tuvieron que implementar para adaptarse y poder seguir brindando atención psicoterapéutica, como así también la incidencia que estos cambios ejercieron en sus prácticas actuales.

Consecuencia de la investigación

Al realizar esta investigación fueron considerados los aspectos éticos y legales contemplados por la Federación de Psicólogos de la República de Argentina (Fe.P.R.A, 2013).

Es por ello que, en todo momento, antes, durante y luego de la investigación, se respetó la dignidad, la diversidad, la intimidad y autonomía de los participantes. Se resguardó su privacidad y la de las personas mencionadas en las entrevistas, por lo cual se trabajó respetando el anonimato, no se reveló información personal; sólo fueron contemplados aquellos aspectos relacionados con la investigación.

Para poder participar en la investigación, los participantes debieron firmar un consentimiento informado. Dicho documento da cuenta del objetivo de la investigación, y los alcances de la misma. Fue elaborado en un lenguaje apropiado y comprensible, e incluye, de manera explícita, tanto los derechos (ya mencionados) como las obligaciones (brindar información verdadera para la investigación, como así también participar en los encuentros pautados) de los participantes.

Los resultados de la investigación pretenden ser lo más fieles posibles, por lo tanto, no se tergiversaron datos con intención de manipular los mismos.

Cabe aclarar que la investigación realizada, y sus resultados, persigue fines académicos, en caso de futuras publicaciones se solicitará autorización a los participantes.

Además, se siguieron los lineamientos legales y éticos establecidos en la Ley del Ejercicio Profesional del Psicólogo, a nivel nacional, Ley 23.277 (1985), y a nivel provincial, Ley 6063 (1983).

Finalmente, la presentación de dicha investigación se realizó conforme a los estándares creados por la American Psychological Association (APA, 2020).

Deficiencias en el conocimiento

En este apartado se hará mención de investigaciones previamente realizadas, que sirven de guía, permitiendo estudiar conceptos e información que coopere con la perspectiva de este trabajo; han sido recolectadas de diversas fuentes como ser

publicaciones virtuales, revistas científicas y la biblioteca de la Universidad Católica de Salta.

Se convirtió en una búsqueda ardua, ya que no se llegó a localizar, a nivel local, nacional ni en países próximos, investigaciones en las cuales se haya indagado las mismas inquietudes aquí planteadas.

A continuación, se desarrollarán brevemente las investigaciones encontradas, consideradas más relevantes:

Swartz. H. A. (2020). *El rol de la psicoterapia durante la pandemia covid 19 [The Role of Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic]*. The American Journal of Psychotherapy. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200015>

En este artículo, Holly A. Swartz (2020), afirma que debido a la pandemia viral por COVID-19, el mundo podría experimentar una crisis de salud mental severa.

De este modo, la autora refiere que estresores asociados con la pandemia, tales como la cuarentena, el distanciamiento social, la pérdida de trabajo y los tratamientos contra la enfermedad, persistirán afectando incluso pasada la pandemia.

Swartz (2020), asevera que puede esperarse que estos factores tengan un impacto significativo en la psiquis humana, contribuyendo a una segunda epidemia de salud mental, esperando hasta un 10% de la población afectada por trastornos depresivos, e incluso trastorno por estrés postraumático; sugiriendo que la población con mayores factores de riesgo es más susceptible de padecer consecuencias en su salud mental, incluso por años.

Es así que, en dicho artículo científico, se considera a la psicoterapia como una parte esencial en la respuesta frente a la crisis por COVID-19; el terapeuta es el único capacitado para tratar estas secuelas psicológicas producto de la pandemia.

Swartz (2020), sostiene que independientemente de la orientación teórica, y el método utilizado, los terapeutas deberían adoptar una instancia de ayuda humanitaria, al continuar con su labor terapéutica.

Por lo tanto, la autora propone afianzar la conexión entre terapeutas y pacientes, recomendando el uso de llamadas y videollamadas para brindar psicoterapia de manera remota; reconociendo que existen pacientes y terapeutas que carecen de experiencia, o no se sienten seguros con la tecnología.

Por último, reafirma que la psicoterapia juega un rol clave en ayudar a los individuos a abordar las secuelas ocasionadas por la pandemia por COVID-19, tanto en su salud psicológica, como en la conductual.

El presente artículo se considera importante para los fines de esta investigación porque da cuenta de los distintos tipos de consecuencias psicológicas surgidos a raíz de la pandemia COVID-19 y el papel fundamental que tiene la psicoterapia y los psicoterapeutas, para poder hacerle frente a estas secuelas.

Boldrin, T. et. al. (2020). Psicoterapia durante COVID-19: cómo cambió la práctica clínica de los psicoterapeutas italianos durante la pandemia [*Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic*]. Revista *Frontiers*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>

Boldrin et. al. (2020), en el actual artículo describen la situación vivida en Italia por la pandemia COVID-19 y cómo se vieron afectados. Afirmaron que esto produjo un escenario único para que los psicoterapeutas italianos considerasen un cambio en la modalidad en la cual brindaban tratamiento.

De esta manera, se plantearon como objetivo estudiar qué factores relacionados al psicoterapeuta y a su práctica clínica tuvieron influencia, por un lado, en el porcentaje de los tratamientos interrumpidos durante la cuarentena; y por el otro, en el nivel de satisfacción del psicoterapeuta con la modalidad de tele-psicoterapia.

El método utilizado, en dicha investigación, fue una entrevista online, administrada a 306 psicoterapeutas matriculados, que trabajaban principalmente en prácticas privadas, es decir en consultorio, entre el 5 de abril y el 10 de mayo (meses de mayor nivel de contagio en Italia).

Así es que, Boldrin et. al. (2020), arribaron al resultado de que el 42,1% de los tratamientos de los psicoterapeutas habían sido interrumpidos durante este período, se identificaron tres causantes principales. Estas son: la falta de experiencia previa con tele-psicoterapia, la orientación teórica de ciertos terapeutas (siendo cognitivo conductual la que reportó mayor tasa de abandono) y la falta de privacidad en el hogar del paciente.

Por otra parte, los autores delimitaron 4 factores intervinientes en el grado de satisfacción del terapeuta con la tele-psicoterapia. Siendo los mismos: la tasa de tratamientos interrumpidos; la experiencia del terapeuta en tele-psicoterapia; las creencias del psicoterapeuta sobre la compatibilidad entre su orientación teórica y la tele-psicoterapia; y, por último, el uso de la modalidad de videollamada, por sobre el teléfono.

Finalmente, Boldrin et. al. (2020), recomiendan diseminar programas de entrenamiento para prácticas en tele-psicoterapia, alientan a los terapeutas a utilizar video llamadas, en vez llamadas telefónicas, para brindar tratamiento e incrementar la aceptación de la tele-psicoterapia entre terapeutas y pacientes. Permitiendo, de esta manera, promover la continuidad de tratamientos psicoterapéuticos durante la pandemia por COVID-19 y en futuras emergencias.

Békés, V., y Aafjes-van Doorn, K. (2020). Actitudes de los psicoterapeutas hacia la terapia en línea durante la pandemia de COVID-19 [*Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic*]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238–247. <https://doi.org/10.1037/int0000214>

El estudio realizado por Békés y Aafjes-van Doorn (2020) examinó las actitudes de los psicoterapeutas hacia la terapia en línea durante la pandemia de COVID-19. Para se utilizó una encuesta en línea para recopilar datos entre el 25 y el 30 de marzo de 2020. Los participantes fueron psicoterapeutas reclutados a través de listas de correo electrónico profesionales, redes sociales y contactos individuales en Estados Unidos, Canadá y Europa. Los requisitos para participar incluían ser mayores de 18 años, trabajar como psicoterapeuta (con licencia o en formación) y atender actualmente a pacientes en línea.

El estudio se enfocó en dos medidas principales. Las encuestas demográficas y de actividad profesional que permitieron la recopilación de información sobre datos demográficos, experiencia clínica, experiencia en la prestación de terapia en línea, entorno laboral, licencia, número de pacientes en persona y orientación teórica. Además, se evaluaron aspectos de la actividad profesional durante la pandemia, como la cantidad de pacientes que se trasladaron a la terapia en línea, los desafíos percibidos al brindar terapia en línea, las acciones tomadas para prepararse y la experiencia tanto del terapeuta como del paciente. (Békés y Aafjes-van Doorn, 2020).

También se empleó el modelo de la Teoría Unificada de Aceptación y Uso de la Tecnología (UTAUT) para evaluar las actitudes de los terapeutas hacia la terapia en línea. Se adaptaron 13 ítems del UTAUT para reflejar la terapia en línea en lugar de la tecnología. Estos ítems abordaron factores clave que determinan el uso futuro de la tecnología, como la expectativa de desempeño, la expectativa de esfuerzo, la influencia social y las condiciones de facilitación. (Békés y Aafjes-van Doorn, 2020).

Los autores descubrieron que, a pesar de los factores estresantes del contexto de la pandemia, las actitudes hacia la psicoterapia en línea eran mayoritariamente positivas. Los resultados sugieren que factores como la experiencia previa en terapia en línea, la preparación del terapeuta y del paciente, así como las experiencias durante las sesiones, influyen en las actitudes de los psicoterapeutas. Estos factores podrían ser abordados a través de capacitación adicional y apoyo entre pares. (Békés y Aafjes-van Doorn, 2020).

Se plantea que, con la adquisición de más experiencia y capacitación, los terapeutas podrían sentirse más cómodos utilizando la terapia en línea a través de videoconferencia. Además, el apoyo y la supervisión de pares durante y después de la pandemia podrían aumentar la capacidad de los terapeutas para la práctica reflexiva y para adaptarse a los cambios en su trabajo terapéutico debido a la crisis global. La investigación sugiere que esta transición forzada a la terapia en línea como resultado de la pandemia podría tener aspectos positivos (Békés y Aafjes-van Doorn, 2020).

Esta investigación resulta relevante debido a que explora las actitudes de los psicoterapeutas en el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, lo que permite conocer el aspecto valorativo de las representaciones sociales al abarcar las creencias. También permite conocer el aspecto cognitivo, lo que nos da un acercamiento a las representaciones sociales sobre la atención virtual durante el periodo del ASPO.

Tajan, N. et. al. (2023). Tele-psicoterapia durante la pandemia COVID-19: una mini revisión [*Tele-psychotherapy during the COVID-19 pandemic: a mini-review*]. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1060961>

El estudio realizado por Tajan, et. al. (2023) aborda varios aspectos relacionados con la teleterapia durante la pandemia de COVID-19, centrándose en opiniones, beneficios y desafíos. En esta investigación se realiza una revisión de literatura, cuyo objetivo es identificar los desafíos que rodean la teleterapia en los proveedores de salud mental. Se busca analizar la eficiencia de las consultas en línea y el grado de aceptación tanto por parte de los terapeutas como de los pacientes.

De los 46 estudios seleccionados de la búsqueda bibliográfica en PubMed, se identificaron cuatro grupos. El primero abarca artículos relacionados con servicios y terapeutas de salud mental (17/46). El segundo se enfoca exclusivamente en enfoques psicodinámicos (11/46). El tercer grupo incluye estudios sobre parejas y terapia

matrimonial y familiar (10/46). El cuarto grupo se centra en el tratamiento de trastornos mentales específicos, como el trastorno de estrés postraumático o los trastornos del desarrollo (8/46) (Tajan et. al. 2023).

El primer grupo incluye los desafíos en los servicios de salud mental, en el cual se señala que la infraestructura tecnológica insuficiente, tanto por parte del terapeuta como del paciente, junto con la falta de privacidad en el entorno del cliente, son barreras significativas para la implementación efectiva de la teleterapia (Tajan et. al. 2023).

También se identifica que los psicoterapeutas experimentan niveles elevados de estrés durante la pandemia de COVID-19. Además, se menciona la falta de apoyo para los terapeutas y una carga de trabajo creciente como preocupaciones importantes. (Tajan et. al. 2023).

A su vez, se destaca que los psicoterapeutas sienten que carecen de habilidades terapéuticas específicas para la teleterapia en comparación con la terapia presencial. Esto incluye el uso de técnicas terapéuticas, el manejo del silencio, la empatía y la expresión emocional. Se enfatiza la necesidad urgente de capacitación en teleterapia para mejorar la confianza de los terapeutas. (Tajan et. al. 2023).

Sin embargo, a pesar de los desafíos, se mencionan aspectos positivos de la teleterapia. Se destaca la aceptabilidad en la práctica neuropsicológica, la mejora de las habilidades de autocuidado de los veteranos y la satisfacción con la terapia cognitivo-conductual impartida por videoconferencia para niños y adolescentes. También se observa que las generaciones mayores son menos reacias a aceptar la teleterapia de lo que se esperaba. (Tajan et. al. 2023).

En el segundo grupo, centrado en enfoques psicodinámicos, los autores encontraron opiniones positivas sobre la teleterapia.

Durante la pandemia, los terapeutas psicodinámicos y psicoanalistas han mostrado una opinión más positiva sobre la efectividad de las sesiones en línea. En terapia psicodinámica, ya sea en línea o en persona, la empatía, la calidez, la sabiduría y la habilidad del terapeuta, junto con la motivación y la perspicacia del paciente, son elementos clave para la efectividad del tratamiento. Se han desarrollado técnicas específicas para la terapia psicodinámica experiencial acelerada en línea, y se ha destacado la importancia de discutir las reglas relativas al entorno, la estabilidad y la privacidad al comenzar la terapia en línea. A pesar de las limitaciones, se ha observado una actitud más conversacional y relajada durante las sesiones en línea. Sin embargo, algunos estudios han señalado que la teleterapia puede ser más agotadora que la terapia presencial, y se requiere una mejora en las condiciones técnicas y de privacidad durante las sesiones. (Tajan et. al. 2023).

El tercer grupo incluye los beneficios y desafíos de la teleterapia para parejas y familias. Los terapeutas de pareja y familia han identificado beneficios significativos de la teleterapia, especialmente para pacientes en zonas rurales y poblaciones desatendidas. La teleterapia facilita la organización del cuidado de los niños, lo que aumenta la accesibilidad para padres que trabajan. También se informó de una reducción de gastos, un aumento del tiempo personal y una mayor accesibilidad y flexibilidad. Los datos sugieren que la teleterapia es una alternativa viable a la terapia en persona, con tasas de finalización del tratamiento y fidelidad del terapeuta similares. (Tajan et. al. 2023).

Sin embargo, existen desafíos, como la exclusión digital, la fatiga, el aislamiento y la falta de motivación en algunos pacientes. Además, la teleterapia no es adecuada en casos de conflicto familiar, especialmente si implica que los niños no serían supervisados durante la sesión. Algunas poblaciones y patologías específicas, como la medicina física y la rehabilitación, el trastorno de personalidad antisocial, la lesión cerebral traumática y los conflictos familiares, enfrentan dificultades para la teleterapia. (Tajan et. al. 2023).

El cuarto grupo se desarrollan los desafíos importantes para niños con necesidades especiales, primeros episodios de psicosis, pacientes mayores y grupos vulnerables:

La teleterapia ha resultado beneficiosa para pacientes ansiosos con trastorno del espectro autista y puede ser menos invasiva y más fácil de integrar en su agenda. Sin embargo, se enfrentan dificultades técnicas y problemas de conexión a Internet que pueden ser barreras para niños con necesidades especiales y problemas graves de salud mental y discapacidad intelectual. A pesar de los beneficios, se deben abordar cuestiones tecnológicas y de reembolso si la salud digital se convierte en una forma estándar de prestación de terapia traumatológica. (Tajan et. al. 2023).

La teleterapia para veteranos se considera factible, aceptable, efectiva y adaptable más allá de la pandemia, pero se observan desafíos con respecto al funcionamiento cognitivo, especialmente en pacientes mayores. Además, existen barreras para acceder a servicios de salud mental para minorías étnicas, personas socioeconómicamente desfavorecidas y grupos vulnerables, lo que incluye limitaciones relacionadas con la tecnología, la vivienda, el cuidado de los niños y la formación de profesionales. (Tajan et. al. 2023).

La teleterapia con niños, especialmente aquellos con dificultades de atención, presenta desafíos considerables, y se requiere una adaptación significativa. La teleterapia de pareja también plantea desafíos en casos de violencia doméstica, ya que los pacientes pueden temer las consecuencias una vez finalizada la sesión virtual. El entorno en línea requiere que los clientes hablen uno a la vez, lo cual es una diferencia importante en comparación con las sesiones en persona. (Tajan et. al. 2023).

Esta investigación resulta relevante ya que permite conocer de manera más profunda cuáles fueron los cambios que se produjeron a partir de la incorporación de la modalidad de atención virtual, las dificultades y limitaciones en implementación de la misma.

Nuccelli, I. M. (2021). *Intervenciones que lleva adelante el psicólogo practicante de psicoanálisis en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, frente a los casos de urgencias subjetivas que llegan al hospital en el contexto de pandemia por COVID-19*. Tesis de grado para la obtención de Título para la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta. http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/doc_num_data.php?explnum_id=2933

Esta tesis se realizó como pasantía, la cual es un trabajo final de grado de la carrera de Licenciatura en Psicología, en la Universidad Católica de Salta.

En la misma se articularon los conceptos centrales del psicoanálisis, la ética profesional, y las intervenciones, en atención y tratamiento, en las urgencias que llegaban al servicio de Psiquiatría y Psicología en el Hospital San Bernardo, en Salta Capital. Como así también se buscó conocer a través de la experiencia en el abordaje de la urgencia

subjetiva en el contexto de pandemia, incorporar conocimientos de la urgencia subjetiva y su expresión, y, por último, aproximarse a la experiencia clínica en el ámbito hospitalario con actuación interdisciplinaria.

Para llevarla a cabo, la metodología empleada fue la observación no participante.

Algunas de las conclusiones arribadas en esta pasantía fue que el trabajo de manera remota durante la pandemia fue efectivo, que hubo una buena predisposición por parte de los pacientes, aunque se presentaron algunas dificultades tecnológicas al momento de llevar a cabo los encuentros.

Además, se evidenció cómo afecto el COVID-19 a los pacientes que lo contrajeron, como ser ataques de pánico, angustia, incluyendo intentos de suicidio. Como así también, se concluyó que la pandemia se presentó como un factor desencadenante de urgencias.

Dicho trabajo de grado da cuenta de la importancia de estudiar el proceso de psicoterapia, de cómo influyó e influye actualmente la pandemia y, en este caso, el lugar de atención, el Hospital San Bernardo.

Marco Teórico

CAPÍTULO I: Representaciones Sociales

Conceptualización

En el primer capítulo se desarrollará uno de los andamios fundamentales para esta investigación, las Representaciones Sociales, como así también su dinámica, funcionamiento, componentes y fundamentos.

El concepto de las mismas fue desarrollado por Serges Moscovici, en su libro “El psicoanálisis, su imagen y su público” (1979), en el cual las define como:

la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (p.17-18)

Cuando hablamos de Representaciones Sociales, el autor considera que no hay un corte entre el universo exterior y el universo del individuo (o del grupo). El objeto está inscripto en el campo activo, móvil, puesto que fue concebido por la persona o la colectividad como una prolongación de su comportamiento y solo existe para ellos en función de los medios y métodos que le permiten conocerlo. En las Representaciones Sociales se ven sistemas que tienen una lógica y lenguaje particular, valores y conceptos, no son simples opiniones sino teorías de las “ciencias colectivas” destinadas a interpretar y construir lo real.

Partiendo de esta noción, resulta relevante resaltar que estudiar la representación social acerca de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante la emergencia sanitaria y su incidencia en la práctica actual, permite conocer la concepción, imagen y valoración que los profesionales de Salud Mental de hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta, tienen de las mismas, y a su vez, revela cómo la pandemia afectó y modificó a las prácticas de los mismos.

Siguiendo la línea de pensamiento, Jodelet (1986), define a las Representaciones Sociales como:

Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar los fenómenos y los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. (p.472)

De esta manera, la autora sostiene que las Representaciones Sociales reflejan una forma de conocimiento social y la actividad mental, que los individuos y grupos despliegan con el fin de posicionarse en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Pero que, a la vez, lo social interviene en los individuos y grupo, en el contexto en el cual interactúan, en la comunicación, en la forma de conocer el bagaje cultural; los códigos, valores e ideologías relacionados con posiciones y permanencias sociales específicas.

La autora sostiene que es un conocimiento espontáneo y natural, es decir, un conocimiento del sentido común, que se construye a partir de la experiencia, información, conocimiento y modelo de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, comunicación y la educación. Por dichas características es también un conocimiento socialmente elaborado y compartido que intenta dominar nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestras vidas o que surgen de la misma, actuar sobre y con otras personas, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, entre otros; es a su vez un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual y participa en la construcción social de la realidad.

De esta manera, Jodelet (1986) concluye que la noción de representación social hace referencia a un tipo particular de conocimiento, el sentido común, cuyos contenidos reflejan las operaciones mentales que se caracterizan por procesos generativos y funcionales de carácter social. En un sentido más general, se refiere a una forma de pensamiento social.

La autora, sostiene que las Representaciones Sociales conforman modos de pensamientos prácticos orientados hacia la comunicación, comprensión y el dominio del entorno (social, práctico e ideal).

A su vez, afirma que tiene características específicas de la organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica; siendo estas las condiciones y los contextos en los que surgen las representaciones, las comunicaciones mediante las cuales circulan y las funciones que cumple en la interacción con el mundo y los demás.

Posteriormente, Gustave Fischer (1990) define a las Representaciones Sociales como:

un proceso de elaboración perceptiva y mental de la realidad que transforma los objetos sociales (personas, contextos, situaciones) en categoría simbólicas (valores, creencias, ideologías) y les confiere un estatuto cognitivo que les permite captar los aspectos de la vida ordinaria mediante un reenmarque de nuestras propias conductas en el interior de las interacciones sociales. (p.117-118)

En síntesis, el autor sostiene que las Representaciones Sociales son explicaciones que sustituyen a la realidad (objetos) por símbolos de rápida evocación, los cuales son compartidos socialmente.

En su concepción, Fischer destaca la importancia del proceso cognitivo en la formación y establecimiento de las Representaciones Sociales.

Además, se tomará la concepción de León (2002), quien las define como teorías o formas de sentido común son creados y compartidos socialmente, y ofrecen a las personas herramientas para interpretar y comprender su realidad, así como para justificar y orientar las acciones de los grupos. Estas formas de sentido se desarrollan a través de la interacción y la comunicación social, en las conversaciones de la vida diaria, al mismo tiempo que influyen y dan forma a estos procesos de intercambio y comunicación. Los medios de comunicación de masas desempeñan un papel fundamental en la construcción, modificación y refuerzo de estas representaciones sociales.

En dicha definición la autora incluye la importancia de los medios de comunicación y cómo estos influyen en la formación y modificación de las Representaciones Sociales.

Hasta aquí se ha realizado un breve recorrido conceptual sobre las Representaciones Sociales intentando captar la esencia de las mismas. Para abarcar de manera más completa se proseguirá a desarrollar la naturaleza, funciones, dimensiones, formación y funcionamiento de las mismas.

Naturaleza social de las Representaciones Sociales

León (2002), sostiene que las Representaciones Sociales tienen una naturaleza social debido a que están relacionadas con aspectos socialmente significativos, ya que movilizan emociones. Las Representaciones Sociales permiten a los individuos o grupos, enfrentar el miedo o la incomodidad a lo desconocido. Es por ello que son procesos cognitivos-emocionales.

Además, la autora sostiene que son de origen social puesto que son construidas en los procesos de interacción y comunicación social. Son significativos para los grupos sociales, por lo que las Representaciones Sociales circulan en los medios de comunicación y se cristalizan en conductas.

Las mismas son compartidas por grupos, pero no hegemónicamente por la sociedad, dado que la Representación Social de un objeto puede variar de un grupo a otro. Esta variación se debe a los valores, posición que ocupa en la sociedad, la experiencia con el objeto de la representación social, con el contexto histórico, cultural y social de los grupos (León, 2002).

Asimismo, son construcciones simbólicas de la realidad que tienen un significado común de un objeto o evento social para los miembros de una comunidad, y que una vez construidas existen casi independientemente de ese aspecto de la realidad que representa (León, 2002).

A su vez, son convencionales y prescriptivas, ya que, al enfrentarse el individuo o grupo con un objeto extraño, lo adapta hasta que encaja con las categorías y sistemas de relaciones que ya posee; pero al mismo tiempo, las representaciones sociales son dinámicas, se modifican con la experiencia social y el cambio de la realidad social (León, 2002).

Conocer la naturaleza de las Representaciones Sociales revela la importancia de la investigación a realizar, ya que las mismas son construidas en el intercambio social y la comunicación, son compartidas por los grupos, en este caso por los profesionales que forman parte de los servicios de Salud Mental, reflejando el significado que los mismos tienen sobre las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19, y su incidencia en la práctica actual.

Función de las Representaciones Sociales

Para desarrollar las funciones de las Representaciones Sociales se tomará a León (2002), quien sostiene que las mismas se hacen evidentes al comprender su naturaleza social.

La autora establece que las Representaciones Sociales permiten que los individuos conviertan una realidad extraña en una realidad familiar, de manera tal que la realidad se presente ordenada y definida. Dicha función será desarrollada en profundidad más adelante en este capítulo.

Sostiene que las mismas tienen la función de facilitar la comunicación entre los individuos.

Por otro lado, posibilita la formación, consolidación y diferenciación de grupos sociales en función de los significados de los eventos y objetos compartidos por los individuos (León, 2002).

Las Representaciones Sociales guían la acción social, esto se debe a que le permite a los individuos definir una situación, organizarla y de esa manera orientar su acción (León, 2002).

Las mismas sirven para justificar decisiones, posiciones y conductas tomadas frente a un hecho (León, 2002).

Es importante rescatar el hecho de que las Representaciones Sociales sobre la atención psicoterapéutica que poseen los profesionales que forman parte de los programas de Salud Mental, guían las acciones, influyen en la toma de decisiones y posiciones al momento de ejercer la profesión.

Dimensiones de las Representaciones Sociales

Las Representaciones Sociales presentan como contenido tres componentes, estos son: su aspecto cognitivo, figurativo y valorativo.

El aspecto cognitivo “se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979, p. 45).

Con lo dicho, el autor, se refiere a que el aspecto cognitivo remite a todo el conocimiento que posee el individuo o el grupo, ya sean ideas, palabras, información, opiniones, teorías del objeto.

El aspecto figurativo es representado a través de una imagen que posee la persona o grupo. Siguiendo a León (2002), constituye el núcleo organizador que da estructura y sentido a los elementos de la representación. Siguiendo a Jodelet (1986), a cada figura o imagen le corresponde un sentido, y a cada sentido le corresponde una imagen, siendo de esta manera un símbolo de evocación de un objeto.

Estas imágenes asociadas al concepto, se presentan en forma de escena, situación, foto o dibujo.

Por último, el componente valorativo es reflejado a través de las emociones o afectos de la representación. Según León (2002) “la actitud hacia el objeto de la representación se refiere a la evaluación positiva o negativa del objeto, implica las reacciones emocionales en torno al mismo” (p. 379).

Comprender la complejidad, interacción y la forma en la cual se establecen cada una de estas dimensiones resulta crucial para dicha investigación, ya que permitió responder a los objetivos de la misma, de manera profunda.

Formación y funcionamiento de las Representaciones Sociales

En la construcción de las Representaciones Sociales intervienen dos procesos, la objetivación y el anclaje.

Estos procesos dan cuenta de cómo lo social se apodera de un objeto, de una información o acontecimiento, y lo transforma. Articulan lo psicológico y lo social (Fisher, 1990).

Según León (2002), la objetivación es un proceso por el cual se transforman los conceptos abstractos, relaciones, o atributos en imágenes concretas. La autora cita a Moscovici (1981) quien plantea que este proceso cuenta con dos fases. En la primera, se busca el aspecto icónico de la idea, para vincular el concepto con la imagen, siendo transformado el concepto en una imagen, denominada como “núcleo figurativo”. Posteriormente, en la segunda fase, el concepto es naturalizado, transformado en realidad.

El proceso de anclaje es aquel que permite que los eventos y los objetos, que se perciben como extraños, se incorporen convirtiéndose en familiares, brindándole significado. Para ello es esencial poner en juego dos procesos: clasificar y denominar al objeto (León, 2002).

León, tomando a Moscovici (1981), sostiene que la clasificación implica transformar el objeto extraño, en función de categorías previas, donde se lo ubica por sus características, y se le da el mismo valor, ya sea positivo o negativo. A su vez, al clasificar el objeto, se lo nombra, lo que permite describirlo y asignarle cualidades, diferenciarlo debido a que adquirió identidad, lo a que su vez lo convierte en convencional para los grupos que lo denominan de la misma manera.

El anclaje es un proceso que se instaura en las interacciones de los individuos o grupos con el objeto, y progresivamente se va convirtiendo en familiar y adquiriendo significado (León, 2002).

En síntesis, las Representaciones Sociales son una forma de conocimiento socialmente elaborados y compartidos, que permiten entender la realidad y sustituirla como símbolos autónomos y de rápida evocación. Poder conocer las representaciones sociales que tienen los profesionales de los servicios de Salud Mental de los hospitales de IV nivel acerca de la modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual, permitió arribar a la concepción, la imagen y valoración de la misma que posee este grupo social, sobre la realidad que se vio modificada por un evento extraño que irrumpe y devela un vacío de conocimiento, como así también aquellas modificaciones que aún se mantienen en la práctica.

CAPÍTULO II: Pandemia y Salud mental

Psicoterapia y modalidad de abordaje

En este capítulo se abordarán los conceptos de psicoterapia y cómo esta se vio afectada por la pandemia por COVID-19, a su vez analizaremos su impacto en términos psicológicos, como los protocolos implementados para sobrellevarla.

Resulta sumamente útil comenzar por la definición de psicoterapia, con la cual nos guiaremos. En este caso se considerará la concepción elaborada por Rodríguez-Ceberio (2008):

Podríamos definir a la psicoterapia -de manera aparentemente simple- como la relación de dos personas, en la que una asiste a consultar a otra -idónea y capacitada en resolver problemas humanos- con el objetivo de solucionar su propio problema. La persona capacitada da en llamarse terapeuta y la persona que consulta paciente. Más allá de los motivos que originan los problemas por los que se consulta, la psicoterapia puede realizarse de manera individual, pareja, familia o grupo. (p.3)

Es importante recalcar que el autor plantea una diferencia al hablar de trabajo terapéutico y no de curación, dejando de lado la categorización binaria de salud/enfermedad, de normal/anormal, y remitiendo a trabajar codo a codo, formando “un equipo de trabajo (el terapeuta más el paciente) que, bajo una planificación estipulada, tiene como objetivo el cambio y la modificación del problema que lleva a la crisis a la persona” (Rodríguez-Ceberio, 2008, p.20).

En este equipo de trabajo la relación es simétrica, el terapeuta debe ser idóneo, estar capacitado y ser ético en sus intervenciones.

El autor destaca que el contexto en el que se desenvuelven las intervenciones es crucial, ya que marcarán las pautas de interacción:

Es el contexto en donde transita todo este interjuego el que pone su sello de influencia y las reglas de juego de la interacción. Si la consulta es desarrollada en un hospital público o en consultorio privado; si es en terapia intensiva o en la casa del paciente, etc., son factores que incrementan, alientan, retrotraen, aceleran o enlentecen el proceso terapéutico. (Rodríguez-Ceberio, 2008, p.13)

En este trabajo final de grado se tomó como contexto a los Hospitales de IV nivel de complejidad ubicados en Salta Capital, Argentina. En estas instituciones, se trabajó sobre los Programas, Servicios, Sectores de Salud Mental constituidos por psicólogos y psiquiatras, quienes desempeñan y desarrollan su labor en salas, guardias y consultorios externos, recibiendo consultas de todo tipo, incluyendo las de urgencia.

Cabe destacar que dichos hospitales responden a Atención Pública, perteneciente al Ministerio de Salud Pública, siendo además dependiente de Autogestión; es decir, tiene autorizado la cobranza por prestaciones a pacientes con obra social.

Teniendo en cuenta esto, considero fundamental lo mencionado por los autores López Fuentetaja y Villaverde, quienes sostienen que:

El psicólogo clínico precisa contar, por tanto, de forma integrada, con una visión clínica, una visión social y una visión institucional aplicadas tanto al paciente, como a la familia y equipos institucionales (...) Sin contar con esta visión integrada, la tarea será parcial y no estará contextualizada, perdiendo la riqueza comprensiva que aportan las variables mencionadas y repercutiendo en la intervención realizada. (2019, p. 7)

Los autores marcan la importancia de contemplar el contexto: no se trabaja de la misma manera en el consultorio privado y en el hospital, las consultas, derivaciones e intervenciones son muy diferentes, y están determinadas por los pacientes, sus cosmovisiones, sus dolencias y problemas. Cabe destacar que cada institución tiene sus propios lineamientos y forma de actuar. En el anexo IV se describe la organización y la contextualización de los hospitales, lugar en el cual se desarrolló la investigación.

Otro aspecto importante a desarrollar es que la psicoterapia es comúnmente realizada de manera presencial, sin embargo, debido a la crisis sanitaria que el mundo atraviesa y gracias a la ayuda de la tecnología, los profesionales de la salud mental han contado con la posibilidad de atender remotamente, de manera virtual, ya sea a través de atención telefónica o por videollamadas, permitiendo que los usuarios puedan perpetuar su trabajo terapéutico.

Según McBeath, et al. (2020), esta modalidad representó un desafío para los terapeutas, por un lado, por problemas con la adaptación, como ser la falta de experiencia en el teletrabajo y la dificultad del terapeuta de encontrar un espacio en el propio hogar para trabajar. Por otro lado, los desafíos estuvieron dados principalmente por dificultades técnicas, problemas de intimidad, tanto del terapeuta como del cliente, y la falta de lenguaje no-verbal.¹

Sin embargo, los autores sostienen que la telepsicoterapia resulta efectiva, y trae aparejada una serie de oportunidades, entre estas las más significativas son: obtención de efectos y resultados positivos del método utilizado, eliminación de la necesidad de la cercanía geográfica entre terapeuta y paciente, y la presencia de reacciones positivas de los pacientes, como mostrar menor inhibición trabajando online.

McBeath, et al. (2020) sostienen que el trabajo remoto ha cambiado la experiencia y el espacio terapéutico, con la sensación de que la práctica de la psicoterapia ha sido profundamente transformada y afirman que muchos terapeutas esperan que la telepsicoterapia se vuelva una parte esencial de su formación y labor terapéutico.

Esta modalidad permitió continuar del trabajo psicológico en una época que infundió sobrado estrés y ansiedad en cada individuo de esta sociedad, intensificó o produjo nuevos casos de consumo de sustancias, además de facilitar la aparición o el desarrollo de afecciones psicológicas tales como depresión, burnout, ansiedad, entre otras (Terry-Jordán, et al. 2020).

Hasta aquí se buscó plasmar el concepto de psicoterapia como un proceso complejo, en el que interactúan tanto paciente como terapeuta, pudiendo intervenir otros especialistas para una mejor comprensión de la situación atravesada por el paciente.

¹ McBeath G., Plock S. y Bager-Charleson S. (2020). The challenges and experiences of psychotherapists working remotely during the coronavirus pandemic [Los desafíos y experiencias de psicoterapeutas trabajando remotamente durante la pandemia por coronavirus]. *counselling & psychotherapy research*, 20 (3), 394-405. <https://doi.org/10.1002/capr.12326>

Entendiendo que el contexto es un factor influyente en la psicoterapia. El trabajo terapéutico implica el establecimiento de un plan, objetivos y cómo conseguirlos. En el mismo influyen los aspectos personales como sociales, demostrando que puede ser realizado en distintas modalidades, es decir, presencial, virtual, telefónicamente, o mediante una combinación de las distintas formas de atención.

COVID-19 y psicología

Para iniciar este apartado es esclarecedor comenzar por la definición de la enfermedad por COVID-19, para ello se tomará la concepción brindada por el Ministerio de Salud de la Nación (2022). Según su página web:

Los coronavirus son una familia de virus que pueden causar enfermedades en animales y en humanos. En los seres humanos pueden provocar infecciones respiratorias que van desde un resfriado común hasta cuadros más graves, como el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-SARS).

Actualmente nos encontramos ante una pandemia (epidemia que se propaga a escala mundial) por un nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, que fue descubierto recientemente y causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

Dicha página también hace mención a los síntomas, siendo los mismos: fiebre (37, 5°), tos, dolor de garganta, dificultad para respirar, dolor muscular, cefalea, pérdida del gusto, del olfato, diarrea y/o vómitos (2022). Actualmente existen distintas cepas, pero se estima que debido a que una considerable parte de la población se encuentra vacunada, los síntomas producidos por esta enfermedad pueden experimentarse en menor medida.

Según el Ministerio de Salud (2022) este virus se transmite de una persona a otra por medio de gotas que son expulsadas por la nariz o boca de la persona portadora al toser, estornudar o al hablar; también se puede contraer por el contacto de manos, superficies u objetos contaminados. Es por ello que se recomienda el uso de barbijo, el distanciamiento social, la higienización constante de manos y la ventilación de espacio para reducir la posibilidad de transmisión.

Esta enfermedad se transmite con mucha facilidad, y ya que aún no existe un tratamiento efectivo, la principal forma de combatirla consiste en el aislamiento de la persona con COVID-19, reduciendo el abordaje al control de los síntomas que presenta cada afectado en particular, permitiendo a la enfermedad seguir su curso natural hacia la curación. Es por ello que la primera medida tomada para combatir la propagación de la enfermedad fue recurrir al Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), seguida por la práctica del Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO).

En Argentina el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio entró en vigencia el 20 de marzo de 2020, a través de las declaraciones realizadas por el presidente Alberto Fernández y respaldado en el Decreto 297/2020, en las cuales se estableció una cuarentena; de esta manera, durante quince días se suspendieron las clases, las actividades laborales consideradas como “no esenciales”, además de cierre de fronteras.

En dicho decreto se estipula que los ciudadanos argentinos debían permanecer en la residencia en la que se encontrasen, estando limitada la circulación a desplazamientos mínimos para aprovisionarse; quedando exceptuadas las personas cuyos trabajos fueran

considerados esenciales dentro del marco de emergencia. Asimismo, todos los eventos culturales fueron suspendidos, para evitar focos de contagio (Decreto 297,2020).

Posteriormente, estas medidas fueron extendidas a través de los Decretos Número 325/20, 355/20, 408/20, 459/20 y 493/20 hasta el 7 de junio del 2020, dando lugar a la medida establecida mediante el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (Decreto 520, 2020).

Fue así que comenzó lo que podría considerarse como la primera de cinco fases dentro de esta extensa cuarentena.

En la primera fase, el aislamiento era estricto. Su objetivo era reducir al mínimo el contacto estrecho entre las personas y así evitar el crecimiento de contagios. En ese entonces aún no se contaba con las vacunas, el panorama se encontraba repleto de incertidumbre; se estableció como cuidados el distanciamiento social, el uso de barbijo obligatorio y la limpieza de manos. En esta fase las restricciones fueron más estrictas porque el tiempo de duplicación de los casos fue menor a 5 días (Decreto 297,2020).

Tanto en la segunda (aislamiento administrado), como en la tercera fase (segmentación geográfica), se continúa con la medida del aislamiento social obligatorio, con la excepción de que otras ocupaciones diferentes comenzaron a considerarse como esenciales. Sin embargo, podría decirse que es en la tercera fase que el gobierno permite una mayor flexibilidad, incluyendo salidas recreativas. Esto se debe a que el tiempo de duplicación de los casos de la segunda fase fue de 5 a 15 días, mientras que en la tercera de 15 a 25 días.

Con la cuarta fase (reapertura progresiva) se pone fin al aislamiento obligatorio, y comienza el Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Gracias a estas nuevas medidas, los ciudadanos podían salir de sus hogares. En función de la terminación del número de DNI se establecieron días en los que cierta parte de la población podía salir y concurrir a determinados lugares. Con esta medida se buscó reducir la concentración de personas en espacios públicos, para evitar así contagios favorecidos por el contacto con individuos infectados. En esta fase el tiempo de duplicación de los casos fue de más de 25 días (Decreto 520, 2020).

Posteriormente, encontramos la fase 5, la nueva normalidad, donde se buscó reabrir todas las actividades sociales, pero manteniendo las medidas sanitarias necesarias para evitar en mayor medida cualquier posibilidad de contagio. Cabe destacar que en esta etapa ya se contaba con varias vacunas contra el COVID-19, que han demostrado ser extremadamente útiles al reducir el impacto de los síntomas provocados por esta enfermedad.

En este punto resulta relevante hacer hincapié en que: “Aun cuando no es la primera pandemia en la historia de la humanidad, las condiciones mundiales de globalización han representado un reto adicional para enfrentar el virus y evitar el colapso de los sistemas de salud y la economía” (De La Peña Domene et. al. 2020, p. 120)

A su vez, la influencia de la actividad humana en el contexto mundial actual ha dado vía a la propagación de endemias y pandemias; Laclette y Morán López (2020) explican que el rápido avance, y prosigiente destrucción, del hombre sobre los hábitats naturales provoca que los patógenos que normalmente se circunscriben a determinados organismos, encuentren distintas vías de desarrollo e infección, provocando transmisiones entre especies y mutaciones de las enfermedades. Los autores también

remarcan al calentamiento global como otro factor clave, los cambios en las temperaturas propician que los microorganismos, y sus vectores, puedan adaptarse en territorios en los que antes las condiciones climáticas lo imposibilitaban, permitiéndoles adquirir una mayor distribución geográfica. Por último, sostienen que los avances en materia de transporte han permitido la rápida difusión de enfermedades, de modos sin precedentes.

Se estima que otros 1,7 millones de virus actualmente "no descubiertos" existen en mamíferos y aves, de los cuales hasta 827.000 podrían tener la capacidad de infectar a las personas. (Plataforma Intergubernamental Científico-Normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas, 2020, parf 3)

De La Peña Domene et. al. (2020) sostiene que, desde el inicio del siglo XXI, el lapso entre crisis sanitarias producto de enfermedades ronda entre los ocho y diez años, y debido a la rápida aparición y mutación de nuevos virus y bacterias, junto con la difícil erradicación de las ya existentes, apuntan a que la humanidad volverá a confrontar situaciones similares, incluso de carácter más severo.

Lo expuesto hasta aquí queda evidenciado por el brote de la enfermedad conocida como viruela símica, o viruela del mono, considerada el 23 de julio de 2022 como emergencia de salud pública de importancia internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022).

Según la OMS (2022), esta enfermedad es causada por un virus de tipo zoonótica, que se transmite de animal a persona y de persona a persona, a través del contacto directo, por fómites (por tocar prendas, superficies infectadas y tener algún corte o tocarse alguna mucosa), al oler una escama o prendas con el virus, aunque se estudia si el mismo tiene la capacidad de infectar a través del aire.

Si bien la misma no ha tenido los alcances que la pandemia por COVID-19, da cuenta de la capacidad de los virus y su propagación.

De este modo, resulta fundamental el estudio y análisis de la concepción, idea y valoración de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19, y como incide en su práctica actual, con el fin de encontrarnos preparados para lo que nos depara el futuro.

Consecuencias psicológicas

Esta situación sanitaria ha traído aparejada numerosas secuelas sobre la población mundial, contándose entre ellas percances físicos, sociales, laborales, económicos y psicológicos.

Estas consecuencias no sólo han influido en quienes contrajeron el virus o fueron aislados preventivamente, sino también en los profesionales de la salud y la población en general.

Si bien todos los malestares provocados o acrecentados producto de la pandemia son considerados importantes, haremos hincapié en las consecuencias de tipo psicológicas.

Según los autores Terry-Jordán, et al. (2020) las consecuencias psicológicas pueden agruparse en emocionales, cognitivas y conductuales. En el primer grupo se

incluyen el miedo de enfermarse o de enfermar; que suscitan emociones tales como la irritabilidad, ira, tristeza, depresión, ansiedad por la salud o la separación de los familiares, angustia por la pérdida de contacto con seres queridos, frustración, aburrimiento y preocupación. En las cognitivas se encuentran la sensación de vulnerabilidad, pesimismo, sensación de incertidumbre provocada por falta de información, desinformación, noticias falsas y/o rumores. Por último, en las conductuales, presentando cambios en los hábitos alimenticios, en la rutina diaria, tendencia al sedentarismo y al consumo de sustancias.

A estas consecuencias habría que sumarles la angustia por las pérdidas de seres queridos y la dificultad de poder realizar su duelo por la prohibición de velorios.

Terry-Jordán, et al. (2020), sostienen que no todas las consecuencias fueron negativas, ya que hubo personas que mejoraron sus vínculos familiares, o que vieron disminuido el estrés laboral, fruto del teletrabajo o de la imposibilidad de concurrir a su espacio de trabajo habitual.

Es por ello que resulta relevante el pensamiento de Bruno, Diana et al. (2020), plantea ver al apoyo social, entendido como la confianza de poder acudir a otras personas ante alguna necesidad, como un “modelador” del estrés y como un factor de protección para la salud y bienestar a nivel individual y social.

De esta manera, el apoyo social ocuparía un papel fundamental para poder apaciguar las consecuencias producto de la pandemia, y de la cuarentena propiamente dicha. Como ejemplo, en la provincia de Salta surgieron líneas telefónicas de apoyo, como el número 120, o también mediante WhatsApp (número +549112256-0566), línea en la cual se brindó información preventiva y para el cuidado (Ministerio de Salud, 2020); en algunos casos se brindó contención psicológica o seguimiento, como la que proporcionaba el Hospital San Bernardo, el Hospital Dr. Arturo Oñativia y el Hospital Señor del Milagro; y en otros se aportó apoyo social, como por ejemplo el Voluntariado PAMI, en donde distintas personas se ofrecieron voluntariamente a llamar a los afiliados, para brindarles asesoramiento y apoyo.

Por otro lado, Dangelo et al. (2020) investigaron cómo afectó la medida de aislamiento a psicólogos de la provincia de Córdoba durante el periodo de la fase 1 del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, y concluyeron que los profesionales se vieron influenciados a nivel personal y laboral, pero detectaron distintos recursos que le permitieron sobrellevar esta fase.

En dicha investigación arribaron a la conclusión de que, a nivel personal, los psicólogos se vieron afectados en su dimensión biológica: “preponderantemente en alteración en el sueño, modificación en hábitos alimentarios (aumento o disminución del apetito) dolores corporales/contracturas musculares, dolor de cabeza y sensación de agotamiento, relacionado de igual manera con los antecedentes consultados” (Dangelo et al., 2020, p.293).

Mientras que en la dimensión psicológica analiza tres niveles de implicación: emocional, comunicacional y relacional; en el nivel emocional: “los sujetos manifestaron autopercepción miedo/ansiedad, llanto, tristeza, estado de ánimo decaído, angustia, inestabilidad emocional, enojo/ira” (Dangelo et al., 2020, p.293).

En el nivel de análisis de la dimensión comunicacional resaltó “la utilización de nuevas formas de comunicación, principalmente en los grupos etarios de mayor edad; sin

embargo, no hubo una relación directa con el aumento de la necesidad/ganas de comunicarse con otros.” (Dangelo et al., 2020 p.294).

Por último, a nivel relacional se develó que, por un lado, hubo nuevas formas de contacto e interacción (en grupos de mayor edad), y por el otro, se produjo un incremento en el contacto (grupos más jóvenes) (Dangelo et al., 2020).

Dangelo et al. (2020) destacaron que, en la dimensión social, los participantes percibieron los entornos sociales como colaborativos. Sin embargo, en la dimensión laboral, los psicólogos se vieron afectados a nivel económico, ya que la crisis sanitaria influyó en su quehacer e impactó directamente en sus ingresos o en la estabilidad económica de sus trabajos.

Además, la ASPO se constituyó como un periodo que requirió la adaptación de los profesionales de la salud mental a nuevos dispositivos virtuales para poder continuar ejerciendo su labor, junto con la redefinición del encuadre de trabajo; actividad que se vio dificultada debido a la resistencia de las obras sociales para reconocer inicialmente esta modalidad de prestación, sumado a la falta de adaptación de los dispositivos de la población general.

Los autores se centraron en los distintos recursos que utilizaron los psicólogos para poder sobrellevar la pandemia:

los recursos de autocuidados utilizados para afrontar los cambios generados a nivel laboral durante el aislamiento, resultó importante el disponer en la rutina diaria de momentos para la recreación y/o relajación, entre ellos, los destinados a la realización de actividad física y sostener contactos sociales; también realizar consultas con colegas, capacitaciones y sostener de manera virtual el espacio terapéutico propio. (Dangelo et al. 2020. p.295)

En este punto se considera crucial rescatar la publicación realizada por Sociedad Internacional de los Psicólogos (en adelante SIP) debido a que se propusieron construir una guía de recomendaciones que sirviera de orientación para toda la comunidad de las Américas. En dicho trabajo se incluyó la participación de especialistas, técnicos, gobiernos y ciudadanos (2020).

Esta guía recomienda que ante la aparición de síntomas psicológicos se debe tratar de identificar los pensamientos o ideas que causen malestar, y buscar su aceptación dando una respuesta adecuada a las emociones asociadas a ellos. Propone a su vez, y en la medida que sea posible, compartirlo con alguien de manera presencial o virtual.

Para lograr este resultado, plantean distintas estrategias como la regulación de emociones, el cuestionamiento de la situación que atemoriza por medio de la búsqueda de información calificada, ya que contrastar evidencia empírica y datos fiables es una estrategia útil para reevaluar nuestra percepción del riesgo y disminuir temores. Otras estrategias sugeridas son descentrar el foco de atención y buscar temas alternativos de conversación, incrementar el apoyo social, escribir o mantener un diario con sus pensamientos, realizar ejercicios, caminar, recuperar las habilidades, capacidades y destrezas con las cuales se afrontan situaciones similares en el pasado, y por último recurrir a un profesional; siendo la persona afectada la que define las estrategias y acciones a adoptar que considere más adecuadas para afrontar la situación que lo aqueja.

Además la SIP establece distintas líneas de acción para diferentes situaciones, como ser: cómo afrontar situaciones de cuarentena y de distanciamiento saludable; familia y cuarentena; como informarse adecuadamente; cómo actuar con los niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, personas afectadas por problemas de salud mental, con personas en situación de calle, con las personas en confinamiento carcelario; cómo enfrentar la crisis humanitaria de los refugiados, migrantes y desplazados; cómo orientarse en situaciones de duelo; cómo acompañar al personal de la salud y otras actividades esenciales; cómo orientarse frente a los abusos, la violencia intrafamiliar y la violencia de género, frente los consumos problemáticos, ante la desigualdad social y la discriminación; cómo adecuar las prácticas profesionales de atención psicológica; cómo colaborar profesionalmente con la situación problemática.

En el presente capítulo se abordó la concepción de psicoterapia con la cual se trabajó, como así también las distintas modalidades que se han ido implementado durante la emergencia sanitaria. Se realizó una conceptualización sobre el COVID-19, y un breve recorrido sobre las distintas etapas de administración del aislamiento. Por último, se abordaron las consecuencias psicológicas que emergieron a raíz de la pandemia por COVID-19.

CAPÍTULO III: Salud pública y pandemia

Salud pública a nivel internacional

En este capítulo se abordará de manera inductiva las políticas públicas, así como los distintos decretos y tratados fundamentales. Además, se buscará dilucidar el marco institucional de los hospitales de IV nivel de complejidad.

De esta manera se iniciará este capítulo con la concepción de políticas públicas. Este término es definido por Sagués (2013) de la siguiente manera:

Entendemos que las Políticas Públicas constituyen un marco que contiene las líneas de acción para desarrollar los objetivos de un Estado. Las mismas se modifican constantemente, teniendo en cuenta las poblaciones, sus problemáticas, los intereses de los Gobiernos, los momentos históricos (que a su vez involucran aspectos económicos, culturales y sociales) y los lugares donde ocurren. (p. 1).

Las maneras de llevar adelante políticas públicas implican resoluciones legales, tratados y declaraciones para poder pensar las líneas de acción y modos de ejecutar dichas políticas, por eso se considera indispensable incluir algunas de las más significativas.

En un panorama internacional, en 1978 se lleva a cabo la declaración de Alma Ata, con el objetivo de promover y proteger la salud de todos los pueblos. En la misma se declara y establece que: la salud es un derecho fundamental que requiere de la acción conjunta de los sectores sociales y económicos; el estado de salud de la población es un motivo de preocupación para todos los países; el desarrollo socioeconómico de los países debe basarse en un nuevo orden económico internacional que permita reducir, a nivel sanitario, la desigualdad entre los países desarrollados y en vía de desarrollo; la participación de los ciudadanos como derecho y deber en la planificación y aplicación de la atención de salud; los gobiernos tienen la obligación de velar por la salud de sus pueblos, para ellos deben adoptar medidas sanitarias y sociales adecuadas, como así también que la accesibilidad de la salud, dotación adecuada de medicamentos, medidas sobre las endemias, alimentación y nutrición, accesibilidad a agua potable y saneamiento de las mismas, asistencia materno infantil, planificación familiar y la función del estado como promotor de la salud (Declaración de Alma Ata, 1978).

Un aspecto a resaltar, es que la atención primaria de salud (APS en adelante) se establece como estrategia para garantizar la salud, fomentar la igualdad, promover y proteger la salud, y es definida como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. (Declaración de Alma Ata, 1987, p. 1)

APS implica una atención centrada en la salud, y no en la enfermedad, es decir, en la promoción y prevención de la salud, tratamiento y rehabilitación, va más allá de solo curar enfermedades. Junto a la intersectorialidad, implica la participación activa y el

compromiso de la sociedad, siendo protagonistas de su propio bienestar y la consecución de la salud.

Según Françoise Barten (2010), el derecho a la salud es más que sólo acceder a los servicios de salud, siendo necesario contemplar la participación activa de otros sectores más allá de este sistema, como ser el sector sociológico, economista, humanista, psicológico, ambientalista, entre otros. Es de esta forma que el autor concluye que la atención primaria de salud debería ser abordada de manera integral, permitiendo una mayor correlación entre el sistema de salud, la comunidad, el gobierno y los diferentes sectores que conforman la sociedad, apelando a un enfoque interdisciplinario que permita conducir a un accionar donde las prestaciones de salud no sean un fin, sino un medio.

La APS comienza a ponerse en práctica para lograr dichos objetivos, por medio de un enfoque interdisciplinario, consolidándose como una estrategia de organización para promover la salud, ya no se centra meramente en la actuación para revertir la enfermedad.

De igual manera, resulta importante destacar la Declaración del Milenio, llevada a cabo en Nueva York, en el año 2000. Dicha declaración es el resultado de una reunión de los jefes de estado y el gobierno. En la misma, se establecen una serie de objetivos que reafirman el compromiso de los países a favor del desarrollo mundial, a ser: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la universalidad de la enseñanza primaria; promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

A pesar de las metas planteadas en dicha declaración, y el avance obtenido en el área de la salud, “la mayoría de la población a nivel mundial sigue padeciendo o muriendo de enfermedades y problemas de salud relacionados con la pobreza. La desnutrición, problemas relacionados con la salud materna e infantil, las enfermedades infecciosas y, cada vez más, la violencia, constituyen las principales causas de mortalidad en países de bajos ingresos económicos.” (Françoise Barten, 2010).

Es importante considerar las problemáticas sociales y psicológicas, asociadas al contexto de cada lugar, no son meros elementos aislados, sino que afectan directamente a la salud, esto se debe a que las personas poseen una dimensión biológica, psicológica y social; dichos aspectos interactúan entre sí y se influyen mutuamente.

En el 2007, al ver que no se habían cumplido los objetivos establecidos en la declaración del Milenio, en la medida en la cual se habían planteado, el avance de la APS en el marco de un rápido desarrollo global, obligó a realizar una renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas.

En dicha declaración, se establece que:

Definimos un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema (...)

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que

garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (p. 21)

De esta manera, la renovación de la APS implica una modificación, una transformación del sistema sanitario, para ello se requiere un marco legal, institucional, de recursos humanos, financieros y tecnológico sostenible; que incluye los sectores públicos, privados y sin fines de lucro. Esto permite alcanzar resultados equitativos a costos más bajos de atención y satisfacción más alta del usuario.

APS se presenta como una estrategia compleja que parte de valores, principios y elementos. Los valores que presenta son: derecho a mayor nivel de salud, equidad (ausencia de desigualdades en el estado de salud, en el trato que se recibe y la accesibilidad a la atención) y solidaridad (trabajo en conjunto para obtener un bien común).

Los principios “proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud” (Declaración de las Américas sobre La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2007, p. 23).

Estos son: dar respuesta a las necesidades de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y reducción de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, la participación e intersectorialidad.

Para poder implementar APS hay que tener en cuenta los elementos estructurales y funcionales que constituyen a los sistemas de salud basados en APS, los mismos son: cobertura y acceso universal, primer contacto, atención integral, integrada y continua, orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y la prevención, cuidados apropiados, marco político, legal e institucional sólido; políticas y programas pro-equidad, organización y gestión óptimas, recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles, acción intersectorial (Renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas, 2007).

De esta manera la APS se constituye como una estrategia de acción, es la puerta de entrada de los pacientes y las familias, de detección de enfermedad, de prevención y promoción de la salud; es también la planificación y acción. No solo se trabaja con APS en el primer nivel, sino que esta estrategia es transversal a todos los niveles de atención, los cuales se desarrollarán más adelante (Renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas, 2007).

Hasta aquí se ha realizado una síntesis de las declaraciones más importantes a nivel internacional y se procederá a desarrollar las modificaciones del sistema de salud argentino.

Salud pública en Argentina

Para los fines de esta investigación resultó relevante realizar un breve recorrido acerca de las políticas públicas de salud en Argentina, que se encuentran atravesadas por aspectos globales, pero tiene su particularidad política, económica, social y cultural.

Siguiendo a Acuña y Chudnovsky (2002) la evolución histórica del sistema de salud en Argentina puede dividirse en cuatro periodos. El primero es el modelo “descentralizado anárquico”; este periodo se caracteriza por considerar a la salud como una cuestión de responsabilidad individual, el Estado tenía un alcance limitado ya que solo se ocupaba de la higiene pública, casos de epidemias, salud en la fronteras y contagios imprevistos. Este periodo se extendió hasta 1945.

La segunda etapa planteada por los autores es “Modelo centralizado”; la misma inicia en 1945 hasta 1955, junto con el peronismo. Se produce una ruptura paradigmática, la salud comienza a considerarse como responsabilidad del estado, por lo que se ordenó la creación de nuevos hospitales públicos y de centros ambulatorios, además de la formación y capacitación del personal de salud. Con la creación de sindicatos, comienzan a establecerse las bases para las obras sociales.

El tercer momento mencionado por los autores, la descentralización del sistema, comienza con el derrocamiento de Perón en 1955 y se extiende hasta 1978. En este periodo el nuevo gobierno realizó una serie de cambios, delegando a las provincias y municipios las responsabilidades del sistema de salud, cobrando especial importancia las obras sociales. No existía un criterio unificado sobre la atención médica, cada obra social establece sus estrategias de prestación. El rol del estado vuelve a ser subsidiario, las políticas públicas de salud son definidas según el criterio local.

Los autores plantean como última etapa la “descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo” desde 1978 en adelante. En esta etapa continúa la descentralización que se había iniciado durante el gobierno anterior.

En resumen, Acuña y Chudnovsky (2002) plantean que la evolución en el sector de salud sigue las siguientes tres lógicas: el primer momento donde se comienza a establecer el sistema de salud con el objetivo de prevenir enfermedades y plagas, es un sistema disperso que luego exige articulación; un momento de gran concentración del estado, con una importante expansión de la atención médica, acompañado del surgimiento de las obras sociales; como última instancia, el proceso de descentralización del Estado hacia las provincias provoca un deterioro en el sistema de salud.

Durante la década del noventa, ya bajo un mandato democrático, continúa el proceso de descentralización. Las reformas en políticas públicas se denominaron “Reformas de Segunda Generación”, siendo sus actores principales el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

En el marco de estas políticas surgen dos situaciones; por un lado, una profundización de la descentralización hospitalaria, que consistía en la transferencia de los Hospitales Nacionales a las provincias y, además, en la creación de Hospitales Públicos de Autogestión (en adelante HPA). La segunda situación, la privatización de servicios.

Los HPA tienen la capacidad de recaudar recursos de fuentes alternativas, debido a que cuenta con la potestad del cobro a los usuarios afiliados de Obras Sociales que recurren al servicio en el subsistema público.

En 1999, con el cambio de Gobierno, los HPA fueron reemplazados por los Hospitales de Gestión Descentralizada, los cuales contaban con la misma capacidad de cobro que los HPA.

Cabe destacar que, a lo largo de la historia, existió una perpetua disputa entre las obras sociales, con sus subsistemas, y el estado. Es debido a la constante demanda por parte de los sindicatos que los gobiernos se han visto obligados a flexibilizar el control sobre las obras sociales.

Actualmente, el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores: el sector público, de las obras sociales, y el sector privado. Los factores que diferencian estos sectores son la población a la que están dirigidos, los servicios brindados, y los recursos a su disposición.

En el caso de los Hospitales de Gestión Descentralizada, en Salta Capital, en avenida José Tobías 69, se encuentra el Hospital San Bernardo, creado en 1960 y transformado en 1999 en Hospital Público, descentralizado de Autogestión con una complejidad de nivel IV. En este transcurso de tiempo, el Hospital fue creciendo y mejorando su oferta de servicios de salud (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

Dicha complejidad remite a que el hospital tiene la capacidad de resolver casi todos los problemas de salud, y es referente de una zona sanitaria. El hospital San Bernardo cuenta con una amplia oferta de servicios, como ser: anatomía patológica, cardiovascular, cirugía vascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía plástica y quemados, clínica médica, dermatología, endoscopia, diagnóstico por imágenes, fonoaudiología, ginecología, hematología, hemoterapia, laboratorio, nutrición, neurología, oncología, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, rehabilitación, traumatología, urología, terapia intensiva (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021b).

Además, en los servicios de Promoción de salud y Prevención de enfermedades, se encuentra el Programa Comunitario y el Programa Ambiental (Boletín N° 18143, 2009). En los mismos se busca contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, fomentar acciones de cuidado y prevenir situaciones de riesgo. Respecto al programa Comunitario, ha estado en funcionamiento desde 2016 y su objetivo principal es facilitar el acceso a servicios integrales de salud, a través de la implementación de estrategias de prevención, promoción y atención, que fomenten la cooperación entre los distintos actores del ámbito de la salud (Secretaría de Prensa y Comunicación, 2020). Al enfocarse en prevención y promoción de la salud, estos Programas buscan brindar el mayor nivel posible de salud. En relación a la pandemia por COVID-19, han jugado un rol esencial en la atención y en la asistencia tanto de sus pacientes, como de los profesionales y trabajadores del ámbito hospitalario. Es así que se reconoce el esfuerzo de los profesionales de estos Programas por mantener la atención a la comunidad aún en tiempos de crisis. De este modo, los Programas Comunitario y Ambiental son considerados importantes, pudiéndose considerar objetos de una investigación en sí misma.

Asimismo, el Hospital San Bernardo, cuenta con 14 residencias médicas para equipos de salud y concurrencias en otros servicios, tratándose de un hospital escuela, además posee su propio Comité de Bioética y Comité de asesoramiento de investigación y docencia (CADI) (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021d).

La población de influencia correspondiente al H. P. G. D. San Bernardo, abarca los 23 departamentos de la provincia, con una extensión de 155.458 Km² y una población según los últimos datos del INDEC, Censo 2010, de 1.215.207 habitantes, de los cuales el 55 % se encuentra en la Capital (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

Además, al Hospital concurren personas provenientes de provincias y países vecinos (como ser Bolivia, Chile y Paraguay) (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

El Hospital San Bernardo atiende un promedio de 1000 pacientes por día, de los cuales alrededor de 700 se asisten entre consultorio externo y prácticas, y unos 300 ingresan a través del servicio de guardia de emergencia. El nosocomio cuenta con 405 camas para internados (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

Cabe aclarar que en el Hospital San Bernardo no se atienden a pacientes menores de 15 años, ni se realizan partos programados (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a), ya que en la ciudad de Salta se cuenta además con el Hospital Público Materno Infantil, especializado en dicha demanda.

Al igual que el hospital San Bernardo, el Hospital Dr. Arturo Oñativia, también es un Hospitales de Gestión Descentralizada, fue creado en 1956 denominado como Instituto del Bocio cuyo propósito fue el estudio de la endemia bociosa, funcionando en un primer momento en el Hospital San Bernardo. No fue hasta 1958, que se inauguró oficialmente y se nombró como Dr. Arturo Oñativia y posteriormente se lo recategoriza como Instituto de Endocrinología (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

En 1985 se lo denomina como Hospital de Endocrinología y Metabolismo Dr. Arturo Oñativia. En 1993 se estableció como Hospital Público de Autogestión y en el 2000, como Hospital Público de Gestión Descentralizada (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

A partir de esa fecha el hospital siguió creciendo y expandiendo sus áreas de atención, formación y especialización, actualmente, se encuentra ubicado en calle Paz Chaín N° 30.

El hospital cuenta con residencias de endocrinología, nefrología y nutrición clínica (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a); como así también con programas y servicios de apoyo, como ser los comités de Investigación y Docencia; de Historias Clínicas; de Seguimiento de Cáncer de Tiroides; de Bioética y de Tumores (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

Presenta una extensa carta de servicios brindados por consultorios externos; pruebas diagnósticas; internación programada, programas y servicios de apoyo; servicios de internación, servicios de prevención y de control (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

Se considera importante recalcar el marco institucional en el que se desarrolló la investigación que cuenta con determinadas lógicas institucionales que harán posible la misma, como ser la autorización y supervisión de los jefes de los servicios de Salud Mental, como así también del Comité Asesor de Docencia e investigación (CADI), integrado por profesionales que conforman un equipo interdisciplinario en los hospitales.

El objetivo del sistema de salud es producir un mejor estado de salud para el individuo y para la comunidad. Para cumplir con dicho objetivo, este sistema brinda una variedad de servicios, acorde a las necesidades (Yalla, 2007).

Los servicios de salud tienen distintos niveles de atención. los niveles, son las formas en las cuales se organizan los recursos (Vignolo 2011)

Según Salud en las Américas (2007) Para determinar el nivel de atención se tiene en cuenta: el tipo de servicio prestado, grado de complejidad y la capacidad para tratar diversos problemas y enfermedades (p. 366), además de la infraestructura necesaria para poder satisfacer la necesidad y la demanda.

Los niveles de atención son:

Nivel IV: se encuentra representado por hospitales de alta complejidad, permiten resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población. Sirve de referencia a una región sanitaria y, en ciertos casos a toda la jurisdicción provincial o extra provincial (Yalla, 2007).

En el caso de la provincia de Salta, los hospitales de nivel IV son el Hospital Señor del Milagro, el Hospital San Bernardo, Hospital Público Materno Infantil, Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Dr. Joaquin Castellano (Gral. Güemes), Hospital Dr. Juan Domingo Perón (Tartagal), Hospital San Vicente de Paul (Orán) (Dirección General De Coordinación Epidemiológica, 2019).

Por otra parte, nivel III comprende hospitales que sirven de referencia a otras áreas vecinas, disponen de atención ambulatoria y de internación especializada, considerados de mediana complejidad ya que cuentan con especialidades básicas, a ser odontología, bioquímica, radiología, farmacia, hemoterapia, anestesiología, quirófanos con resolución de especialidades traumatológicas y quirúrgicas de bajo y mediano riesgo (Yalla, 2007).

Dentro del nivel II se encuentran hospitales con atención ambulatoria en consultorios externos, emergencias e internación no diferenciada; cuentan con odontología, radiología y laboratorio. (Yalla, 2007).

El nivel I corresponde a servicios de atención ambulatoria únicamente, diferenciados en:

Centros de salud: brindan atención de profesionales médicos y enfermeros residentes en la localidad; también pueden ofrecer otros servicios de salud como odontología, laboratorio, radiografías, entre otros (Yalla, 2007).

Puestos sanitarios: atendidos por personal de enfermería residentes en la localidad. La atención médica es programada (Yalla, 2007).

En dichos puestos, la atención es de baja complejidad, funcionan en escuelas, centros vecinales u otros establecimientos de zonas rurales, los profesionales se trasladan de forma periódica para atender población de difícil acceso (Plan Quinquenal, 2011).

A continuación, se desarrollarán los hospitales de IV nivel de atención restantes de Salta Capital:

En primer lugar, se describirá al Hospital Señor del Milagro de nivel IV, ubicado en Avenida Sarmiento 557, Salta Capital. Fue inaugurado el 14 de abril de 1895, se especializa en la asistencia a personas con enfermedades infectocontagiosas. Es un hospital de gestión pública, dependiente del Ministerio de Salud Pública de Salta (Resolución N°43 D, 2011).

El hospital cuenta con una amplia carta de servicios de los cuales brinda atención por consultorios externos, servicio de diagnóstico y tratamiento, servicio de internación y servicio de geriatría. Además, posee un Comité Asesor de Docencia e Investigación, Comité de Bioética, Comité de Infecciones, Comité de Historias Clínicas y Comités de Farmacia (Resolución N°43 D, 2011).

En el siguiente lugar, el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, que se encuentra ubicado en Avenida Ricchieri 123, en la ciudad de Salta Capital.

La finalidad del mismo es detectar, prevenir y tratar de enfermedades mentales; asegurar la recuperación y rehabilitación de la salud mental de sus usuarios; promover la reinserción de los pacientes a su medio social y familiar; garantizar calidad en los servicios a través de la mejora continua; realizar actividades de docencia para capacitar continuamente al personal (Resolución N°11 D, 2015).

A su vez, contribuye a la formación de pregrado y posgrado de distintas carreras afines a la salud como ser Psiquiatría a través de residencias. Ofrece diversos servicios a nivel ambulatorio, de internación y rehabilitación y reinserción social (Resolución N°11 D, 2015).

Por último, el Hospital Público Materno Infantil se encuentra en la avenida Sarmiento al 1301, Salta Capital.

La principal misión de dicha institución es: brindar asistencia integral a todas las mujeres que lo requieran antes, durante y después del embarazo, en el parto y puerperio, como así también, a niños desde su nacimiento y adolescentes. (Área Operativa Norte, 2022 a)

Es un hospital público que presenta una amplia carta de servicios, además de ser un hospital escuela, que busca formar profesionales de todo el país.

Destacar los niveles de complejidad que tienen los hospitales de IV nivel de atención permite conocer la institución, y comprender la importancia que tienen dentro de la sociedad, además del alcance de las mismas.

En este capítulo se realizó, a grandes rasgos, un recorrido conceptual sobre las distintas políticas públicas, a nivel nacional e internacional que influyen y han influido en la cosmovisión, atención y servicio de la salud.

Metodología

Nivel y tipo

El enfoque de la investigación es de tipo cualitativo. Permitió conocer la realidad de los participantes en sus contextos, las formas que tienen de relacionarse y desenvolverse en el medio. A su vez, facilitó la exploración de los fenómenos en profundidad, es decir que no se fundamenta en una valoración numérica o estadística.

En la recolección de datos se buscó obtener descripciones profundas, detalladas de las concepciones, perspectivas y vivencias de los participantes, extrayendo significado a través de la interacción de los datos.

Dicha investigación no parte de una hipótesis ya planteada, sino que se fue construyendo durante el proceso y desarrollo de la investigación.

Con respecto al nivel, esta investigación es descriptiva. El objetivo general fue conocer las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

De esta manera, se buscó describir de manera rigurosa y en profundidad la concepción, imagen y valoración de los profesionales de salud mental sobre la atención psicoterapéutica.

Diseño de la investigación

El abordaje general que se utilizó en esta investigación fue el diseño fenomenológico. Esta investigación permitió el desarrollo de teoría a nivel conceptual sobre las Representaciones Sociales de los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual, a partir de una situación, experiencia y contexto particular.

Se buscó identificar los significados de los participantes que constituyeron la Representación Social y permitieron la construcción de una teoría con alcance local.

Definición de conceptos claves

Representaciones Sociales

teorías o formas de pensamientos de sentido común, socialmente elaboradas y compartidas, que les permiten a los individuos interpretar y entender su realidad y orientar y justificar los comportamientos de los grupos. Son construidas en los procesos de interacción y comunicación social, en las conversaciones de la vida diurna y al mismo tiempo guían y dan forma a esos procesos de intercambio y comunicación. Los medios de comunicación de masas juegan un papel clave en la construcción, modificación y reforzamiento de las representaciones sociales. (León, 2002, p.369)

Psicoterapia

Contemplando lo establecido por Rodríguez-Ceberio M. (2008), la psicoterapia es la relación de dos o más personas, en la que una consulta a otra, idónea y capacitada en el ámbito de la salud mental, con el objetivo de solucionar su problema. La persona capacitada es llamada terapeuta y quien consulta, paciente.

Además, Rodríguez-Ceberio, reconoce diferentes modalidades terapéuticas, siendo estas, individual, de pareja, familiar o de grupo

En esta investigación se considera a la psicoterapia como un proceso complejo, en el que interactúan el paciente y el terapeuta, pudiendo intervenir otros especialistas para una mejor comprensión de la situación atravesada. Entendiendo, a su vez, al contexto como un factor influyente en la atención psicoterapéutica.

El trabajo terapéutico implica el establecimiento de un plan, de objetivos y la forma de conseguirlos. En el mismo influyen los aspectos personales como sociales.

Modalidad de atención psicoterapéutica

En esta investigación, la modalidad de atención psicoterapéutica se considera como la forma en la cual los psicoterapeutas ejercen su rol.

Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio

Fase de la cuarentena que entró en vigencia en Argentina, el 20 de marzo de 2020. En la misma, se establece que los ciudadanos debían permanecer en la residencia en la que se encontrasen, cuya circulación se encontraba limitada a desplazamientos mínimos para aprovisionarse; quedando exceptuadas las personas cuyos trabajos fueran considerados esenciales dentro del marco de emergencia (Decreto 297/2020).

Contexto y periodo

La investigación se llevó a cabo en los servicios de Salud Mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta, es decir en el Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, tomando como participantes a los psicólogos y psiquiatras que hayan desempeñado su actividad durante el periodo 2020-2023 en dicho servicio.

Estos programas presentan como función brindar atención psiquiátrica y/o psicológica a la comunidad. Para ello cuenta con tres dispositivos: consultorios ambulatorios, salas de internación y servicios de guardia.

La investigación fue llevada a cabo en el año 2023, el foco estuvo puesto en el marco de inicio de la pandemia, es decir en el año 2020, en el cual se encontraba vigente el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, tiempo en el que se presentaron muchos cambios repentinos en la modalidad psicoterapéutica, y la concepción que los especialistas tenían de la misma. De esta manera, permitió conocer las modificaciones de las funciones dentro del servicio de Salud Mental, las representaciones sociales de los

profesionales acerca de las modalidades de atención psicoterapéuticas, y su influencia en la práctica actual.

Participantes

La población seleccionada para esta investigación fueron los profesionales de los servicios de Salud Mental que se desempeñan en las siguientes instituciones: Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

La elección de llevar a cabo esta investigación en las instituciones mencionadas se basó en su alto nivel de complejidad, calificado como nivel IV, lo que las convierte en centros de referencia para la atención, diagnóstico, tratamiento y apoyo a las personas afectadas por el virus. Y, a pesar de que cada hospital cuenta con diversas áreas, servicios y programas atendidos por profesionales de la salud mental, esta investigación se centra en los servicios de Salud Mental debido a su enfoque en la atención psicoterapéutica individual.

Se trabajó con una muestra de 18 expertos, dado que se buscó conocer la opinión de profesionales expertos, en este caso, los psicólogos y psiquiatras de los servicios de Salud Mental del Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro y Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Profesionales que hayan desarrollado sus actividades en los servicios de Salud Mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de Salta Capital, durante los años 2020-2023 y hayan manifestado su voluntad de participar en la entrevista.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos de la muestra aquellos profesionales que no aceptaron participar, no se hayan desempeñado en los servicios de Salud Mental y que se hayan exceptuado de su labor durante el periodo de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio.

El proceso de selección de los participantes de la muestra sujeto experto se realizó una vez que obtenidas las autorizaciones institucionales pertinentes. Se entrevistó a los profesionales de manera aleatoria, hasta saturar las categorías.

Instrumentos de recolección de información

Para llevar a cabo esta investigación se procedió a trabajar con entrevistas semidirigidas, todas fueron realizadas de manera presencial.

En este caso, la entrevista semiestructurada fue un instrumento de suma utilidad ya que permitió disponer de una guía de preguntas, pero a la vez, dio la posibilidad de introducir preguntas adicionales al considerarlas oportunas, facilitando la obtención de información de manera precisa.

Por otra parte, se realizó una revisión de documentos institucionales y archivos públicos para conocer el contexto institucional. Sin embargo, hubo dificultad para acceder a documentos que establecieran los protocolos de actuación durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Los pocos documentos institucionales a los que se pudo acceder no resultaron pertinentes para los objetivos de la investigación.

Además, en la realización de esta investigación se llevó a cabo una observación cualitativa, lo que permitió mantener un papel activo y reflexivo, prestando atención a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

Finalmente, se trabajó con bitácora de campo, en la cual se registraron datos las entrevistas e información relevante.

Procedimiento de recolección de datos:

Al momento de llevar a cabo la investigación se tuvo en cuenta una serie de acciones; inicialmente se procedió a firmar la documentación necesaria para poder iniciar la investigación, que permitió la inmersión inicial en los servicios de Salud Mental del Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

Posteriormente, se estableció contacto con los profesionales que cumplían los criterios requeridos, a los cuales se les realizó entrevistas semidirigidas; para facilitar dicho contacto se contó con los jefes de los servicios de Salud Mental de los hospitales. Se buscó entrevistar mínimamente a tres profesionales por programa, aunque hubo servicios donde se encontraron mayor número de profesionales con la intención de participar, por lo que fueron incluidos en el muestreo. Es así que se llegó a la totalidad de 18 participantes. De esta manera fueron tomados registros de la información que resultó relevante, que luego fue revisada, analizada y categorizada.

Luego de realizadas estas acciones, se procedió a efectuar la coreografía de análisis de datos.

Coreografía de análisis de datos

Se comenzó a trabajar sobre la información obtenida durante la investigación. Para la estructuración de datos, en primer lugar, se procedió a revisar nuevamente el material, para posteriormente transcribir las entrevistas, realizando su relectura.

Se organizó la información recabada en las entrevistas, mediante cuadros de análisis, en un primer momento de cada hospital, con sus respectivos participantes, y posteriormente se realizó la unificación de dicha información. Esto permitió un análisis más comprensivo de los datos.

En el paso siguiente se codificaron las unidades de análisis, en las cuales se tuvieron en cuenta a los participantes, su perspectiva sobre la psicoterapia, como así también sus conceptualizaciones, imágenes y valoraciones sobre las modalidades de atención psicoterapéuticas, sus nociones respecto a las modificaciones en sus funciones diarias a raíz de la pandemia, y la concepción de los cambios actualmente sostenidos en los servicios (primer nivel de la codificación), y su comparación (segundo nivel de la codificación), lo que implicó revisar nuevamente el material disponible y eliminar lo que se consideró redundante e irrelevante.

Para el primer nivel de codificación fue necesario identificar las unidades de significado, sometidas a una comparación constante durante todo el proceso de análisis con otros segmentos, creando de esta manera las categorías, a las cuales se les asignó un código. Las categorías son centrales (siendo estas Idea, Imagen y Valoración de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el ASPO, como así también la incidencia en la práctica actual), y secundarias al planteamiento de problema (esperadas al referir al COVID-19, a la situación de emergencia, a la Atención Primaria de Salud; e inesperadas como ser cambios culturales y relacionales).

En el segundo nivel, se interpretó el significado de cada categoría obtenida en el primer nivel, y se compararon entre sí. Esta comparación se realizó entre los distintos significados y segmentos que se obtuvieron y produjeron, estableciendo similitudes y diferencias entre ambas. El objetivo de esta etapa del análisis fue la integración de las categorías en temas y subtemas, y posteriormente se realizó su codificación.

Es necesario destacar la importancia del proceso de codificación, ya que la organización de los temas que se obtuvieron resultó en los cimientos de la conclusión de la investigación.

Luego del proceso de codificación, se procedió a describir las categorías, analizando sus significados en función de los aportes de los participantes. En ese sentido, se definió la frecuencia de aparición y los nexos que los vinculan.

Se recurrió a mapas conceptuales y a cuadros comparativos que permitieron visualizar de manera más rápida las vinculaciones existentes.

Posteriormente, se interpretaron los resultados y se procedió con la triangulación de datos entre las experiencias de los participantes y la teoría recabada con anterioridad.

Para finalizar, se confeccionaron conclusiones pertinentes respecto a los objetivos planteados, en base a los datos conseguidos, respondiendo a la pregunta de investigación.

Dependencia, credibilidad, transferencia y confirmabilidad

Se buscó aumentar la dependencia a través de la demostración de la información obtenida, cruzando los datos recolectados por medio de entrevistas semidirigidas.

Se procuró que la aplicación del diseño fenomenológico, como método empleado para la ejecución de esta investigación, fuera coherente en todo momento y desarrollado de la mejor manera posible.

Por otra parte, se evitó que los prejuicios y creencias personales de la investigadora afectasen la recolección de datos, sistematización e interpretación de la información; no se realizaron conclusiones antes de que el análisis de la información hubiese concluido; y se consideró toda la información recolectada, sin exclusión de ningún dato relevante.

Para incrementar la credibilidad, se evitaron que los sesgos de la investigadora afecten las interpretaciones y conclusiones, teniendo en cuenta las influencias que los participantes susciten en la investigadora, intentando captar y comprender fielmente lo que los entrevistados quisieron transmitir, sin omisiones de datos de valor, realizando descripciones minuciosas, claras y comprensibles.

En cuanto a la transferencia, debe tenerse en cuenta que la investigación realizada se llevó a cabo en los Hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta, siendo estos el Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, el Hospital Público Materno Infantil y el Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone; en un contexto, la Ciudad de Salta, en el año 2023; y con una población particular, profesionales de los Servicios de Salud Mental. La misma aportó información sobre las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de los servicios de Salud Mental los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta, acerca de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Con respecto a la confirmabilidad, como ya fue mencionado, se buscó minimizar los sesgos de la investigadora, y se realizó una triangulación de la información.

Finalmente, es importante aclarar que, para la realización de esta investigación, se trabajó con la supervisión de la directora de tesis, quien se encargó de revisar cada etapa de la misma, en cuanto contenido y forma, veracidad, dependencia, credibilidad y confiabilidad.

Análisis

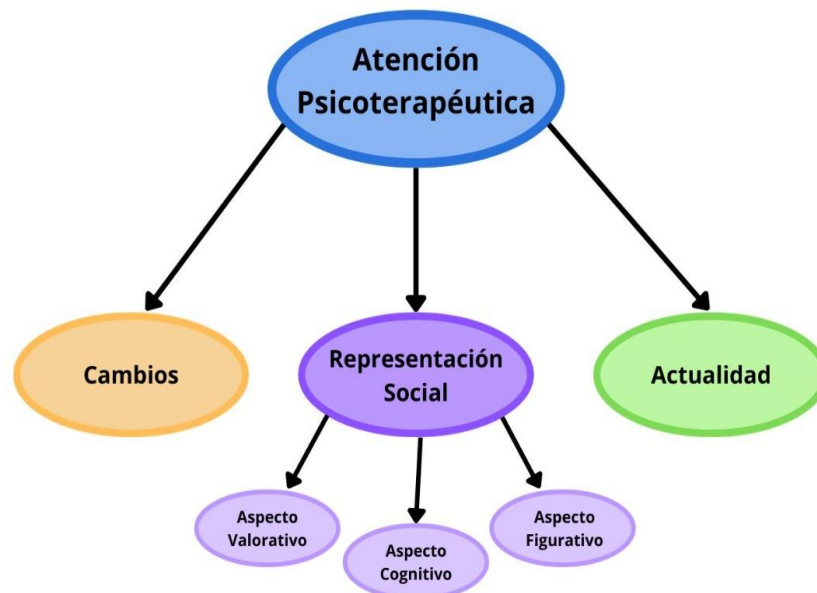
Para llevar a cabo esta investigación se entrevistó a 18 profesionales del ámbito de la Salud Mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de Salta Capital, de los cuales 15 son psicólogos y tres son psiquiatras.

Los hospitales son: Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone.

Este tipo de instituciones se caracterizan por ser hospitales de alta complejidad, capaces de abordar una amplia gama de problemas de salud de la población. Además, cumplen la función de servir como centro de referencia para una región sanitaria, e incluso, en algunos casos, para una jurisdicción provincial o extra provincial (Yalla, 2007).

Las categorías analizadas son: cambios en la salud mental a partir de la pandemia, las modificaciones que se mantienen, y atención psicoterapéutica y sus representaciones sociales

A continuación, se presentará un mapa conceptual sobre las categorías analizadas. Las cuales se desarrollan posteriormente.



Cambios en la salud mental a partir de la pandemia.

En este apartado se desarrollan las modificaciones que se producen en los diferentes servicios, programas o sectores de Salud Mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la Ciudad de Salta.

Todos los participantes poseen antigüedad mayor a tres años en sus respectivos puestos, siendo sus funciones de desempeño como psicólogos, psiquiatras y jefes de servicio en consultorio externo, interconsultas en salas y guardias. Algunos de los profesionales son responsables de la jefatura de servicio, asistencial, docencia para RISAM, funciones administrativas, organización de recursos, integrantes del CADI.

De estos profesionales, el 94% afirma que la atención previa a la pandemia era netamente presencial. Mientas que el 6%, indicó que hubo urgencias que ingresaban por servicio de emergencia mediante llamadas telefónicas de pacientes que habían sido previamente atendidos, y que debido a ello poseían el número de contacto.

Todos los profesionales concluyeron que sus tareas diarias fueron modificadas durante el período del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

Según los profesionales estas modificaciones partieron de:

“Tuvimos un eje ordenador desde gerencia para el hospital, como para cada servicio, de cómo iba a proseguir (...) desde cada servicio nos organizamos cuando tenemos que venir, cuantos, conseguimos los contactos de los pacientes y lo llamábamos.” (Participante 1, 2023)

“comenzar a evaluar nuestra profesión, (...) nuestra población hospitalaria, la oferta nuestra y decir que podemos sostener y de qué modo lo podemos hacer, y también teniendo en cuenta que dentro de una institución (...) donde teníamos ciertas bajadas” (Participante, 2023)

“Estamos en mucha conexión con lo que estaba pasando en Buenos Aires (...) nuestros (...) psicoanalistas referentes nos decían (...) estamos haciendo videollamadas, estamos haciendo atención remota. (...) aprovechamos (...) para ir tomando todos esos consejos y aplicarlos a Salta (...) apenas se fueron abriendo los canales de comunicación, rápidamente dijimos, atendemos por teléfono, yo traigo ese teléfono que me sobra de mi casa, y no esperamos (...) que el gerente decreta, simplemente pusimos los teléfonos y le llamamos a los pacientes. Fue más rápido (...) el Ministerio de Salud (...) realizaban cursos para capacitarnos cómo atender” (Participante 15, 2023)

“Había lineamientos ministeriales, acá en el hospital seguimos los lineamientos de la comisión especial que se había armado por la pandemia, el COE.” (Participante 4, 2023)

De esta manera, los profesionales indicaron que los lineamientos establecidos de cómo continuar con la atención durante la pandemia provinieron de cada institución, del Ministerio de salud y del ingenio de los profesionales, lo que implicó crear para adoptar y continuar con la atención psicoterapéutica, adaptada a las necesidades de los pacientes.

Esto lleva a esbozar el papel que ocupó el Estado. En la Declaración de Alma Ata, se plantea que la salud es un derecho fundamental que requiere la colaboración de diversos sectores sociales y económicos. Se resalta el hecho de que los gobiernos tienen la responsabilidad de proteger y promover la salud de sus ciudadanos, lo que implica la implementación de medidas sanitarias y sociales apropiadas, garantizando el acceso a servicios de salud, la provisión adecuada de medicamentos, la gestión de enfermedades endémicas con el énfasis del Estado como promotor de la salud (Declaración de Alma Ata, 1978).

Para cumplir con este rol, el Estado tomó distintas medidas para prevenir la propagación del virus SARS-COV2, para proteger y promover la salud.

El Ministerio de Salud Pública de Salta confeccionó y publicó un documento respecto al cuidado del paciente y la elaboración de un plan de contingencia en el cual se establece como uno de los objetivos “Brindar a los servicios de salud una herramienta que les permita elaborar sus propios planes de contingencia, tendientes a preparar sus servicios, ante la amenaza de introducción del virus en nuestro territorio” (2020, p.4)

Es necesario aclarar que, si bien existieron pautas generales de atención dentro del Ministerio de Salud Pública, que apuntaban al cuidado del personal y de los pacientes, la Secretaría de Salud Mental no tenía un modelo específico de actuación, por lo que cada institución desarrolló un protocolo teniendo en cuenta esas directrices y su realidad institucional, es decir, su disposición de recursos físicos, económicos, humanos y edificios, como así también la población a quienes está destinado el servicio. Esto muestra una comprensión de la importancia de considerar las características únicas de cada institución en la implementación de medidas relacionadas con el COVID-19.

Estas pautas provenían del Ministerio de Salud de Nación y del Comité de Operaciones de Emergencia (COE en adelante).

El COE es “el grupo humano de coordinación en todas las acciones asignadas al sector de salud para prevenir o reducir los efectos directos o indirectos; antes, durante y después de una emergencia o desastre.” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2006, p.3)

En la provincia de Salta, a partir del Decreto 250/2020, se establece en su artículo 2, la creación de “un Comité Operativo de Emergencia para atender la problemática vinculada a la prevención, asistencia y control del estado de emergencia sanitaria” (2020). El mismo se encuentra integrado por representantes de instituciones públicas y privadas, siendo estas:

Ministerio de Salud Pública de Salta, ACLISASA, Colegio de Médicos de la Provincia, Clínicas Privadas, Hospital Militar, Asociación Bioquímica de Salta, SAMEC, Círculo Médico de Salta, Instituto Provincial de Salud de Salta (IPS), OSDE, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP - PAMI), Hospital Señor del Milagro. Dicho Comité estará presidido por la titular de esta Cartera de Estado. (Ministerio de Salud Pública de Salta, 2020, Artículo 1)

Estas entidades fueron dando lineamientos generales sobre cómo actuar y proceder durante la pandemia por COVID- 19, los cuales fueron tomados y adecuados por cada hospital, lo que llevó a que se produjeran modificaciones en las funciones de los profesionales, en ese caso, en los servicios de salud mental.

En palabras de los participantes, estas modificaciones consistieron en:

“La atención era bimodal, se atendió virtualmente y también presencial. Virtual con pacientes con COVID. Se buscaba que la persona esté sola, sin interrupciones, sin grabar. Con otras patologías, íbamos con todo el equipamiento que ofrece el hospital. Se alojaba al paciente de acuerdo a la particularidad del caso, videollamada, llamada o presencial.” (Participante 5, 2023)

“En guardia se atendió algunos casos de manera presencial, pero con el equipo completado, delantal, barbijo, cofia, protección de ojos y pies. En el caso de los pacientes con COVID, los atendemos por videollamada.” (Participante 3, 2023)

“En casos de urgencia y en los que los pacientes no tenían celular, atendemos presencial.” (Participante 3, 2023)

El uso de la atención tanto virtual como presencial, permitió atender a los pacientes de manera segura. En el caso de pacientes con COVID-19, se priorizó la atención virtual para evitar contagios. Para aquellos que solicitaban atención sin síntomas de COVID, se contó con el equipamiento necesario para brindar atención presencial en el hospital. Además, se tuvo en cuenta la particularidad de cada caso y se ofrecieron opciones de comunicación como videollamadas, llamadas telefónicas o atención presencial según las necesidades individuales.

Otra modificación que se implementó, específicamente para los psiquiatras, fue la posibilidad de realizar recetas digitales. lo que permitió una mayor accesibilidad ya que los pacientes podían acceder a su medicación sin la necesidad de trasladarse, ni exponerse a ellos u a otras personas.

De esta manera, la asistencia sanitaria fundamental se encontró apoyada en métodos y tecnologías prácticas, respaldados científicamente y aceptados por la sociedad, disponible para todos los miembros de la comunidad (Declaración de Alma Ata, 1987, p. 1).

Estas modificaciones, en la manera en la cual se brindó la atención psicológica, se encuentran íntimamente relacionada con el elemento de accesibilidad de APS. El mismo garantiza que todos tengan igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud basándose en la equidad y la eliminación de barreras en la atención, siendo en este caso la principal barrera el aislamiento (Renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas, 2007).

En lo que respecta a la accesibilidad, se clasificaron las barreras de acceso en cuatro categorías distintas. En primer lugar, se identificaron las barreras geográficas, que surgían cuando la población tenía dificultades para acceder a los servicios debido a factores relacionados con la ubicación geográfica, ya sea por obstáculos naturales, como accidentes geográficos, o por barreras creadas por la intervención humana, como la presencia de autopistas u otros obstáculos físicos. En segundo lugar, se mencionaron las barreras económicas, que se manifestaban cuando las personas no podían acceder a los servicios debido a limitaciones financieras, lo que incluía la falta de recursos para el transporte o para adquirir medicamentos y tratamientos. En tercer lugar, se destacaron las barreras administrativas, que se relacionaban con las dificultades derivadas de la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, como los horarios de atención y la disponibilidad de turnos. Finalmente, se identificó una cuarta categoría de barreras, denominada cultural, que hacía referencia a las diferencias culturales entre el personal de salud y la población, lo que podía obstaculizar el acceso a servicios de atención médica debido a la falta de comprensión de las prácticas y creencias culturales de los pacientes (Comes, et al., 2007).

Comes, et al. (2007) denominan a esta barrera cultural como "barrera simbólica", reconociendo que las representaciones y el imaginario social también pueden actuar como

barreras, destacando de esta manera la dimensión relacional y reconociendo que las prácticas de los servicios y las representaciones de la población contribuyen a los modos particulares de acercamiento y uso de los servicios de salud.

Además, este elemento se aplicó a la institución misma, se empezó a trabajar con el personal de las instituciones. Los participantes indicaron que:

“se trabajó con profesionales y personal del hospital, presencial si estaba aquí o virtual con sospecha de covid.” (Participante 4, 2023)

“hacíamos intervenciones telefónicas y seguimiento a nuestros propios compañeros (...) de todo empleado del staff del hospital (...) a veces era telefónica (...) a veces, (...) por medio videollamada, brindamos acompañamiento” (Participante 2, 2023)

“se armó un proyecto, salió desde el Servicio de Psicología, (...) se llamó Cuidar al que cuida. Un proyecto (...) de intervención interna con los profesionales y la gente no profesional que trabaja en el hospital. (...) las mucamas, la gente de limpieza, la gente de administración. Porque en muchas ocasiones, el tener que venir a trabajar o el percibir que se estaban exponiendo a un tipo de enfermedad, generaba crisis de angustia, de ansiedad. (...) se hicieron actividades grupales, siguiendo protocolos, con determinada cantidad de personas, en un espacio abierto. Y esas eran presenciales, porque eran de los mismos profesionales. Para las enfermeras también se produjo momentos (...) de pausa activa, como para tratar de cuidar la salud mental de los compañeros. Y eso lo llevamos adelante algunos psicólogos.” (Participante 9, 2023)

“tuvimos que comenzar a trabajar (...) la angustia de nuestros profesionales de salud, en esa espera de los primeros casos (...) lo trabajamos desde flyer, y habilitando la posibilidad de consulta con nosotros (...) apuntábamos una cuestión más grupal, y apuntamos a una cuestión individual, alojar a cada uno (...) El objetivo fue cuidar a quien nos cuidan” (Participante 7, 2023)

Se puede observar que existió una iniciativa proactiva por parte de los sectores de salud mental cuyo propósito fue brindar atención al personal que trabaja en el hospital, adoptando un enfoque tanto grupal como individual. Esto implica reconocer la importancia de abordar las necesidades emocionales tanto a nivel colectivo, fomentando el apoyo y la contención entre pares, como a nivel individual, brindando un espacio para que cada persona pueda ser escuchada y encontrar las herramientas necesarias para sobrellevar esta situación desafiante.

A su vez, este accionar fue respaldado por el Ministerio de Salud Nacional, mediante la elaboración de un documento en el que se solicitaba a “Los Servicios de Salud Mental, que habitualmente dirigen su capacidad de respuesta hacia los usuarios/as del sistema, son llamados también a funcionar como apoyo para los equipos de salud que están asistiendo a las personas afectadas” (2020, p. 1).

Esto demuestra una comprensión de la importancia de cuidar tanto al personal de los hospitales como a los pacientes durante esta crisis, y busca garantizar una atención integral para todos los involucrados en el sistema de salud.

Otro aspecto a destacar es la relevancia que adquiere la frase “cuidar a quien cuida”, desde esta postura, los profesionales de los servicios de salud mental cumplieron

con esta tarea al brindar asistencia a sus colegas y al personal del hospital, pero, por otro lado, otros profesionales aludieron que no se sintieron cuidados o contenidos por las instituciones, ni por los pacientes.

Esto lleva a pensar hasta qué punto los esfuerzos destinados a brindar el mejor nivel posible de atención afecta a quienes la brindan y los deja exceptuados del mismo derecho. Como así también, cuestionar el vacío legal producto de la novedad de la pandemia por COVID- 19.

“hubo algo que en un momento detonó en la pandemia que es: ¿quién cuida a los que nos cuidan? Esa frase, sí se vivió, yo si sentía eso (...) si bien no tuve un COVID grave en mi caso, pero tuve que estar atendiendo igualmente desde mi casa, no fue nada placentero” (Participante 17, 2023)

Esto refleja que los participantes enfrentaron diversos desafíos, no solo los que remiten a cómo continuar con su labor y garantizar la accesibilidad, sino también la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos y el agotamiento emocional.

Otra de las modificaciones en la que los participantes hacen hincapié es en la organización del equipo para el cumplimiento de sus funciones.

“trabajamos con cuadrillas, se iban alternando periódicamente nuestra presencia en el hospital” (Participante 16, 2023)

“nos dividimos en 2 grupos, éramos 2 psicólogo y un psiquiatra por grupo, (...) después ya volvió todo el equipo, todo el servicio completo” (Participante 4, 2023)

“conllevó a toda una estructuración del hospital (...) en todos los servicios, (...) eran tres grupos (...) el hospital funcionaba con un grupo diez días, de todas las especialidades, una vez que se cumplían esos diez días, ese grupo salía y llegaba un segundo grupo, que cubría otros diez días (...) algunos compañeros estuvieron de licencia, por riesgo de vida, entonces éramos muy pocos psicólogos que teníamos que hacer esas jornadas (...) lo cual implicaba cubrir guardias, plantas, fines de semana, noches (...) fue como un trabajo muy agotador (...) Luego se fue modificando, venías una semanas si y una semanas no” (Participante 4, 2023)

“Durante la pandemia un grupo venía y otro no, se disminuyó la cantidad de horas en el hospital, la idea era que no estemos todos compartiendo los mismos espacios, evitaremos el contacto.” (Participante 1, 2023)

Los participantes indicaron que la actividad se modificó en función de la reorganización del personal, ya que hubo una limitación de la cantidad de profesionales que podían encontrarse simultáneamente en el servicio, viéndose reducidos a trabajar en burbujas o en escuadrones, en determinados periodos de tiempo.

Además, los participantes señalaron que se produjeron modificaciones en la oferta de servicio, algunos se cerraron, se abrieron otros nuevos, y se realizó una adaptación de los espacios.

“la UMI (unidad de medicina interna) es como una sala, un espacio de internación que surgió en la pandemia, por la gran cantidad de demanda. La UTI (terapia intensiva) estaba ocupada (...) por (...) pacientes de COVID (...) se necesitaba hacer otro tipo de

terapia, con bastante tecnología también, donde se internaban algunos pacientes con COVID o con otras patologías.” (Participante 15, 2023)

“se cerró la sala de desintoxicación y se puso a los pacientes covid donde era geriatría.” (Participante 3, 2023)

“durante la pandemia el hospital se dividió en dos (...) como adentro y afuera (...) Se buscó evitar que el sector que permanecía más tiempo con los pacientes internado, tuviera contacto con pacientes del exterior que pudieran contagiar o traer el virus adentro de la institución.” (Participante 8, 2023)

Se produjo una adaptación de los servicios en los cuales se priorizaron los recursos y espacios para hacer frente a las necesidades y a las demandas producto de la pandemia por COVID- 19. Se puede pensar en estas decisiones como una estrategia de prevención y protección para evitar la propagación del virus y proteger la salud tanto de los pacientes como del personal. Estas estrategias buscan minimizar el contacto entre personas que podrían estar expuestas al virus y aquellas que aun estando en el hospital, presentan otros cuadros o dolencias.

Respecto a la atención por consultorio externo se tomaron distintas medidas en los hospitales considerando la población y la demanda.

“se cerró todo lo que fue consultorio externo, o sea, no existía la consulta espontánea a salud mental” (Participante 3, 2023)

“Sostuvimos consultorio con la modalidad de urgencia con algunos pacientes, pero la mayoría entró en stand-by de los que estaban en tratamiento en ese momento, pacientes que hasta el día de hoy continuamos atendiendo por consultorio.” (Participante 7, 2023)

“La atención por consultores externos se suspendió de manera presencial. Lo que nosotros hicimos acá fue hacer un listado de los pacientes, contactarnos y decirles que íbamos a continuar la atención tal como la brindábamos, pero de manera remota. Solo en casos de emergencia, en casos de descompensaciones, la atención se hacía de manera presencial” (Participante 8, 2023)

La consulta espontánea estuvo limitada, ya que los pacientes no podían concurrir físicamente a los consultorios. Sin embargo, frente a esta situación surgieron posturas diferentes. Por un lado, la atención se enfocó en salas COVID y el personal de los hospitales, y se evaluó aquellos pacientes de consultorio externo que requerían atención de urgencia o que era necesario continuar con el tratamiento. Por otro lado, se continuó con la atención de consultorio externo, a través de atención virtual, tanto de nuevos pacientes como de quienes se encontraban en tratamiento en ese momento, brindando continuidad a través de consultas virtuales. Es importante mencionar que, en situaciones de emergencia o descompensación, se realizaron consultas presenciales con el equipo de protección.

Esta adaptación de las modalidades de atención virtual y presencial fueron una respuesta a las necesidades de los pacientes. Se podría decir que se basó en el elemento de continuidad y sostenibilidad de APS. Estos elementos remiten a la capacidad de brindar atención de manera continua a lo largo del tiempo y a la capacidad de mantener y fortalecer la APS como parte esencial del sistema de salud a largo plazo, respectivamente.

Estos son elementos centrales para garantizar que la APS cumpla su papel en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la población (Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, 2007).

Esto permite evidenciar que los servicios prestados por los hospitales se encuentran fundamentados en la APS. Un sistema de salud basado en la APS se caracteriza por tener una perspectiva integral en la estructuración y funcionamiento de los sistemas de salud. Su principal enfoque es garantizar el derecho de las personas a alcanzar el más alto nivel de salud posible, al mismo tiempo que promueve la equidad y la solidaridad en el sistema (Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, 2007).

Respecto a los recursos necesarios para la realización de la atención virtual, los participantes indicaron que en los hospitales no se contaba con la tecnología adecuada para llevar a cabo una atención virtual, por lo que desde múltiples servicios se donó y destinó un celular para realizar la misma, pero contar con un dispositivo por jornada laboral, no era suficiente debido a la cantidad de pacientes, lo que llevó a los participantes a utilizar sus dispositivos personales.

“comenzamos a pensar en incorporar ahí la tecnología (...) para pacientes que estaban en internación con COVID. Ahí comenzamos a solicitar donaciones de tablet, comenzamos a equiparnos con celular (...) era impensable. (...) para poder hacer videollamadas con los pacientes que el objetivo sea que el paciente también pueda ver un rostro sin un barbijo (...) eso nos pareció interesante, (...) Esa tablet también se utilizaron para que los pacientes puedan tener un contacto con sus familiares”
(Participante 7, 2023)

“se destinó a los sectores COVID (...) un teléfono celular (...) para que los pacientes que no tenían un teléfono particular puedan tener uno, que sea del hospital, pero que tenga un acceso.” (Participante 11, 2023)

“Nosotros pusimos un celular con un número distinto, luego fue tan grande la lista que cada uno atendió desde su línea personal.” (Participante 1, 2023)

“Es mi celular personal. Entonces lo que yo hacía era ocultar el ID de mi teléfono, y llamaba desde ahí.” (Participante 9, 2023)

La falta de recursos tecnológicos llevó a la necesidad de buscar soluciones innovadoras durante la pandemia. En este caso, se buscó incorporar la tecnología, como tablets, celulares y computadoras en los hospitales, lo que permitió realizar intervenciones psicológicas mediante videollamadas, llamadas, y a su vez, posibilitar la comunicación entre los pacientes con COVID-19 y sus seres queridos. Esto no solo ayudó a mejorar la comunicación y el apoyo emocional, sino que también permitió que los pacientes vieran rostros sin mascarillas, lo cual fue un aspecto significativo para su bienestar psicológico. Esta adaptación tecnológica demuestra cómo se utilizaron recursos limitados para mantener la conexión humana y el cuidado emocional y de la salud.

Si bien, no todos los hospitales contaron con el equipamiento tecnológico necesario, los profesionales se encargaron de conseguirlos por sus medios. Lo que permitió que se cubriera los valores del derecho al mayor nivel posible de la salud, buscando la equidad, accesibilidad y brindando atención en un ambiente seguro, ya sea en las salas de internación COVID para quienes estaban infectados, previniendo la

propagación de la enfermedad; y la posibilidad de recibir la atención de calidad en el resguardo de su hogar, tanto para quienes no estaban enfermos, evitando así el riesgo a contraer el virus SARS-COV2, como así también, para quienes estaban bajo sospecha o se encontraban asilados.

Aunque esto se presenta como un aspecto positivo, lleva a plantear qué es lo que sucedía con aquellas personas que no contaban con un celular, o un espacio privado para poder recibir atención.

Además, se puede afirmar que los profesionales de la salud mental demostraron una gran adaptabilidad y creatividad al encontrar soluciones alternativas e incorporar sus dispositivos. A través de llamadas telefónicas o videollamadas desde sus propios dispositivos, lograron mantener el contacto con sus pacientes y brindarles la atención necesaria. Esta situación resalta la importancia de la tecnología en el campo de la salud mental, así como la necesidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes.

Por otro lado, resulta interesante plantear que los participantes se encontraron en contacto con otros profesionales de la salud mental, de otros hospitales, provincias y países, lo que les permitió tomar conocimiento sobre la forma en la que se estaba trabajando en otros lados, y adaptarlos e implementarlas a sus prácticas.

“Se mantuvo comunicación con los profesionales del Hospital San Bernardo y Ragone, para saber cómo trabajaban.” (Participante 1, 2023)

“veíamos por medio de este amigo del doctor X, (...) cómo era la atención en China, o sea con más o menos cuatro meses de anticipación (...) Entonces copiamos de alguna manera lo que fue esa atención, nos capacitamos en todo ese tiempo” (Participante 17, 2023)

Esta respuesta da cuenta del trabajo colaborativo y de las relaciones institucionales que los participantes lograron establecer. Es así que se puso en juego el valor de la solidaridad de APS. En el ámbito de la salud, este valor se manifiesta a través de la cooperación y la acción colectiva para abordar problemas de salud (Renovación de la Atención Primaria de la Salud de las Américas, 2007).

Además, se destaca el hecho de que los profesionales se capacitaron para adquirir los conocimientos necesarios para hacer frente a las necesidades (cognitivas, conductuales y emocionales) de las personas afectadas por la pandemia.

Se puede observar cómo en estos cambios producto de la pandemia, los hospitales y los profesionales se adaptaron y aplicaron los principios de la APS brindando respuestas a las necesidades de salud de la población orientadas hacia la calidad y la sostenibilidad para garantizar una atención integral, centrada en el paciente con participación de la familia, promoviendo la salud mental como física, con cuidados apropiados, gestionando los recursos disponibles, y coordinada entre diferentes especialidades y servicios hospitalarios.

Atención psicoterapéutica y sus representaciones sociales

En este apartado se desarrollarán los conceptos extraídos de las entrevistas sobre la atención psicoterapéutica empleada durante el periodo del ASPO, posteriormente se

expondrán las imágenes y valoraciones de las mismas, lo que permitirá construir las representaciones sociales sobre las modalidades de abordaje psicoterapéutico.

Un concepto a considerar corresponde a la idea de modalidad, modo o forma que se ha utilizado para efectuar la atención durante el período del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Los mismos corresponden a la atención psicoterapéutica virtual.

Algunas de las definiciones dadas por los participantes son:

“Modalidad que permitió que se trabaje hasta de otra forma, más tranquila, porque disminuyó bastante el tránsito dentro del hospital (...) Dio la posibilidad de atender al paciente, contactarse con los médicos y hablar con los familiares durante la mañana. (...) Facilitador, permitió que el recurso humano que está en el hospital, estuviera acorde a la demanda que había en ese momento.” (Participante 6, 2023)

“modo de funcionamiento que se instauró (...) para continuar con la atención hacia los pacientes y también personal del hospital teniendo en cuenta los lineamientos que iban planteando a nivel del hospital, a nivel Ministerio de salud provincial y del Ministerio de salud de la nación.” (Participante 4, 2023)

“Fue una forma elocuente de atención, eficaz y buena contención, los pacientes se sintieron acompañados.” (Participante 1, 2023)

“una modalidad de intervención adaptada a las necesidades del paciente y en consonancia con la época.” (Participante 12, 2023)

Es importante destacar que en estas definiciones se consideran como equivalentes los términos de modalidad, modo y forma, que se emplearon para brindar atención psicológica. A partir de estas definiciones, se puede establecer que los medios empleados fueron dispositivos tecnológicos que permitieron que los profesionales puedan continuar con su labor en un periodo en el cual el ejercicio de la profesión comprometía a su salud, la de sus pacientes y familiares, y que, además, se encontraba acotada por las restricciones que se establecieron durante la pandemia por COVID-19.

Según Hernández Cochón (1999), citado por Benyakar (2006), la Telemedicina es entendida como el uso de tecnologías de telecomunicación para proveer servicios de salud y para el intercambio de información de la salud, a través de barreras geográficas, temporales y socioculturales.

Es así que se puede afirmar que la modalidad de atención psicoterapéutica remite a la forma en que se lleva a cabo el proceso terapéutico. Se refiere a la manera en que se establece y se desarrolla la relación terapéutica entre el profesional de la salud mental y el paciente, ya sea en una interacción presencial, en un entorno físico, o de manera virtual, a través de medios tecnológicos como la videollamada o llamada telefónica.

Asimismo, hubo profesionales que la definieron como un recurso. La palabra recurso remite a los medios o elementos disponibles para satisfacer una necesidad o conseguir un fin (RAE, 2022). Los profesionales definieron la atención virtual como:

“fue un recurso muy importante, muy valioso en ese tiempo (...) se pudo dar continuidad a una atención a pacientes que en ese momento (...) lo requirieron, y de

manera remota detectar casos que requerían intervención urgente” (Participante 8, 2023)

“un recurso útil y eficaz que ha permitido, por un lado, descomprimir los servicios de la institución. Por otro lado, permitió (:..) en medio de todo un contexto de temor e incertidumbre, un canal como para reconducir algunas demandas donde corresponde, para realizar psicoeducación, para realizar una contención específica (...) Un recurso que se puede usar transitoriamente, no de una manera prolongada.” (Participante 16, 2023)

De esta manera se puede dilucidar a la atención virtual como un recurso, como el medio por el cual se ha podido brindar atención psicoterapéutica. El cual, trae aparejados beneficios en el servicio brindado de tratamiento, seguimiento, contención, detección de urgencias, derivaciones, psicoeducación, como así también beneficios a nivel institucional, tal como la descompresión del servicio, es decir, la reducción de pacientes en los hospitales.

Otros participantes lo definen como herramienta. La palabra herramienta suele asociarse rápidamente con un objeto que facilita o permite la realización de una actividad. En la labor del psicólogo existe una extensa cantidad de herramientas, las cuales pueden ser empleadas por el profesional para el diagnóstico, tratamiento y apoyo emocional de los pacientes o herramientas facilitadas por el profesional para ayudar a los pacientes a explorar, comprender y abordar sus problemas emocionales, cognitivos o conductuales. También pueden considerarse herramientas institucionales que favorecen y facilitan la labor del profesional.

Algunas definiciones brindadas fueron:

“es una herramienta que permite, habilita posibilidades, pero no deja de seguir la lógica del caso por caso (...) puede tener una función (...) como efecto subjetivo.” (Participante 7, 2023)

“fue una herramienta única para aquel paciente que no podía asistir (...) es una herramienta práctica (...) por ser la única (...) tuvo sus efectos en los pacientes, fue efectiva” (Participante 17, 2023)

Lo mencionado lleva a reflexionar respecto al tipo de herramienta a la cual se refieren los profesionales, si se trata de herramienta para el profesional, para el paciente, para la institución o para el sistema de salud.

En un caso se construyó la siguiente definición, que requiere ser contemplada:

“como una experiencia que prioriza la escucha, la palabra y que resulta efectivo. Igualmente hay una diferencia entre virtual y remoto. Lo virtual (...) significa o tiene mucha referencia a la imagen (...) El remoto me parece que explica más bien la referencia a una distancia, o pone en juego la presencia-ausencia (...) virtual también es una presencia, una presencia en la imagen. Virtual, presencial, no son cosas que se oponen. (...) habilitó efectos terapéuticos” (Participante 9, 2023)

En esta respuesta se destaca que, durante el periodo del ASPO de la pandemia por COVID-19, la atención se ha adaptado a través de medios virtuales y remotos. Se menciona que lo virtual se relaciona más con la imagen, lo visual, mientras que lo remoto

implica una distancia física. Aunque parecen conceptos opuestos, se plantea que tanto lo virtual como lo presencial pueden coexistir y tener efectos terapéuticos.

Resulta interesante la concepción brindada ya que habilita a pensar qué elementos se ponen en juego en cada situación. Resulta notable plantear si es que, a nivel terapéutico, los efectos ejercidos difieren al ser brindados por medio de videollamadas, de llamadas telefónicas, o de modo presencial.

Para poder profundizar más sobre de este punto, se hará hincapié en las apreciaciones acerca de la atención virtual brindadas por los participantes, quienes sostienen que:

“Desde el punto de poder correr la mirada y poner únicamente el escuche y la voz, hizo con esta paciente un efecto que para mí es paradigmático, digamos, de lo que fue la pandemia.” (Participante 9, 2023)

“hizo efecto en los pacientes, que es lo que se busca en terapia.” (Participante 11, 2023)

“desde mi punto de vista sí es efectiva la atención virtual, (...) en la virtualidad se juegan dos de los objetos que aisló Lacan, (...) que son el objeto exótico y el objeto invocante, es decir, la mirada y la voz. La mirada cuando es una videollamada, (...) y la voz, que tiene, (...) a nivel libidinal también un efecto diferente y en la atención la presencia de una voz es una forma de la presencia, también en una presencia está la voz un poco recortada del resto del cuerpo (...) en muchos casos es posible tener un efecto con eso y sostener un análisis (...) he encontrado efectos clínicos (...) a partir de la implementación de la llamada.” (Participante 14, 2023)

“fue efectiva, generó su efecto en los pacientes” (Participante 15, 2023)

El efecto se refiere a un cambio o resultado observado después de una intervención o tratamiento.

Según McBeath, et al. (2020) la tele-psicoterapia brinda diversas oportunidades tales como producir efectos y resultados positivos, la superación de las barreras geográficas entre terapeuta y paciente, y causar una menor inhibición de los pacientes durante las sesiones en línea.

En este sentido, se puede considerar a la atención virtual como un método efectivo para brindar psicoterapia. Esto es respaldado por un estudio realizado por González-Brignardello et. al (2022), en el cual se demostró que los pacientes que habían recibido psicoterapia por medios virtuales exhibieron disminuciones significativas en las sintomatologías que los llevaron a buscar asistencia, principalmente en las relativas a la depresión, la somatización y la obsesión-compulsión. A su vez, los autores citan a Di Carlo, et. al (2020), remarcando que la atención virtual puede facilitar resultados clínicos similares a la práctica convencional en la reducción de síntomas, en este caso para cuadros de trastornos alimenticios, de ansiedad social, estrés postraumático, obsesivo-compulsivos, crisis de pánico y depresión mayor.

Respecto al aspecto cognitivo de la atención psicoterapéutica presencial, los participantes manifestaron lo siguiente:

“(...) había atención presencial con equipo, había atención virtual telefónica, estaba el procedimiento de videollamadas (...) fue plural la respuesta de la atención (...) diría que fueron distintas formas de atención que se caracterizan por la flexibilidad, flexibilidad que tuvimos que implementar nosotros para acomodarnos a esa singularidad y esas situaciones tan variables y tan imprevistas que trajo la pandemia.”
(Participante 11, 2023)

“(...) Atendíamos mediante la virtualidad y en casos en los que no alcanzaba la virtualidad, como de contención física, se tomaba las medidas de protección personal, de saneamiento, uso de guantes, la máscara, uso de barbijo especial” (Participante 2, 2023)

“se retomó la atención de manera telefónica y en casos excepcionales de manera presencial. Porque había muchas situaciones de riesgo, urgencia o donde la presencialidad era significativa, con lo cual se hacía lugar a ciertas excepciones, no obstante, la atención telefónica era la regla.” (Participante 16, 2023)

De esta manera se infiere que la atención presencial es considerada como una modalidad a utilizar cuando no alcanza la virtualidad, en casos de riesgo o urgencia.

Estas concepciones permiten entender y conocer cómo se adaptó la atención psicoterapéutica durante la pandemia por COVID-19. Fue mencionado que se ofrecía atención presencial con equipo, atención virtual telefónica y videollamadas. Esto indica que se utilizaron diferentes modalidades para garantizar la continuidad de la atención psicológica. Además, se destaca la flexibilidad como una característica clave de estas formas de atención, ya que fue necesario adaptarse a las situaciones variables e imprevistas que surgieron debido a la pandemia. Esta flexibilidad muestra el esfuerzo por brindar apoyo psicológico durante un período desafiante.

Se puede observar que en la mayoría de las definiciones se contempló a los pacientes, a los familiares de los mismos, al equipo institucional, a la institución y a la demanda particular, como así también se consideró el contexto social y la situación emergente.

López Fuentetaja y Villaverde, sostienen que estos elementos son cruciales para tener una visión integrada y que la misma va a repercutir en las intervenciones realizadas (2019).

Asimismo, los participantes indican el importante papel que la atención virtual tuvo, ya que permitió que se continuara con la prestación de servicios en ese momento de dificultad e incertidumbre.

Respecto a las necesidades de los pacientes, no sólo contemplaron el cuadro que estos se encontraban atravesando, sino también sus recursos tecnológicos y de conectividad. A continuación, se transcriben fragmentos pertinentes:

“llamadas telefónicas o videollamada para la atención de pacientes individuales lo definió según el caso y lo que necesitara el paciente” (Participante 1, 2023)

“Atendíamos por (...) videollamada, o llamada, se le consultaba al paciente.”
(Participante 1, 2023)

“atención telefónica, o videollamadas. Depende del recurso que tenga el paciente. Porque había pacientes que solo podían recibir llamadas por línea, (...) que no tenían WhatsApp. Entonces, no había posibilidad de hacer una videollamada. Había pacientes que no tenían el recurso de Zoom” (Participante 11, 2023)

“hay pacientes que (...) requerían sí o sí de la imagen, y otros pacientes que no querían saber nada de la imagen y que necesitaban solamente la voz. Entonces, era un poco artesanal para cada quien la resonancia que tenga.” (Participante 14, 2023)

Esto demuestra que se realizó una atención personalizada y adaptada a las preferencias individuales de cada paciente.

Nuevamente, se evidencia que se pudieron en juego los principios de APS de dar respuestas a las necesidades de salud, servicios orientados a la calidad y de sostenibilidad, como así también los elementos de la accesibilidad, cuidados apropiados, organización de recursos, recursos adecuados.

Por otro lado, se destaca un hecho importante; de los entrevistados, hay quienes consideran que la atención virtual solo puede ser utilizada como seguimiento, y otros sopesan que puede funcionar como un tratamiento en sí mismo.

“Me parece que depende del tipo de atención que quieras dar. Si es un seguimiento (...) Si es un tratamiento puede ser, pero hay que ver cuáles son las condiciones en este caso.” (Participante 10, 2023)

“la atención virtual es una forma de brindar atención, no solo seguimiento, sino tratamiento” (Participante 14, 2023)

“Para mí, depende mucho de la singularidad del paciente, me parece que para seguimientos funciona muy bien, para tratamiento no se, porque falta el encuentro cara a cara.” (Participante 11, 2023)

Un seguimiento consiste en el monitoreo continuo y la evaluación del progreso del paciente luego de haber recibido el tratamiento, con el fin de asegurar su bienestar a largo plazo, mientras que un tratamiento consiste en la elaboración de un conjunto de intervenciones terapéuticas diseñadas para abordar la problemática individual de cada paciente.

Otro elemento que se destaca como complementario a esta posición es el hecho de la evaluación y abordaje contemplando la singularidad de cada caso, considerando a cada paciente con sus propias circunstancias, necesidades y características, lo que incrementa la posibilidad de lograr mejores resultados.

Con respecto a la concepción de las modalidades de atenciones psicoterapéuticas, la mayoría de los profesionales brindó un concepto sobre la atención virtual. No hubo un consenso total, pero se evidencian similitudes, se la considera como un modo o modalidad efectivo, que permitió continuar trabajando, pero en el que se debe considerar el caso por caso y la singularidad del paciente.

Surge aquí un planteamiento respecto a si algún enfoque psicoterapéutico posee mayor efectividad frente a otros a la hora de proporcionar atención virtual; resolver esta incógnita puede conllevar grandes beneficios a la telepsicoterapia.

A raíz de la pandemia, aparece un hecho que irrumpe y modifica nuestra forma de vivir, de trabajar y de relacionarse. Frente a esta situación los profesionales manifiestan haber adaptado su forma de atención para poder continuar con sus funciones.

Las imágenes más recurrentes que surgieron en relación a la atención fueron el silencio, la soledad, las calles, consultorios y hospitales vacíos, silenciosos:

“La soledad del hospital, los pasillos estaban vacíos, no había consultas, no podías salir. Cada quien estaba en su búnker, no podía haber contactos con los profesionales. Y el paciente que se lo restringió de todos sus aspectos (...) aquel que tenía COVID y tenía que estar aislado, que se lo restringió de todo (...) pacientes como profesionales, muy solos.” (Participante 10, 2023)

“La ciudad vacía, (...) Los lugares vacíos, (...) Un hospital como este que tiene tanto flujo de gente y de repente, el eco de los pasos. Cuando iba uno por el pasillo había mucha soledad, incluso en el tránsito entre que uno salía de su casa y venía al hospital, nadie afuera, nadie acá en el hospital, (...) había con un vaciamiento, una idea un poco angustiante (...)” (Participante 14, 2023)

“Los pasillos eran un silencio, pero un silencio y ausencia en los pasillos, y en el hospital. Tenía listas pero no pacientes, era ausencia, silencio, incertidumbre.” (Participante 1, 2023)

Se considera que estas imágenes remiten mayormente al hecho de trabajar en el hospital en contexto de pandemia, que a la atención propiamente dicha.

También surgieron imágenes de pacientes y su situación particular:

“(...) Una paciente que estaba (...) en Nazareno (...) no la dejaban salir a la señora, es una paciente renal, con infección, con ansiedad (...) poder llamar a esta mujer (...) tranquilizarla, mandarles las recetas virtuales (...) esas pequeñas cosas (...)” (Participante 17, 2023)

“Recuerdo particularmente una paciente, mujer joven, con un cuadro de una neurosis grave, histeria grave más precisamente, en donde señalarle que tenía que hablar por teléfono y no venir, y que cuando hablaba tenía que hablar, si no yo no podía hacer nada, habilitó efectos terapéuticos (...) la indicación (...) fue que se mantenga telefónicamente” (Participante 9, 2023)

“me atravesaban distintas caras enmarcadas en el teléfono, distintos pacientes, distintas situaciones. Y había situaciones en la sala donde el paciente no podía articular palabras, solo necesitaba ver un rostro del otro lado (...) aunque sea a través de la pantalla, del marco de la pantalla.” (Participante 7, 2023)

Esta última imagen remite a una categoría distinta, porque si bien refleja una representación de pacientes, lo hace a través de una nueva imagen, ya no se trata solo del paciente, sino que es la visualización del mismo a través del marco de su celular, y como la incorporación de la tecnología pasa a tener otro lugar, estas imágenes forman parte de la representación social de la atención por videollamada.

Frente a estas imágenes se localizaron otras que también se encuentran muy vinculadas, porque ambas remiten a la atención virtual, pero que se diferencian en que el énfasis está puesto en la ausencia de un rostro, pero con la presencia de una voz.

“Tenía listas pero no pacientes” (Participante 1, 2023)

“(…) me veo sentado frente a la computadora con una lista infinita de compañeros positivos, juntando información sobre la situación, sobre el compañero, sobre la carpeta, y comunicándonos” (Participante 18, 2023)

Estas imágenes forman parte de la representación sobre la modalidad de atención de manera remota o telefónica.

Con respecto a la atención presencial con equipamiento, se destacan las siguientes imágenes:

“para atender a los pacientes presencialmente tenías que ir vestido con mucha ropa, con doble barbijo, con la máscara, y era muy difícil hablar con los pacientes, llevaba mucho tiempo porque a veces no te podían escuchar, no podías verle la cara, no podías interpretar las expresiones, era dificultoso”. (Participante 6, 2023)

“teníamos que vestirnos de extraterrestres” (Participante 18, 2023)

El uso de múltiples prendas protectoras como ser doble barbijo y máscara dificulta la comunicación verbal y no verbal. Esto implicaba que los pacientes no podían escuchar claramente al terapeuta y viceversa, lo que limitaba la calidad de la interacción terapéutica. El equipo de protección se presentaba como una barrera en la atención presencial, lo que posibilita denotar una valoración referente a la incomodidad.

Otras imágenes que surgieron con menor frecuencia, pero que resultan importantes a tener en cuenta respecto a la atención, rondan la idea de la ruptura del encuadre por la pérdida de la intimidad, comúnmente conservada en un espacio de consultorio en un marco institucional:

“(…) la cama del paciente, su casa, (…) el jardín de sus casas, en la esquina de la casa porque había mejor señal, debajo de un árbol, tirados de sus camas, pacientes en pijama, o con el torso desnudo” (Participante 7, 2023)

“(…) pacientes, que estaban con los niños ahí saltándoles a la cara, (…) o no podías hablar porque estaba el marido al lado (…) eso es lo que se llama la pérdida del encuadre, se veía interrumpido por el perro, por los hijos, por el marido, o porque simplemente estaban haciendo otra cosa, te escuchaban por el teléfono, mientras lavaban los platos. Eso es una falta de respeto (…) uno lo llama, con una buena proposición, para brindarle atención virtual y están lavando los platos (…)” (Participante 15, 2023)

“se filtraba, lo que era mi casa, mi vida y mi historia. Y como eran adolescentes, por ahí me preguntaban ¿qué tenés perro? ¿tenés hijos? O sea, de repente se filtraba mi vida en las sesiones. Y que era inevitable. Lo mismo del lado de los pacientes. Me mostraban dónde vivían, cómo eran sus habitaciones, qué cosas tenían colgadas en la pared (…) había una paciente que saludaba a mis perros cada vez

que me llamaba. Y era que le muestre qué estaban haciendo mis perros (...)
(Participante 12, 2023)

De esta manera, lleva a preguntarnos cómo esta privación de intimidad, o sobrecarga de información privada que se dio por la pérdida de un lugar como ser el consultorio de un hospital, intervino en la relación terapeuta-paciente, y si la misma conlleva beneficios o desventajas.

También, casi de manera inevitable lleva pensar si la privacidad se vio afectada en los casos en que los familiares se encontraban en la misma habitación.

Frente a esto cabe destacar lo mencionado por uno de los participantes quien señaló que:

“(...) Hay gente que podía tolerar la imagen, y gente que no (...) era tratar de sustraerse un poco de la imagen y acotar algo de la mirada también, es un ejercicio (...)” (Participante 7, 2023)

A su vez, es necesario destacar que los profesionales indicaron que existieron ventajas y dificultades en la implementación de estas modalidades de atención psicoterapéutica. Las ventajas identificadas fueron:

“la ventaja de que acerca, que nos puede acercar al que no puede ser atendido de forma presencial, nos permite una atención. Facilita y agiliza. (...) una persona que no puede salir de su casa, puede estar enferma, paralizada o tener una fobia, y puede ser atendido desde su casa. No he perdido el tiempo en traslado, desde mi casa estoy trabajando, (...) súper práctico” (Participante 18, 2023)

“Reducir la posibilidad de contagio en situaciones especiales, (...) posibilidad de intervenir con pacientes que tengan disminuidas su capacidad de traslado. Posibilidad de realizar un seguimiento remoto de pacientes que no son de la capital, de la provincia.” (Participante 12, 2023)

“al ser un hospital público, nuestro perfil de paciente, quizás no cuenta con esa plata para tomarse un colectivo, un remis, no tienen auto, entonces que se pueda hablar al psicólogo, a su teléfono personal, resuelve bastante. Creo que más que nada acorta distancia (...) tenemos muchos pacientes, (...) a veces voy a ver un paciente y tengo que comunicarme con un familiar, lo llamo por teléfono, antes capaz que había que citarlo, (...) acorta los tiempos. Lo mismo con los médicos, por alguna interconsulta, (...) se puede hacer (...) vía telefónica de WhatsApp” (Participante 15, 2023)

“El acceso (...) la mayoría de la gente tiene este recurso disponible, entonces, o por llamada de línea o por llamada de WhatsApp, podés establecer un contacto. Me parece que eso es una gran ventaja. El acceso. (...) ha favorecido esa comunicación interinstitucional, con centros de salud, con hospitales del interior, inclusive tratamos de que esto también sea a nivel nacional” (Participante 11, 2023)

“(...) la invención (...) poder crear y pensar nuevas formas de reinventar la profesión” (Participante 10, 2023)

Se destaca que esta modalidad ofrece la posibilidad de acceder a los servicios de salud mental a quienes no pueden ser atendidos de forma presencial, permitiendo

brindarles la atención y el apoyo necesario. Además, se menciona la ventaja de que las personas que no pueden salir de sus casas debido a enfermedades, parálisis o fobias, aún pueden recibir atención desde su hogar, lo que remite a la importancia de su utilidad en la actualidad. Esta forma de trabajo evita la pérdida de tiempo en traslados y permite a los profesionales trabajar de manera más práctica y eficiente.

También permitió seguir conectado, y continuar con la atención psicoterapéutica con los pacientes en un momento de incertidumbre. Posibilitó trabajar en equipo y contactarse con profesionales de la misma institución, de otras instituciones y con familiares de los pacientes para poder abordar de manera íntegra cada caso.

Se distingue como otra ventaja el hecho de que la mayoría de las personas poseen un celular, por lo que la tecnología facilita el acceso.

A su vez, los participantes manifiestan que esta modalidad resulta beneficiosa para la salud, tanto de los pacientes como de ellos, ya que evitó la exposición de los mismos.

Además, sugiere la necesidad de ofrecer un entorno seguro y comprensivo para que las personas puedan expresar sus preocupaciones y emociones durante tiempos difíciles.

Esta información se puede organizar en cuatro grupos. El primer grupo, optimización de recursos, está conformado por la organización del tiempo y la accesibilidad.

Respecto a la organización del tiempo, la atención virtual permite una mejor gestión del tiempo tanto para los profesionales de la salud mental como para los pacientes. Los turnos pueden ser programados con mayor flexibilidad. A su vez permite la eliminación del tiempo de traslado a los hospitales.

En la accesibilidad se destaca la capacidad de la atención virtual para superar barreras geográficas, de acceso y económicas, posibilitando recibir tratamiento desde la comodidad del hogar.

El segundo grupo, beneficios en la atención, incluye la reinención de la profesión, espacio de escucha y contención, y establecimiento de lazos.

La reinención de la profesión a través del empleo de la modalidad de atención virtual, fomentando el desarrollo de habilidades y la adaptación a nuevas formas de brindar atención psicoterapéutica.

El espacio de escucha y contención que se ha brindado a través de la atención virtual permite que los pacientes puedan expresar sus preocupaciones y recibir el apoyo y contención requerida, incluso cuando están aislados o enfrentan dificultades de movilidad.

El establecimiento de lazos sólidos entre pacientes y profesionales de la salud mental a través de la atención virtual, a pesar de la distancia física, se crearon vínculos terapéuticos valiosos que influyen en el tratamiento y seguimiento.

El tercer grupo remite a la comunicación entre profesionales. La atención virtual ha facilitado la comunicación entre profesionales de la salud que trabajan en el mismo hospital y en diferentes instituciones. La colaboración y el intercambio de información se volvieron más eficientes, lo que beneficia a los pacientes.

Esta perspectiva de trabajo conjunto y comunicación entre los profesionales de la salud se encuentra en plena consonancia con el principio de intersectorialidad de APS. Este principio subraya la importancia vital de la colaboración intersectorial y la comunicación fluida entre diversas áreas y disciplinas para abordar de manera integral los determinantes de la salud y promover un enfoque holístico en la atención médica. (Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, 2007).

El cuarto grupo, cuidado de la salud y seguridad, remite a que la atención virtual ha sido fundamental para proteger la salud de los pacientes y los profesionales, evitando la exposición al virus SARS-COV2 y reduciendo el riesgo de contagio.

Por otro lado, las dificultades que los participantes mencionaron que surgieron durante la implementación y utilización de esta modalidad fueron:

“hay una serie de detalles clínicos que al menos en una conversación telefónica no tenés. Que van desde la imagen, la correspondencia entre lo verbal y lo afectivo, los signos extralingüísticos (...) son como pequeños datos clínicos de toda esta evaluación (...)” (Participante 16, 2023)

“Dificultad fundamentalmente en el trabajo con niños y pacientes con diagnósticos determinados, (...) psicosis, por ejemplo. O la necesidad del uso de otros elementos en los tratamientos como son juguetes, elementos de diagnóstico. Y el cuerpo profesional.” (Participante 12, 2023)

“la pérdida del encuadre, se veía interrumpido por el perro, por los hijos, por el marido, o porque simplemente estaban haciendo otra cosa, te escuchaban por el teléfono, mientras lavaban los platos. Eso es una falta de respeto” (Participante 14, 2023)

“algunos profesionales quedaron recargados (...) se perdieron las áreas operativas.” (Participante 14, 2023)

“teníamos pocos dispositivos para poder realizarla (atención) (...) fueron (...) provistos por nosotros (...) no fue institucional” (Participante 2, 2023)

La implementación de la atención virtual durante la pandemia ha enfrentado dificultades técnicas y limitaciones en cuanto a las condiciones de conexión y acceso a internet, lo cual ha generado obstáculos para su implementación.

Además, se destaca que muchas personas quedaron excluidas de esta posibilidad debido a la falta de recursos tecnológicos, lo que las expone a una nueva forma de exclusión y vulnerabilidad.

Por otro lado, se menciona que, en algunos casos, la atención virtual ha contribuido a reforzar otros síntomas producto del mismo aislamiento. Lo que se manifiesta en:

“la otra cara de lo tecnológico, se pone desde las dificultades técnicas de depender de ciertas condiciones de conexión, (...) hay mucha gente que ha quedado aún excluida de esta posibilidad porque no cuenta con los medios, y ha quedado en una nueva exclusión, en una nueva vulnerabilidad (...) en otros casos ha contribuido a reforzar otros síntomas.” (Participante 7, 2023)

A su vez, la falta de información no verbal en la atención virtual dificulta la observación de expresiones faciales, lenguaje corporal y otros signos extralingüísticos que son fundamentales para comprender las emociones y la experiencia del paciente. Además, la correspondencia entre lo verbal y lo afectivo puede ser más difícil de evaluar sin el contexto completo de una interacción presencial. Lo que llevaba a que la evaluación y el tratamiento psicológico tuviera una extensión mayor.

Frente a este impedimento, Joinson (2003) citado en Soto Pérez (2016) sostiene que los profesionales que utilizan la atención psicoterapéutica virtual, adoptan ciertos comportamientos en la comunicación para compensar la falta de estímulos no verbales que se destacan en la modalidad de atención presencial. Para ello, sugiere ser más consciente y evidente en la comunicación no verbal, enfatizando las inflexiones de voz, cambios tonales; los terapeutas deben hacer preguntas de manera abierta y directa sobre la conducta no verbal de los pacientes para evitar malentendidos y confusiones; en las primeras sesiones, es beneficioso tener algún tipo de contacto cara a cara para favorecer el establecimiento de la alianza lo que proporciona un contexto para evaluar futuras interacciones a distancia; estar consciente de los delay en la comunicación, producto de la utilización de la tecnología, evitando superponer mensajes hasta adaptándose al ritmo de comunicación, y finalmente, ante problemas de conexión o pérdida de la comunicación debido a dificultades técnicas, se recomienda realizar una llamada telefónica. Además, se sugiere estructurar la sesión comenzando por temas fundamentales y avanzando hacia temas secundarios y menos importantes.

También se manifiesta que se produjo una pérdida del encuadre debido a que no se preservaba la intimidad, no se respetaban los horarios laborales al momento de contactar al profesional a su número personal, lo que se manifiesta como una dificultad de que las instituciones no contasen con un equipamiento tecnológico adecuado.

En este punto resulta importante profundizar sobre el encuadre, según Rodríguez-Ceberio (2020) “la psicoterapia se encuentra enmarcada en un contexto y en un formato que cada terapeuta impone en la relación con sus pacientes. Es un tronco rector que demarca las interacciones con los pacientes y también con cada paciente en particular.” (p.45).

El encuadre terapéutico implica la organización y la explicitación de un conjunto de reglas y acuerdos que brindan transparencia y claridad a la relación terapéutica. Estas normas establecidas anticipan la posibilidad de establecer una relación terapéutica efectiva. De esta manera, se puede comprender que el encuadre terapéutico implica mantener ciertas variables constantes a lo largo del proceso terapéutico o psicodiagnóstico (Rodríguez-Ceberio, 2020).

En este sentido, el encuadre juega un papel fundamental en la construcción y organización del entorno de la consulta terapéutica, atribuyendo significado a todas las acciones que se llevan a cabo (Bateson, 1976, como se citó en Rodríguez-Ceberio, 2020).

Es el entorno en el que ocurre todo este proceso el que ejerce su influencia y determina las pautas de la interacción. Si la terapia se lleva a cabo en un hospital de acceso público o en una consulta privada, si ocurre en una unidad de cuidados intensivos o en el hogar del paciente, entre otros factores, son elementos que pueden potenciar, estimular, retroceder, acelerar o ralentizar el proceso terapéutico (Rodríguez-Ceberio, 2008).

Es importante destacar que la noción de que "el encuadre está dentro de nosotros" desafía la idea arraigada de que la terapia debe llevarse a cabo en un lugar específico, como ser un consultorio en un hospital. Sin embargo, si el terapeuta está verdaderamente comprometido con su función, independientemente de donde se lleve a cabo su labor, logrará transmitir a su paciente la esencia de su trabajo a través de la generación de una relación terapéutica sólida. (Rodríguez-Ceberio, 2020, p.46).

El encuadre terapéutico es esencial y requiere ser trabajado tanto en la atención presencial como en la virtual, ya que establece las bases para una relación terapéutica sólida y proporciona el marco necesario para garantizar una terapia efectiva en cualquier entorno. La comprensión y aplicación adecuada del encuadre en la atención virtual son fundamentales para brindar atención de calidad a los pacientes en la era digital.

Finalmente, la falta de claridad para trabajar en el periodo del ASPO, llevó a que muchos profesionales se vieran desbordados de trabajo y se ocuparan de urgencias que no correspondían a su zona operativa.

Esto lleva a plantearse si los profesionales desarrollaron o aún se encuentran atravesando cuadros de burnout o de angustia por la sobrecarga laboral y emocional que tuvieron.

A partir de las dificultades mencionadas por los participantes en la implementación de la atención virtual, se las puede agrupar de la siguiente manera: dificultades técnicas, que engloban la falta de internet, dificultad en la conectividad o falla de los elementos tecnológicos; la falta de recursos tecnológicos, ya sea en la institución o de los pacientes, lo que llevó a tener dificultades en el establecimiento de las sesiones y género una dificultad en la accesibilidad para aquellos pacientes que no contaban con estos recursos; y los desafíos en la atención, como ser la disminución de información no verbal incluyendo como expresiones faciales y lenguaje corporal, la limitación en el empleo de objetos, refuerzo de síntomas, y la dificultad en el establecimiento del encuadre; y la sobrecarga laboral a causa de la pérdida de áreas operativas, sumado al malestar de la sociedad en general.

Estas respuestas invitan a reflexionar sobre los retos y consecuencias tanto positivas como negativas que ha traído consigo la implementación de la atención virtual durante la pandemia.

Por otra parte, la mayoría de los profesionales manifiestan que la implementación de las modalidades de atención virtual fue positiva, permitieron continuar con la ejecución de sus funciones, que la misma fue un producto de cambios sociales y culturales, siendo ésta una respuesta a una necesidad, que requirió de formación y preparación por parte de los profesionales, como así también su capacidad de flexibilidad y de invención.

“Creo que haciendo un balance fue positivo (...) Creo que fue un recurso con el que contábamos, (...) fue muy valioso para poder seguir, dar continuidad a los tratamientos en ese momento.” (Participante 8, 2023)

“Para mí fue positivo, fue favorable en tanto que se pudo mantener la atención a las personas de una manera distinta (...) se van dando cambios a nivel de la cultura, teníamos que estar a la altura del entramado social, por eso incorporamos la videollamada.” (Participante 4, 2023)

“(...) Es buena, pero es una herramienta más y hay que saberla usar.” (Participante 13, 2023)

“es un buen recurso en ciertos momentos de una terapia, de un análisis o cuando no es posible transmitir de otra manera, pero que es un recurso que sí hay que tener en cuenta y que hay que instalar, estudiar y darle espacio.” (Participante 14, 2023)

Sin embargo, también se pudo identificar que, para algunos profesionales, las emociones despertadas al momento de la utilización de estas modalidades fueron de incomodidad, insatisfacción y sobrecarga. Las cuales también, se encuentran ligadas a la pandemia y a la sobrecarga de trabajo.

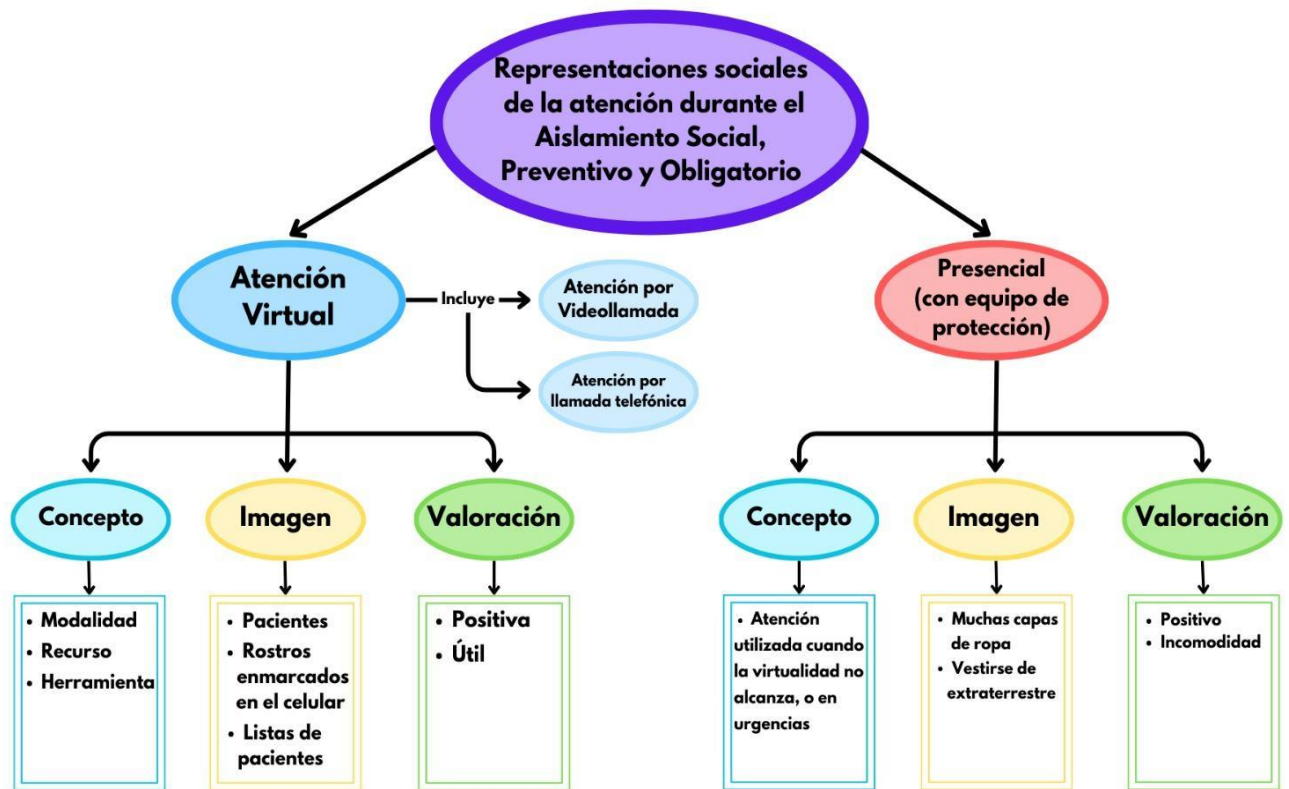
“sensación de apuro, de ansiedad (...) Te diría que hicimos lo que pudimos (...) nos pasaba y sentíamos (...) que no había directrices (...) nos sentimos bastante a la deriva (...) La sensación de que pudimos con lo que tuvimos, estando nosotros muy atravesados por lo mismo que afectaba a todos.” (Participante 18, 2023)

“La incomodidad, en principio, de los pacientes y de los profesionales, sobre todo, cuando trabajas con niños.” (Participante 12, 2023)

“como cierta incomodidad (...) hubo un primer momento que era complicado todo, la adaptación, de inventar modos y de la necesidad de conversar también con los compañeros, que iba ocurriendo en ese proceso.” (Participante 16, 2023)

Las valoraciones reflejan una serie de desafíos emocionales y prácticos que los profesionales de la salud mental enfrentaron durante la transición a la modalidad de atención virtual durante el período de aislamiento social. La gestión del estrés, la sensación de apuro, la incomodidad, lleva a plantear ¿cómo pueden los sistemas de salud y las instituciones apoyar a los profesionales de la salud mental para gestionar el estrés y la ansiedad en situaciones de cambio rápido y desafíos como los experimentados durante la pandemia?

De este modo, se afirma que se encontraron dos representaciones sociales construida con sus aspectos cognitivos, figurativos y valorativos, en torno a las modalidades de atención psicoterapéutica empleadas durante el periodo del ASPO de la pandemia COVID-19, siendo estas: la atención virtual (que incluye la mixtura entre atención telefónica y por videollamada) y la atención presencial con equipamiento. Para profundizar más sobre este punto, a continuación, se presenta un mapa conceptual:



Modificaciones que se mantienen

Es evidente que la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en la forma en que los profesionales de la salud mental brindan atención a sus pacientes.

En este apartado se desarrollan aquellas tareas que perduraron a pesar de que las restricciones de la pandemia cesaron, alteraciones que permanecieron y se incorporaron a las funciones del día a día de los participantes. Hubo una serie de cambios notables y una adaptación continua en su práctica.

La mayoría de los participantes afirmaron que, posteriormente a la cuarentena y de haberse reincorporado la atención presencial, se continuó implementando la atención virtual. En la mayoría de los casos, indicaron que la misma es utilizada únicamente para casos particulares, como ser pacientes del interior de la provincia, con internación domiciliaria o dificultad para trasladarse, o pacientes con angustia de asistir al hospital.

“Hay pacientes que quedaron de forma virtual por la angustia que le genera venir al hospital y también a pacientes del interior. La virtualidad continúa funcionando.”
(Participante 7, 2023)

“tomó como mucha más fuerza los consultorios virtuales y el consultorio externo, el seguimiento virtual, que hoy en día se usa mucho con pacientes del interior que vienen por alguna enfermedad crónica a hacerse los controles acá, al hospital y después quedan con seguimiento virtual. Y ahora hay un espacio donde vos podés ir, conectas la computadora y hablas con el paciente.” (Participante 10, 2023)

“Se brinda atención virtual en casos concretos, particularmente yo tengo solamente una paciente en modalidad virtual, que es una obesa mórbida, (...) le es muy dificultoso

trasladarse al hospital. (...) está (...) (con) internación domiciliaria del hospital este, entonces se le brinda asistencia remota. ” (Participante 17, 2023)

“Lo que se hizo es abrir consultorios virtuales y trabajos por telemedicina. Desde dispositivos y espacios físicos destinados por el HPMI. (...) Hay personal administrativo destinado específicamente a la programación de las agendas. Y otra cosa que hay también son espacios de comunicación virtual para consultas entre profesionales del HPMI y de salud mental, y trabajadores de la salud mental del resto de la provincia. Eso es para consultas, derivaciones, supervisiones. Y por supuesto, el regreso de la atención presencial.” (Participante 12, 2023)

Además, en algunos hospitales se crearon espacios y la adquisición de tecnología para que los profesionales puedan desempeñar su labor de forma virtual, tanto para la atención de pacientes como para la realización de consultas, derivaciones y supervisiones entre profesionales de salud mental de distintas instituciones y hospitales. Esta colaboración y comunicación entre profesionales es crucial para garantizar una atención integral y coordinada.

La atención virtual se ha convertido en una parte esencial de la práctica de los profesionales. Sugiere que esta práctica ha demostrado ser eficaz y se ha vuelto crucial para algunos pacientes, especialmente aquellos que se ven impedidos en su movilidad, experimentan angustia al visitar el hospital o que provienen de áreas más remotas.

Estas modificaciones en la modalidad de brindar atención psicoterapéutica responden al valor de accesibilidad de APS, ya que permite a aquellos usuarios de los servicios del hospital que se encuentran limitados por su estado de salud físico y/o psíquico puedan acceder al servicio de salud mental, como así también, elimina las barreras geográficas y económicas. Otro valor al cual responde es el de sostenibilidad, ya que garantiza que la atención brindada pueda sostenerse en el tiempo.

También responde a los principios de atender las necesidades de salud de la población, debido a que se amplían las modalidades de atención psicoterapéuticas, además se respeta la decisión del paciente de cómo desea recibir atención, considerando sus valores, preferencias y necesidades. Se brinda una atención de calidad, sea cual sea la modalidad que el paciente elija.

Otro factor corresponde al equipo de protección y a los protocolos para evitar contagios, los entrevistados indicaron que se continúa con la utilización de barbijos, principalmente en salas de internación, y con los cuidados personales como ser el uso del alcohol, la ventilación de espacios y el lavado de manos.

“hoy por hoy preservamos el uso del barbijo como medida de protección, sobre todo en las áreas de internación, en los casos más respiratorios, digamos. Pero ya tengo cuatro dosis, ya para el COVID, entonces es como que hay menos riesgo de contagio en ese sentido”. (Participante 11, 2023)

“los elementos de protección. El uso del barbijo (...) los cuidados al momento de circular por el hospital (...) se sigue saludando con el puño, o nada, o se lo hace pasar al paciente. (...) de manera no calculada permanecieron.” (Participante 14, 2023)

El hecho de que se mencione la persistencia del uso del barbijo como medida de protección, especialmente en áreas de internación y casos respiratorios, indica que el

cuidado de la salud física sigue siendo una prioridad. Además, el hecho de que los profesionales cuenten con los refuerzos de la vacuna contra el SARS COVID sugiere una percepción de menor riesgo de contagio y posiblemente una mayor confianza en su protección.

También se mencionan cambios en la forma de interactuar en entornos hospitalarios, como el saludo con el puño, o directamente la eliminación del contacto físico. Respecto a esto, otro dato a tener en cuenta es que, antes de la pandemia, se solía compartir infusiones de yerba mate entre los profesionales, conducta muy arraigada en Argentina desde lo cultural, pero que a raíz de evitar contagios fue eliminada, volviéndose de uso individual:

“para mí fue un cambio significativo, (...) empezamos a tener cambios definitivos en ciertos comportamientos (...) dentro del sector, el uso del mate, se individualizó, cada uno trae su mate, para prevenir el contagio por COVID. Pero antes lo compartimos entre todos, ahora me parece natural que cada uno tenga su mate, y no convidar a nadie.” (Participante 2, 2023)

Estos cambios sugieren que la seguridad es fundamental, y el mantener los protocolos y equipos de protección como el énfasis en la higiene, es crucial para la prevención del COVID-19 y de otras enfermedades. De este modo se acentúa otro elemento de la APS, que es la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Por otra parte, se destacan que algunos de los cambios y adaptación de los espacios que se produjeron durante el periodo del ASPO aún se mantienen. Los participantes señalaron que:

“En la parte pediátrica se hizo terapia intermedia y se dio prioridad a lo que es la continuidad de la pared que tiene el oxígeno (...) hay espacios que no se han devuelto. (...) soporte nutricional no tiene espacio. Nosotros atendemos anorexia en ambulatorio y no tiene ninguna cama.” (Participante 13, 2023)

“Los psicólogos han creado un espacio de soporte técnico con virtualidad. Y eso quedó.” (Participante 13, 2023)

Otro de los cambios mencionados que aún se mantiene son la distribución horaria y la cantidad de pacientes que se atiende por día.

“distribución horaria (...) la atención matutina y vespertina (...) la cantidad de pacientes que cada profesional va a ver por día. para evitar la exposición del paciente a la espera en un pasillo” (Participante 2, 2023)

Dicha medida se relaciona con las ya mencionadas medidas de prevención, protección y seguridad.

Por otro lado, manifestaron que se mantiene la coordinación con otros profesionales y la articulación con otras instituciones, de manera virtual, como así también, el contacto con el paciente mediante su número personal.

“Los ateneos se hacen vía zoom, estamos todos en el hospital, pero cada uno se conecta desde distinto consultorio, cada uno se conecta desde su dispositivo. Mucho uso de WhatsApp.” (Participante 1, 2023)

“Ha marcado una diferencia, frente a otros pacientes que he visto posteriormente. Hay pacientes que tienen mi teléfono particular a partir de la pandemia y lo siguen teniendo y, bueno, y obviamente que el modo de comunicarnos cambió porque en vez de sacar turno en el hospital y de avisar en el hospital que no van a venir, y en vez reprogramar el turno me manda un mensaje de WhatsApp a mí, ¿no? (...) hay un ordenamiento, o sea, no me llaman a cualquier hora, no me mandan mensajes a cualquier hora, o sea, hay un ordenamiento de tiempo, que fue acordado de alguna manera y fue pautado, entonces, como que marca una cercanía, pero con ciertas estructuras (...) ha sido como una construcción” (Participante 11, 2023)

Se destaca la incorporación y el uso constante de herramientas virtuales como ser el uso de WhatsApp y zoom.

Un participante manifestó que aún se trabaja con las historias clínicas digitalizadas y otro indicó que se solicitó la incorporación de las recetas virtuales al servicio. Esto permite plantear que no solamente fue una medida que se tomó en un momento disruptivo, sino que permitió que se desarrollen nuevas habilidades, conocimientos, herramientas y formas de trabajo que se siguen utilizando y mejorando, con proyección de incorporación de nuevas herramientas.

Por último, los participantes indicaron que:

“Creo que como equipo estamos saliendo de lo que fue la pandemia, uno (...) intenta volver a estructuras que conoce, pero sabemos que eso no es posible porque ahora hay algo distinto un encuentro distinto, un volver a pasar por la angustia de cada profesional, pasamos por un cambio, hay una nueva apuesta” (Participante 7, 2023)

“fue un acontecimiento de la pandemia que favoreció a la implementación de algo que llegó para quedarse, que sobre esto no se puede hacer marcha atrás, se puede ir solamente para adelante, pero marcha atrás no se va a hacer. Un ciclo que no se puede cerrar si bien algunos tengan resistencia o no, la vía es que esto se instale cada vez más, que quede en la posibilidad de las atenciones virtuales como algo, como una posibilidad siempre.” (Participante 14, 2023)

Yo creo que lo que nos deja, lo que se inventó durante la pandemia es la posibilidad de utilizar otros recursos. Que hay múltiples situaciones que no se ajustan necesariamente a la oferta del hospital, pero que, haciendo lugar a la excepción, a las alternativas, uno puede dar respuesta a una serie de demandas que (...) si se ponían rígidas en términos institucionales, quedaría sin resolverse y luego se retorna de una manera más compleja. Se retorna con los suicidios, se retorna con las crisis por guardia, se retorna con violencia intrafamiliar. Por eso el Estado tiene que ver la manera de amplificar su oferta como para dar respuesta a todo lo que hay, a las demandas heterogéneas de la comunidad. Y ver que eso podría mejorarse.” (Participante 16, 2023)

Resulta relevante incluir estos dichos de los participantes, que reflejan cómo estas modificaciones que formaron parte de la pandemia no solo alteraron temporalmente la forma de brindar atención en salud mental, sino que también instauró cambios duraderos en la práctica de los profesionales.

Este análisis sugiere una transformación significativa en la práctica de los profesionales de la salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad en Salta, durante y después del aislamiento social resultado de la pandemia por COVID-19. La atención virtual, la seguridad y la tecnología se han vuelto fundamentales en esta nueva normalidad que, junto a la colaboración interinstitucional y la consideración de las necesidades de los pacientes, demuestra cómo la Atención Primaria de la Salud sigue siendo un pilar fundamental en la prestación de servicios de salud en Salta, incluso en tiempos de crisis.

Conclusión

En este apartado se desarrollarán las conclusiones de esta investigación. Se hace hincapié que fue posible cumplir con la pregunta y los objetivos propuestos. Es por este motivo que se destacan las representaciones sociales que se obtuvieron de las modalidades de atención psicoterapéutica de los profesionales de salud mental, de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta, durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, con sus aspectos cognitivos, figurativos y valorativos. Como así también, su incidencia en la práctica actual. Para ello se describirán los cambios producidos a raíz de la pandemia por COVID-19.

En primer lugar, se ha podido identificar cómo los profesionales se vieron confrontados por la necesidad de modificar sus prácticas y la modalidad de atención, en un corto período de tiempo. La mayoría de ellos pasaron de una atención netamente presencial a la incorporación de la atención virtual, de modo tal que, durante el periodo del ASPO, los profesionales trabajaron con una atención bimodal, es decir, atención virtual, y atención presencial con el equipo de protección, lo que evidencia una rápida adaptación a las nuevas circunstancias y su compromiso con la continuidad de la atención a sus pacientes. Además, da cuenta de cómo la Atención Primaria de la Salud se mantuvo como un principio fundamental.

El trabajo de los profesionales refleja una transformación en sus prácticas, basada en la necesidad de priorizar la seguridad de los pacientes y del personal de los hospitales. La implementación de medidas como la atención virtual para los pacientes con COVID-19, y la facilitación de recursos tecnológicos, como tablets y celulares para poder trabajar en el servicio, esto subraya su compromiso con la accesibilidad a la atención de salud mental en un momento de aislamiento y distanciamiento social.

Además, se observa la presencia de colaboración interinstitucional, donde los profesionales buscaron aprender de experiencias de profesionales que trabajan en diferentes hospitales, tanto de esta ciudad como de otros lugares, adaptando la atención para beneficio de sus pacientes. La cooperación y colaboración interinstitucional entre los profesionales son ejemplos claros de cómo los valores de la APS, como la solidaridad y la coordinación entre instituciones, fueron fundamentales para abordar la crisis de salud pública. La ayuda mutua entre profesionales, que compartieron experiencias y adaptaron sus prácticas para beneficiar a los pacientes, resalta la importancia de trabajar juntos en situaciones de crisis y enfatiza la necesidad de un enfoque de salud pública basado en la APS.

Sin embargo, también se destacaron desafíos significativos, como la falta de recursos tecnológicos suficientes en los hospitales, y la sobrecarga de trabajo experimentada por estos profesionales. Algunos profesionales mencionaron que no se sintieron cuidados o contenidos por las instituciones y los pacientes, lo que subraya la importancia de brindar apoyo emocional y reconocimiento a los trabajadores de la salud en tiempos de crisis.

Con respecto a las representaciones sociales, en lo que refiere al aspecto cognitivo de la misma sobre la atención virtual, los participantes la definen como una modalidad, un recurso, una herramienta, siendo la misma una adaptación y una forma eficaz de continuar la atención, a pesar de las restricciones impuestas por la crisis sanitaria.

El análisis se centra en las distintas percepciones y definiciones proporcionadas por los profesionales que llevaron a cabo esta modalidad de atención. Estas descripciones abarcan desde considerarla una "modalidad de intervención adaptada a las necesidades del paciente y en consonancia con la época", hasta resaltar su papel como un "recurso útil y eficaz" que permitió dar continuidad a la atención y descomprimir los servicios de la institución.

Resulta interesante cómo se resalta la flexibilidad y adaptabilidad que implicó la transición a la terapia virtual durante un momento de incertidumbre y desafíos, mostrando que se adoptaron múltiples formas de atención para adaptarse a las necesidades de cada paciente, ya sea a través de videollamadas, llamadas telefónicas o incluso atención presencial con el equipo de protección personal, en casos necesarios.

Además, se observa una consideración profunda sobre los aspectos terapéuticos de la atención virtual, donde se destaca el valor tanto de la mirada como de la voz, sugiriendo que ambas son herramientas terapéuticas en esta modalidad. Esta discusión se centra en la comprensión de cómo la virtualidad se relaciona con la presencia, planteando si los efectos terapéuticos difieren según el medio de comunicación (visual o auditivo) utilizado.

La discusión y definición de la terapia virtual como modalidad efectiva se respaldan con referencias a estudios y hallazgos, los cuales demuestran la reducción significativa de síntomas en pacientes atendidos de manera virtual. Esto resalta la eficacia de la terapia en línea para tratar diversas condiciones, incluyendo la depresión, ansiedad, estrés postraumático y otros trastornos (González-Brignardello et. al, 2022).

Es evidente que la atención virtual se convirtió en una herramienta esencial para los profesionales de la salud mental durante la pandemia. Los participantes destacan que les permitió mantener la continuidad de los tratamientos y brindar atención a personas que no podían asistir de forma presencial, lo que fue especialmente valioso en situaciones de aislamiento y restricciones de movilidad. También se mencionan ventajas tales como la flexibilidad en la programación de sesiones y la reducción de riesgos de contagio.

Sin embargo, no hubo un consenso total entre los profesionales. Algunos consideraron que la atención virtual era adecuada solo para seguimiento, mientras que otros creían que también podría ser una forma efectiva de tratamiento. En todos los casos, reconocen que se requiere una evaluación de la singularidad de cada paciente, y de lo que se considera más beneficioso para el mismo.

Por otro lado, el aspecto cognitivo de la representación social de la atención presencial con equipo de protección, los profesionales la consideran como una opción a utilizar cuando la virtualidad no es suficiente o en situaciones de urgencia. La imagen que se asocia a esta modalidad remite a las múltiples prendas correspondientes al equipo de protección a utilizar, lo que lleva a tener una valoración ligada a la incomodidad.

Mientras que el aspecto figurativo de la atención virtual refiere en primer lugar a pacientes que atendieron durante el periodo del ASPO. Pero también, surgen imágenes que remiten a la atención virtual por medio de videollamada, como ser las caras de los pacientes enmarcadas en la pantalla del celular, y la atención telefónica, como listas de nombres de pacientes.

Respecto a la valoración de esta modalidad, se la considera como positiva por las ventajas que proporciona en su implementación.

Los participantes destacan que la implementación de la modalidad de atención virtual ofrece ventajas como desafíos. Entre las ventajas se incluye la optimización de recursos, como la organización del tiempo y la accesibilidad, posibilidad de acercar la atención a personas que de otra manera no podrían acceder a ella; también se destaca la reinención de la profesión, mediante el desarrollo de habilidades, la posibilidad de instaurar un espacio de escucha y contención y el establecimiento de lazos sólidos con los pacientes; así como la mejora de la comunicación entre profesionales y los cuidados de la salud y seguridad. Esto también se alinea con el principio de brindar una atención de calidad y responder a las necesidades de salud de la población, lo cual es fundamental en la APS.

No obstante, se mencionan dificultades técnicas, limitaciones en la conectividad y falta de recursos tecnológicos que excluyen a algunas personas de esta modalidad. Los desafíos en la atención como la disminución de información no verbal en las sesiones virtuales, la restricción en el uso de objetos, el refuerzo de síntomas y la dificultad para establecer el encuadre.

Es evidente que las transformaciones observadas indican un cambio importante y sostenido en la forma en que se brinda atención a los pacientes. Estos cambios, a pesar de haber surgido durante la pandemia, se mantuvieron y han sido incorporados a la práctica diaria de los profesionales.

Se destaca la continuidad de la atención virtual después de levantadas las restricciones de la pandemia, lo cual revela su importancia y eficacia para ciertos grupos de pacientes, especialmente aquellos con limitaciones físicas o psicológicas para trasladarse al hospital. Esto ha mejorado la accesibilidad a los servicios de salud mental y permite la eliminación de barreras geográficas y económicas. La implementación de consultorios virtuales, el seguimiento virtual y la comunicación entre profesionales de distintas instituciones mediante la tecnología, permitieron una atención más integral y coordinada.

La persistencia de medidas de protección, como el uso continuo de barbijos en sala de internación y los cuidados para prevenir contagios, subraya la importancia de mantener la salud física como prioridad. Además, la modificación en los hábitos y protocolos de interacción, como la eliminación del contacto físico y la individualización en el consumo de mate, demuestran un cambio cultural significativo en la búsqueda de la seguridad y prevención de enfermedades.

También se destaca la permanencia de adaptaciones en los espacios hospitalarios, como la reorganización de áreas y la distribución horaria para evitar la exposición al virus, mostrando el compromiso continuo con la protección y la seguridad de los pacientes y profesionales.

La integración de herramientas tecnológicas como Zoom, WhatsApp y el uso de historias clínicas digitalizadas ha dejado una huella duradera en la forma en que se comunican, coordinan y brindan atención, demostrando la adaptabilidad y la incorporación de nuevas formas de trabajo que llegaron para quedarse.

La pandemia no solo modificó temporalmente la forma de brindar atención en salud mental, sino que catalizó cambios duraderos en la práctica de los profesionales, introduciendo la telemedicina como una herramienta fundamental y sostenible. La

combinación de atención virtual, medidas de protección y la integración de tecnología ha marcado una nueva normalidad en la práctica de la salud mental en Salta, Argentina.

Discusión

En este apartado se busca establecer conexiones con estudios previos que sirven como antecedentes en el conocimiento del problema. La comparación con ellos enriquecerá y brindará solidez científica a los resultados obtenidos por esta tesis.

En el artículo *The Role of Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic* elaborado por Swartz (2020), se realiza una revisión de literatura. En el mismo se manifiesta que, durante la pandemia, la utilización del vídeo y el teléfono como medios para llevar a cabo sesiones de psicoterapia de forma remota ha sido fundamental en la provisión de este servicio. También se hace énfasis en la eficacia de la atención psicoterapéutica por medio de la modalidad virtual.

En la presente investigación, se brinda conocimiento de que no solo se emplearon videollamadas y llamadas telefónicas, sino que también se brindó una atención presencial con el equipo de protección personal, según las necesidades de los pacientes. A su vez, se destaca el hecho de que los participantes manifestaron una valoración positiva de la atención virtual, ya que sostienen que ha permitido la continuidad de la atención psicoterapéutica, y a su vez que esta atención se desarrolle en ambientes más seguros, evitando la exposición a enfermedades, tanto para los terapeutas como para los pacientes. También se coincidió en que la utilización de la modalidad virtual tuvo efectos positivos sobre los pacientes.

Aunque estos son diferentes trabajos, la utilización de este artículo científico realizado en Norteamérica permite enriquecer y brindar solidez a esta investigación, la cual se realiza en un contexto determinado, hospitales de IV nivel de complejidad en la ciudad de Salta, y con una población definida, profesionales de los servicios de Salud Mental. También hay una diferencia temporal en la cual se realizaron ambos trabajos, lo que permite actualizar la información disponible y ampliar el conocimiento.

Por otro lado, en la investigación *Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic*, Boldrin et. al. (2020) indicaron que realizaron su estudio en el pico más alto de restricción en Italia. En la misma se destaca como hallazgo que gran parte de los tratamientos de los psicoterapeutas habían sido interrumpidos por la falta de experiencia previa con telepsicoterapia, la orientación teórica y la falta de privacidad en el hogar del paciente.

En este punto se encuentran discrepancias en los resultados, dado que, según los datos hallados, no se interrumpieron tratamientos por estos motivos. En algunos de los hospitales hubo un descenso significativo de consultas espontáneas, lo que implicó descensos en la atención brindada a través de consultorios externos. Sin embargo, los profesionales se encargaron de evaluar cuáles de sus pacientes requerían continuar con el tratamiento y quiénes podían esperar para retomar tratamiento una vez que la situación de pandemia hubiera cesado.

Otro aspecto a destacar es que, en la corriente investigación, no se hizo foco en la orientación teoría de los profesionales ni en su experiencia previa. De todas maneras, casi la totalidad de los participantes indicaron que la atención antes de la pandemia era netamente presencial, a excepción de un participante que mencionó que algunos pacientes se habían contactado telefónicamente al sector de urgencia al tener una emergencia, y se les brindó atención telefónica. Por otro lado, hubo quienes manifestaron comenzar a prepararse en el tema durante la pandemia.

Por otra parte, Boldrin et. al. (2020) manifiestan que los resultados indicaron que la falta de un espacio privado en el hogar de los pacientes era un obstáculo importante para la telepsicoterapia, sosteniendo que los psicoterapeutas pueden necesitar abordar de manera pragmática con sus pacientes las dificultades para crear un entorno íntimo, tranquilo y seguro en el que participar en las sesiones de telepsicoterapia y así continuar con el trabajo terapéutico.

Aquí se encuentra concordancia con lo expresado por ciertos profesionales respecto a una de las dificultades del empleo de la atención virtual, la cual fue la pérdida del encuadre. Esta dificultad incluye no sólo la pérdida de la privacidad, sino también el exceso de imagen o información visual acerca del paciente y su hogar, y la comunicación en horarios no laborales.

Además, los autores identificaron como otro factor, que influye en la satisfacción del terapeuta con la telepsicoterapia, al uso de videollamadas en lugar de llamadas telefónicas.

Nuevamente se encuentra una diferencia con los resultados obtenidos, debido a que, si bien los participantes indicaron que, hacia un primer momento, creían que la utilización de la videollamada era la mejor opción, pero que a medida que atendían más pacientes, se dieron cuenta que se tenía que considerar la singularidad de cada caso. También se dio lugar a que los pacientes eligieran de qué modo querían recibir su tratamiento, y se contempló los elementos tecnológicos que los pacientes disponían para ello.

Por último, Boldrin et. al. (2020) sostienen que las experiencias de los terapeutas con las sesiones en línea se vieron influenciadas significativamente por sus actitudes y creencias hacia la telepsicoterapia. Los autores concluyeron que los terapeutas que percibían la modalidad en línea como incongruente con su enfoque teórico manifestaron menos satisfacción en el empleo de la misma.

Este punto resulta interesante a tener en cuenta, ya que las actitudes y creencias remiten al aspecto valorativo y cognitivo de las representaciones sociales. Si bien los resultados obtenidos no son compatibles, resulta preciso destacar que coincide con la primicia mencionada. En el caso de esta investigación, se encontró que los participantes tienen una valoración positiva sobre la modalidad de atención psicoterapéutica virtual, reconociendo ventajas y dificultades en su implementación. Se enfatiza también el hecho de que los participantes de esta investigación llevan más tiempo ejerciendo la modalidad virtual, dado que iniciaron esta práctica en la pandemia, y la mayoría de ellos aún continúa ejerciéndola.

En consonancia con lo recién mencionado, los autores Békés y Aafjes-van Doorn (2020) en *Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic* indicaron que la experiencia en psicoterapia en línea genera actitudes más positivas hacia esta modalidad, y que, con el tiempo, y a medida que los terapeutas adquieren más experiencia y capacitación, podrían sentirse más cómodos utilizando la terapia en línea a través de videoconferencia. Asimismo, destacaron la importancia del apoyo y la supervisión de pares, tanto durante como después de la pandemia, para aumentar la capacidad de los terapeutas en prácticas reflexivas, y para poder comprender y adaptarse a los cambios derivados de la crisis global (Békés y Aafjes-van Doorn, 2020).

De este modo, se considera que se encontraron coincidencias con este estudio, debido a que los participantes de esta investigación trabajaron de manera interinstitucional con profesionales de la misma provincia, como así también con colegas de todo el país. Esto les permitió tener un acercamiento diferente a esta modalidad, crear redes y apoyarse en el valor de la solidaridad de APS.

Es importante destacar que ambos estudios, el realizado por los autores Békés y Aafjes-van Doorn (2020), y el de Boldrin et. al. (2020), se realizaron en los primeros meses de la pandemia, de marzo a mayo del año 2020, investigando las actitudes que poseen los profesionales de salud mental, y dirigido a profesionales de Europa, Canadá y Estados Unidos. Si bien las actitudes reflejan un aspecto de las representaciones sociales, estas son más que la valoración respecto a un hecho determinado, sino que incluyen el aspecto cognitivo y figurativo, siendo las mismas una forma de conocimiento que permiten comprender la realidad, y que es elaborada y compartida por un grupo social (Moscovici, 1979).

Al mismo tiempo, en el artículo de Tajan, Devès y Potier (2023) titulado "*Telepsychotherapy during the COVID-19 pandemic: a mini-review*", se abordan varios aspectos relacionados con la terapia en línea en el contexto de la pandemia de COVID-19.

En dicho artículo de revisión de literatura, se señala que la infraestructura tecnológica es insuficiente, tanto por parte del terapeuta como del paciente, junto con la falta de privacidad en el entorno del cliente (Tajan et. al., 2023).

Respecto a lo remarcado por estos autores, se puede establecer una coincidencia con los resultados adquiridos, debido a que los participantes de esta investigación indicaron que, en los hospitales en los cuales desarrollan su labor, no contaban con los elementos tecnológicos necesarios para impartir atención virtual, por esa razón ellos se encargaron de proveer los elementos tecnológicos, lo cual se representa como una desventaja en la implementación de la atención virtual. Sin embargo, un dato que no tiene menor peso, es que algunos profesionales indicaron que en los servicios se crearon salas equipadas con computadoras para atención virtual, y otros participantes, que se equiparon los consultorios con computadoras.

Otro aspecto que destacan Tajan et. al (2023), son los beneficios significativos en la teleterapia, especialmente para pacientes que residen en áreas rurales y en comunidades desatendidas. Observaron un aumento en la accesibilidad, así como una reducción de los gastos, un mayor aprovechamiento del tiempo personal y mayor flexibilidad en el acceso a los servicios terapéuticos.

Se encontró una coincidencia con las ventajas mencionadas, además, en esta investigación lo participantes indicaron que existían beneficios en la atención que incluían la reinención de la profesión a través del empleo de esta nueva modalidad, la capacidad de brindar un espacio de escucha y de contención incluso en situación de aislamiento, y el establecimiento de lazos sólidos con los pacientes a pesar de la distancia física. Otro aspecto que resultó beneficioso fueron aquellas medidas de cuidado de la salud y seguridad que permiten proteger tanto al paciente como a los profesionales, evitando la exposición al coronavirus SARS-COV-2 y a otros tipos de enfermedades.

Por otro lado, los autores Tajan et. al (2023) manifiestan que existen desafíos en el ámbito de la salud, como la exclusión digital, la fatiga, el aislamiento y la falta de

motivación, que afecta a algunos pacientes. Además, observaron que la teleterapia no es apropiada en ciertos casos, poblaciones y patologías (2023).

También identificaron dificultades técnicas y problemas de conexión a internet, que pueden convertirse en barreras adicionales para la implementación de la teleterapia en ciertos casos, poblaciones y patologías. (Tajan et. al, 2023)

Resulta importante destacar que los resultados de esta investigación, con respecto a las ventajas y dificultades, coinciden con los hallazgos de la investigación de Tajan et. al (2023), incluyendo la desigualdad social que se puede producir a partir de esta nueva implementación en la modalidad de atención, debido a que no todos cuentan con el acceso a la tecnología, o servicio de internet requeridos. De este modo, se encuentra un aspecto positivo ya que permite que más gente se conecte, pero a su vez se produce esta exclusión social, la cual aumenta la vulnerabilidad. Por otro lado, los participantes no hicieron alusión a la fatiga de los pacientes o a la falta de motivación.

En esta investigación, los participantes destacaron la necesidad de evaluar caso por caso la problemática del paciente para poder considerar si éste es adecuado para recibir atención por medio de la modalidad virtual, para evitar la intensificación de los síntomas culpa del aislamiento. Respecto a las fallas técnicas, también fue una dificultad que enfrentaron los participantes en esta investigación.

También se discuten los resultados con la pasantía titulada de la siguiente manera: Intervenciones que lleva adelante el psicólogo practicante de psicoanálisis en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, frente a los casos de urgencias subjetivas que llegan al hospital en el contexto de pandemia por COVID-19, de Nuccelli (2021), tesis de grado para la obtención de Título para la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta.

La misma es una pasantía académica que se centró en observar las intervenciones realizadas por la tutora institucional en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Público de Autogestión San Bernardo. Las intervenciones abordaron las solicitudes de interconsulta de profesionales de la guardia, consultas de especialistas relacionadas con pacientes hospitalizados en áreas de clínica médica y cirugía, así como atenciones para demandas espontáneas, tanto intrahospitalarias como en el consultorio ambulatorio. Esto tuvo lugar en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Si bien no se discutirá sobre los resultados que remiten a las intervenciones realizadas, por no formar parte del foco de esta investigación, se hará hincapié en la información en que ambas investigaciones se intersectan.

Nuccelli (2021) señala que, en respuesta a la pandemia, se adoptó una medida inédita en la historia del Hospital San Bernardo, la utilización de dispositivos remotos para la atención. Cuando se llevó a cabo la atención de manera remota, los pacientes internados en diversas salas recibieron dispositivos, generalmente tablets, que estaban protegidos con una película desechable que se reemplazaba después de cada uso. El personal del Servicio de Psiquiatría y Psicología realizó entrevistas y seguimiento de los pacientes a través de videollamadas o llamadas de voz. En las intervenciones presenciales, tanto la practicante como los pacientes tuvieron que utilizar medidas de protección, como barbijos, antiparras y máscaras protectoras. Sin embargo, esta protección a veces dificultaba la comunicación, especialmente en pacientes con lesiones que afectaban su habla. El uso de barbijos era necesario, pero generaba un obstáculo adicional en las

primeras entrevistas clínicas, lo que requería que la practicante repreguntara o repitiera lo dicho para garantizar la comprensión (Nuccelli, 2021).

En relación a la práctica del psicoanálisis en urgencias subjetivas, especialmente en el contexto de la pandemia, la autora indica que se adaptaron dispositivos para la atención, utilizando herramientas remotas como computadoras, tablets y teléfonos celulares cuando la situación epidemiológica lo requería. Esto permitió atender a pacientes internados y ambulatorios, siendo la primera vez en la historia del hospital que se implementó este enfoque. Es relevante destacar que el Servicio de Psiquiatría y Psicología, actualmente denominado Programa Funcional de Salud Mental del Hospital San Bernardo, continuó brindando asistencia de manera ininterrumpida durante la pandemia, incluso cuando algunos miembros del personal se encontraban aislados o internados debido al COVID-19 (Nuccelli, 2021).

En general, los pacientes mostraron disposición para trabajar con los dispositivos remotos, y no surgieron desacuerdos significativos en el caso de pacientes internados. Sin embargo, en las intervenciones en consultorio ambulatorio, se observaron algunas dificultades en la comunicación a través de llamadas de voz o videollamadas en algunas ocasiones. A pesar de los desafíos, desde la experiencia de la pasantía académica se pudo observar que los practicantes, guiados por el deseo del analista y la ética psicoanalítica, trabajaron para permitir este tiempo de pausa, lo que permitió la emergencia del sujeto y tuvo efectos terapéuticos en los pacientes. Se observaron cambios significativos en la subjetividad de los pacientes a lo largo de las intervenciones.

Se puede señalar que hubo coincidencias en cuanto a la información que se recaba de esta pasantía, incluyendo tanto la incorporación de la tecnología como los efectos que se produjeron en terapia, y la ética profesional para continuar trabajando en la época de pandemia. Resulta importante contemplar esta pasantía porque la misma fue realizada en uno de los hospitales tomados como muestra para recabar datos, el cual es una institución de salud pública de la ciudad de Salta. Sin embargo, en la actual investigación se abordan temas relevantes respecto a las modificaciones de las modalidades de atención brindadas durante la pandemia, no solo en este hospital, sino en todos los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta Capital, como así también las representaciones sociales de estas modalidades de atención, y cómo estos cambios influyen en la actualidad.

Lo expuesto anteriormente da cuenta de la originalidad de esta investigación ya que, si bien hubo otras investigaciones en las cuales se trabajó sobre la perspectiva y la actitud de los profesionales, no se ha indagado sobre las representaciones sociales que se produjeron sobre las modalidades de atención durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. A su vez, esta investigación aporta información relevante sobre cómo los cambios producidos durante la pandemia inciden en la atención psicoterapéutica actual, y en la práctica en general.

Sugerencias

A partir de la investigación realizada, se evidenció la falta de programas o acciones por parte de las instituciones para brindar apoyo a los profesionales de salud mental. Estos profesionales manifestaron sentirse sobrecargados durante la pandemia y carecer de un espacio de escucha para procesar lo acontecido. Se considera que establecer un recurso de apoyo podría resultar beneficioso para mejorar el bienestar de estos profesionales.

Es importante destacar que la presente investigación se enfoca en las percepciones de los profesionales de salud mental exclusivamente. No se incluye la perspectiva de los pacientes, lo que podría limitar la comprensión completa de la atención durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. Por tal motivo, se sugiere considerar la inclusión de la perspectiva de los pacientes como un tema a explorar en futuras investigaciones.

Se considera que un tópico a explorar corresponde a la efectividad que puedan tener los diferentes enfoques psicoterapéuticos al proporcionar tratamiento mediante la modalidad de atención virtual. Investigar en esta área podría resultar valioso al determinar si es que algún enfoque en particular resulta más ventajoso al utilizar esta forma de atención psicoterapéutica.

Por último, se recomienda explorar en detalle las implicaciones éticas de la utilización de la modalidad virtual en la atención de salud mental, ya que es sorprendente que este tema no haya surgido durante la recopilación de datos. Profundizar en este aspecto puede enriquecer la comprensión de la atención virtual y sus desafíos éticos.

Limitaciones

El desarrollo de esta investigación se vio enfrentado a ciertas dificultades en el proceso de acceso a los hospitales. A pesar de la respuesta favorable por parte de las instituciones, la gestión para obtener este acceso resultó ser un proceso demorado.

Además, se encontraron obstáculos al intentar acceder a la documentación hospitalaria, aunque en ciertos casos se logró superar esta limitación.

Por último, se destaca como una limitación, especialmente al comienzo de la investigación, la escasez de información disponible sobre el tema, una carencia que se acentuó aún más en el contexto de Argentina y, específicamente, en Salta.

Referencias

- Acuña, C. y Chudnovsky M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Documento de trabajo N° 60. Centro de Estudiantes para el Desarrollo Institucional- CEDI-Fundación Gobierno
- Área Operativa Norte. (2022a). *El Hospital*. <http://aonorte.gob.ar/ao-norte-salta/hospital/>
- Área Operativa Norte. (2022b). *Autoridades*. <http://aonorte.gob.ar/ao-norte-salta/autoridades/>
- Barten, F., Rovere, M., Espinoza, E. (2010). *Salud para todos: una meta posible. Pueblos movilizados y Gobiernos comprometidos*. Editorial del Ministerio de Salud.
- Benyakar, M. (2006) *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catastrofes sociales*. 2da. ed.- Buenos Aires: Biblos
- Boldrin, T. et. al. (2020) *Psicoterapia durante COVID-19: cómo cambió la práctica clínica de los psicoterapeutas italianos durante la pandemia [Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic]*. *Revista Frontiers*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591170>
- Boletín N° 18143. (2009) CARTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL SAN BERNARDO. <https://boletinoficialsalta.gob.ar/instrumento.php?cXdlcnR5dGFibGE9UnwxMTRELzA5JmRhdGE9MTgxNDN8MjAwOXF3ZXJ0eQ==>
- Bruno, D., Márquez Rodríguez, F., Grinberg, M. (2020). *Caracterización del impacto en salud mental de la pandemia Covid-19*. <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/18280>
- Carrillo Farga, Ana María(2020) *Pandemias ayer y hoy*. Correo de la UNESCO. <https://es.unesco.org/courier/2020-3/pandemias-ayer-y-hoy>
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. Buenos Aires Argentina, 30 de noviembre de 2013. http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf
- Colegio de Psicólogos de Salta (2021). *Modalidad Virtual de Atención*. <https://psicologossalta.com.ar/modalidad-virtual-de-atencion/>
- Decreto 297 de 2020 [Poder Ejecutivo Nacional]. *Aislamiento Social, Preventivo Y Obligatorio*. 19 de marzo de 2020. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primer/227042/20200320>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). *El Concepto De Accesibilidad: La Perspectiva Relacional Entre Población Y Servicios*. Anuario de Investigaciones, XIV, 201-209.
- Decreto 520 de 2020 [Poder Ejecutivo Nacional]. *Distanciamiento Social, Preventivo Y Obligatorio*. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primer/230245/20200608>

- Dangelo, C., Córdoba, J., Aguirre, S., Roggia, C., Arsaut, C., Fontao, M., Ordoñez, M., Avedikian, V., Zacarías, T. M., Cardoso, A. (2020). Estudio sobre percepción del impacto del aislamiento social en psicólogos de Córdoba – Argentina. *Revista Universidad Nacional de Córdoba*. 5 (2). P. 269-300. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/33339>
- Dirección General De Coordinación Epidemiológica. Gobierno de Salta. Ministerio de Salud Pública (2021). *Clasificación de zonas según situación epidemiológica al 09 de agosto de 2021*. http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/covid/documentos/zonas_riesgo/zonas_salta_09_08.pdf
- Dirección General De Coordinación Epidemiológica. Gobierno de Salta. Ministerio de Salud Pública Provincia de Salta (2019). *Organización sistema de salud*. <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/organizacionsistsaludmsp.php>
- Fischer, G. (1990). *Psicología Social*. Conceptos fundamentales. Narcea
- Gobierno de la Provincia de Salta (2011). *Plan Quinquenal de Salud*.
- Gobierno de Salta (2022). *El hospital Miguel Ragone atendió a más de 4000 consultas en lo que va del año*. <https://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/el-hospital-miguel-ragone-atendio-mas-de-4000-consultas-en-lo-que-va-del-anio-75773>
- Gobierno de Salta (2022). *El hospital Señor del Milagro celebra hoy 127 años de servicio*. <https://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/el-hospital-senior-del-milagro-celebra-hoy-127-anios-de-servicio-81777>
- Gobierno de Salta (2021). *Hoy celebran los 21 años del Hospital Público Materno Infantil*. <https://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/hoy-celebran-los-21-anios-del-hospital-publico-materno-infantil-79691>
- González-Brignardello, M. P., Olea Tejero, T., Carrasco, M. A., Saúl, L. A. y Sierra-García, P. (2022). *Eficacia de una intervención psicológica breve en línea durante el confinamiento por COVID-19*. *Revista de Psicoterapia*, 33(122), 173-193. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i122.1102>
- Hospital Doctor Arturo Oñativía (2022a). *Historia del Hospital*. http://www.hospitalonativia.gob.ar/?page_id=45
- Hospital Doctor Arturo Oñativía (2022b). *Misión, Visión, Valores*. http://www.hospitalonativia.gob.ar/?page_id=660
- Hospital Doctor Arturo Oñativía (2022c). *Carta de Servicio*. http://www.hospitalonativia.gob.ar/?page_id=1388
- Hospital San Bernardo. Programa Comunitario (2020). Información. <http://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/wp-content/uploads/2020/05/Dossier-Hospitalario.pdf>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021a). *Historia del Hospital*. <https://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/historia-del-hospital/>

- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021b). *Carta de Servicio*. <http://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/noticias/carta-de-servicios/>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021c). *Misión, Visión, Valores*. <https://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/mision-vision-valores/>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021d). *Comité de Bioética*. CADI. <http://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/quienes-somos/>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021e). *Horarios de Atención*. <https://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/horarios-de-atencion/>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021 f). *Autoridades*. <https://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/autoridades/>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2021 g). *Misión, visión y valores*. <https://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/mision-vision-valores/>
- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo (2023). *Oficina de violencia*. <https://www.hospitalsanbernardo.com.ar/web/oficina-de-violencia/>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teorías. En S. Moscovici, *Psicología Social II* (págs. 469-479). Paidós.
- Laclette, J. P. y Morán López, J. L. (2020). Planeación en la era de las pandemias; una visión de futuro. *Academia Mexicana de Ciencias*, 71(3): 92-100. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/71_3-e/PDF/12_71_E_1313_Planeacion.pdf
- León, M. (2002). Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social. En *Psicología social* (pp. 367-385). Pearson Education.
- Ley N°6063 del Ejercicio Profesional del Psicólogo. Boletín Oficial de la Provincia de Salta. Salta, Argentina 11 de febrero de 1983. <https://boletinoficialsalta.gob.ar/instrumento.php?cXdlcnR5dGFibGE9QXwxMDAwNzI0MDUmZGF0YT0yMDUwMnwyMDE5cXdlcnR5>
- Ley N°23.277 del Ejercicio Profesional del Psicólogo. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos aires, Argentina 6 de noviembre de 1985. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ley_nacional_23277.pdf
- López Fuentetaja, A. M., Villaverde O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 1 (10), pp. 1-19. Recuperado el 17 de octubre <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Llaya, J. (2007) *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino*. Ministerios de Salud Provinciales: *El Caso de Salta*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. SEMINARIO IV.
- McBeath G., Plock S. y Bager-Charleson S. (2020). The challenges and experiences of psychotherapists working remotely during the coronavirus pandemic [Los desafíos y experiencias de psicoterapeutas trabajando remotamente durante la

pandemia por coronavirus]. *counselling & psychotherapy research*, 20 (3), 394-405. <https://doi.org/10.1002/capr.12326>

Ministerio de Salud de la Nación (2022). *Preguntas frecuentes sobre el Nuevo coronavirus COVID-19*. Recuperado el 16 de agosto de 2021 de https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/preguntasfrecuentes?gclid=CjwKCAjwrZOXBhACEiwA0EoRD6lYG40p3XVJyVTON5koYcc3LZQf9z4YnfJQINHwfb8gcuxArryFaBoC7LMQAvD_BwE#hacer-contacto?utm_source=search&utm_medium=cpc&utm_campaign=coronavirus&utm_term=grants&utm_content=nacional

Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Teléfonos y contactos útiles sobre coronavirus*. Recuperado el 16 de agosto de 2021 de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/telefonos>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2006) Manual de procedimientos del comité de operaciones de emergencia en salud COE - S. <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Septiembre2007/CD2/pdf/spa/doc16541/doc16541-contenido.pdf>

Ministerio De Salud Pública De Salta Dirección General De Coordinación Epidemiológica Sala De Situación. (2020) Nuevo Coronavirus - COVID-19 Manejo De Pacientes Y Elaboración De Un Plan De Contingencia. Recuperado de http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/documentos/index/coronavirus_plan_contingencia.pdf

Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul

Nuccelli, I. M. (2021). *Intervenciones que lleva adelante el psicólogo practicante de psicoanálisis en el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Público de Autogestión San Bernardo, frente a los casos de urgencias subjetivas que llegan al hospital en el contexto de pandemia por COVID-19*. Tesis de grado para la obtención de Título para la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta. http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/doc_num_data.php?explnum_id=2933

Organización de las Naciones Unidas (15 de abril de 2020). *Cronología de la pandemia del coronavirus y la actuación de la Organización Mundial de la Salud*. <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472862>

Organización Mundial de la Salud (12 de septiembre de 1978). *Declaración de Alma Ata. Atención Primaria de la Salud*.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Viruela símica*. Recuperado el 24 de octubre de 2022 de: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox?gclid=Cj0KCCQjwteOaBhDuARIsADBqReh0TIX9vhwPOg5rfgKMLOcYqtg0m_1sLW_s5c8BFQ0htxmgpJF2bT8aAq1sEALw_wcB

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud en las Américas*. Volumen I—Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622.

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007) *Declaración de las Américas sobre La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.*
- Ponce Mora, P. (31 de Julio 2021). Solo 2 de cada 10 salteños mayores de 18 años cuentan con las dos dosis. *El Tribuno*. <https://www.eltribuno.com/salta/nota/2021-7-31-20-40-0-solo-2-de-cada-10-saltenos-mayores-de-18-anos-cuentan-con-las-dos-dosis>
- Real Academia Española (2022) Diccionario de la lengua española, 23.^a ed. <https://dle.rae.es/recurso>
- Resolución 202/2020. Ministerio de Salud Pública de Salta. Comité COVID-19, integrado por instituciones públicas y privadas. <https://e-legislar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/37745.html>
- Resolución A/Res/55/2. Asamblea General. *Declaración del Milenio* (13 de septiembre de 2000). <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Resolución N°11 D. Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio de Salud Pública. *Carta de servicios del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone*. 2015. <https://boletinoficialsalta.gob.ar/anexos2/Resolucion11D-15.pdf>
- Resolución N°43 D. Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio de Salud Pública. *Hospital Señor del Milagro*. 2011. <https://boletinoficialsalta.gob.ar/anexos/Resolucion43D-11.pdf>
- Rodriguez Ceberio M. (2008). *Qué es la psicoterapia desde una perspectiva sistémica*. *Revista campo grupal*. 21 (105). https://www.academia.edu/28233961/QU%C3%89_ES_LA_PSICOTERAPIA
- Sampieri Hernández, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. Ciudad de México. Ed. Mc Graw Hill.
- Sagués, S. (2013). *Políticas Públicas*
- Secretaría de Prensa y Comunicación (2020) El hospital San bernardo capacito en salud comunitaria a estudiantes de La Caldera. Gobierno de la Provincia de Salta <https://www.salta.gob.ar/prensa/noticias/el-hospital-san-bernardo-capacito-en-salud-comunitaria-a-estudiantes-de-la-caldera-84478>
- Soto Pérez, f. Franco -Martín, M. ,Monardes Seemann, C. (2016) *Ciberterapias: tratamientos mediados por ordenador y otras tecnologías*. Formación Continuada a Distancias Consejo General de Psicología de España FOCAD. 29. 1-29. https://www.researchgate.net/publication/303485517_Cybertherapies_treatments_mediated_by_computer_and_other_technologies
- Swartz. H. A. (2020). *El rol de la psicoterapia durante la pandemia covid 19 [The Role of Psychotherapy During the COVID-19 Pandemic]*. The American Journal of Psychotherapy. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200015>
- Terry-Jordán Y., Bravo-Hernández N., Elias-Armas K. y I. Espinosa-Carás (2020) Aspectos psicosociales asociados a la pandemia por COVID-19. *Revista*

Información Científica, 99(6), 585-595. Epub 04 de diciembre de 2020.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000600585&lng=es&tlng=es.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.

Anexo I: Notas de autorización

Hospital San Bernardo

10/11/2022

Salta, Argentina

Por la presente, el doctor Exequiel Scarttezzini, Jefe del Programa Funcional de Salud Mental del Hospital San Bernardo, autoriza a la estudiante María Fernanda Karanicolas, D.N.I.: 38.035.815, a realizar su trabajo de investigación final, correspondiente a la carrera de grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, en el servicio de salud mental del Hospital San Bernardo, ubicado en Av. José Tobias 69, Salta Capital. En dicho trabajo se buscará las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Los objetivos específicos serán:

- Describir la modalidad de atención psicoterapéutica implementada por los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Identificar el aspecto cognitivo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica que tienen los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Analizar el aspecto figurativo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica que tienen los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Describir el aspecto valorativo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica de los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Reconocer las modificaciones en la modalidad de atención psicoterapéutica implementadas por los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.

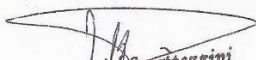
De esta manera se trabajará con entrevistas de modalidad virtual/presencial a los profesionales psicólogos y psiquiatras, que se encuentran realizando su labor en el servicio de salud mental, y que además cuenten con las siguientes condiciones, a ser, que haya trabajado

durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, y que deseen participar voluntariamente en la entrevista.

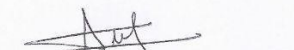
Se buscará entrevistar a tres profesionales como mínimo, o hasta saturar la muestra.

Esta investigación se encontrará bajo la dirección y supervisión de Solana Sagués, licenciada en Psicología, M.P. 978.

Se firman dos ejemplares de esta nota, quedando una copia a cada parte.


Dr. Exequiel Scarttezzini
Especialista en Psiquiatría
M.P. 4414

Dr. Exequiel Scarttezzini


María Fernanda Karanicolas
D.N.I.: 38.035.815

Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone

22/02/2023

Salta, Argentina

Por la presente, la estudiante María Fernanda Karanicolas, D.N.I.: 38.035.815, solicita autorización al Licenciado Cristian Adet, Jefe del Servicio de Psicología del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone a realizar su trabajo de investigación final, correspondiente a la carrera de grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, en el servicio de salud mental del Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone, ubicado en Avenida Ricchieri s/n, Salta Capital. En dicho trabajo se buscará conocer las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Los objetivos específicos serán:

- Describir la modalidad de atención psicoterapéutica implementada por los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Identificar el aspecto cognitivo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica que tienen los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Analizar el aspecto figurativo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica que tienen los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Describir el aspecto valorativo de las Representaciones Sociales acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica de los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.
- Reconocer las modificaciones en la modalidad de atención psicoterapéutica implementadas por los profesionales de salud mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria por COVID-19.

De esta manera se trabajará con entrevistas de modalidad virtual/presencial a los profesionales psicólogos y psiquiatras, que se encuentran realizando su labor en el servicio de salud mental, y que además cuenten con las siguientes condiciones, a ser, que haya trabajado

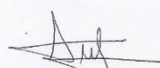
durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, y que deseen participar voluntariamente en la entrevista.

Se buscará entrevistar a tres profesionales como mínimo, o hasta saturar la muestra.

Esta investigación se encontrará bajo la dirección y supervisión de Solana Sagués, licenciada en Psicología, M.P. 978.

Se firman dos ejemplares de esta nota, quedando una copia a cada parte.


CRISTIAN ADET
Licenciado en Psicología
M.P. 961


María Fernanda Karanicolas
D.N.I.: 38.035.815
Cel:3873-436796

HOSPITAL DE SALUD MENTAL "Dr. MIGUEL R. G."	
MÉDICO	
ENTRO	SALIDA
22 FEB 2023	
Hs. 13:17	
F. 29042	
Recibió	


ELSA VALDEZ
Sector Plaza de Entradas
Hospital "Dr. Miguel R. G."

Anexo II: Carta de aprobación

Hospital San Bernardo

HSB HOSPITAL
SAN BERNARDO

HSB HOSPITAL
SAN BERNARDO
COMITÉ ASesor DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CADI

Salta, 27 de Setiembre de 2022

Expte: SIC DOC

A María Fernanda Karanícolas

Alumna de la Carrera de Licenciatura en Psicología

De la Universidad Católica de Salta

S _____ / _____ D

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. para informarle que la C.A.D.I. Comisión asesora de Docencia e Investigación, en sesión ha tratado el siguiente Proyecto de Investigación "**Representaciones sociales de los profesionales del Programa Funcional de Salud Mental del Hospital San Bernardo sobre la modalidad de atención Psicoterapéutica durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio en el año 2022**" y ha considerado su **Aprobación con observaciones** a fin de continuar con los pasos de autorización para su ejecución. Se ha considerado la importancia de su propuesta de investigación y lo que implica en el beneficio del personal de salud en el ámbito público en especial en nuestra institución.

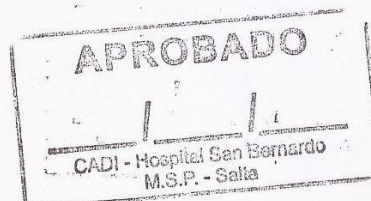
Se adjunta CARTA DE APROBACION, se entrega firmada y sellada para continuar los trámites de ejecución.

Sin otro particular, la Comisión asesora de Docencia e Investigación se despide de UD, atte.

Dra. GABRIELA DEL VALLE RAMOS
M.P. 4910
Presidente
Comité de Docencia e Investigación
Hospital San Bernardo

GABRIELA RAMOS
CADI HSB

Av. José Tobías 69
Salta- Capital



CARTA DE APROBACIÓN

Título: "REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DEL PROGRAMA FUNCIONAL DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL SAN BERNARDO SOBRE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO EN EL AÑO 2022"

Tipo de documento: Protocolo de Investigación Cualitativa

Fecha de Protocolo: noviembre 2022

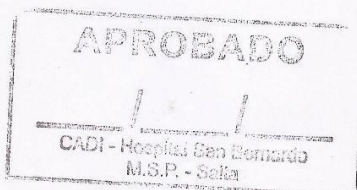
Criterios que sustentan la aprobación del protocolo:

- **Objetivo principal:** Conocer las representaciones sociales de los profesionales del Programa de Salud Mental en la atención psicoterapéutica implementada durante Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO)
- **Breve descripción metodológica:** Diseño fenomenológico. Este diseño permitirá el desarrollo de teoría a nivel conceptual de las representaciones sociales que tiene los profesionales del programa funcional de salud mental del Hospital San Bernardo acerca de la psicoterapia implementada durante la pandemia por COVID 19 a partir de una situación, experiencia y contexto particular.
- **Justificación de la investigación:** Permitirá conocer un aspecto no investigado a nivel local de las representaciones sociales en el ámbito de la Psicoterapia de los profesionales del programa funcional de Salud Mental del Hospital San Bernardo.
- **Aporte a la Institución:** Permitirá mejorar las prácticas psicológicas y brindar una mejor atención para los usuarios de psicoterapia.

Se ha recibido y evaluado la siguiente documentación:

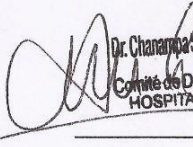
- Protocolo
- Consentimiento informado
 - Nota de presentación a la institución, marco institucional, guía de entrevista
 - **OBSERVACIONES**
 Consentimiento informado: incluir una breve descripción de los objetivos y las actividades a realizar en el Protocolo, señalar que la participación en el protocolo de investigación no implica retribución alguna ni económica ni reconocimiento académico.
 Metodología: Incluir las fechas de inicio del protocolo, señalar la herramienta estadística con la que se realizará el análisis de los datos.

Av. José Tobías 69
 Salta- Capital

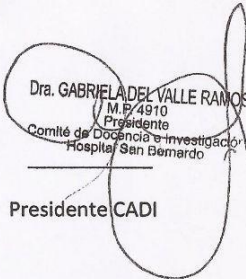


El presente Protocolo, respeta las Normas de Buenas Prácticas Clínicas y no presenta aspectos violatorios a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y demás guías y pautas éticas existentes.

El Comité ha dado aprobación a toda la documentación


Dr. Chanampa Sebastian Elias - M.P. 414
Tesorero
Comité de Docencia e Investigación
HOSPITAL SAN BERNARDO

Miembro titular CADI


Dra. GABRIELA DEL VALLE RAMOS
M.P. 4910
Presidente
Comité de Docencia e Investigación
Hospital San Bernardo

Presidente CADI

Salta, 27 de Setiembre de 2.022

Av. José Tobías 69
Salta- Capital



Hospital Dr. Arturo Oñativia

COMISIÓN ASESORA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
HOSPITAL DR. ARTURO OÑATIVIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

APROBADO

31 / 01 / 23
CADI - Hospital Dr. Arturo Oñativia
M.S.P. - Salta

REF: Exped. N° 76-22849/2023-0

Salta, 20 de enero 2023

CARTA DE APROBACION

Alumna: Karanicolas, María Fernanda
Investigador Principal
Facultad de Artes y Ciencias
Licenciatura en Psicología
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA (UCASAL)
Provincia de Salta, Argentina

De mi mayor consideración:

Nos dirigimos a Ud. Para informarle que el CADEI en sesión ha tratado la solicitud de evaluación y aprobación de la documentación presentada correspondiente al protocolo.

TÍTULO: "Representaciones Sociales de los profesionales de Salud Mental de los Hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta sobre la modalidad de atención psicoterapéutica durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y su incidencia en la práctica actual"

Protocolo: Observacional

Fecha de protocolo: 23/11/22(presentado)

Versión inicial 1.0

Criterios que sustentan la aprobación del protocolo.

1- OBJETIVO GENERAL: Conocer las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual

2- METODOLOGIA

La investigación que se desarrollará tiene un enfoque de tipo cualitativo. Permitirá conocer la realidad de los participantes en sus contextos, las formas que tienen de relacionarse y desenvolverse en el medio. A su vez, facilitará la exploración de los fenómenos en profundidad.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El abordaje general que se utilizará en el desarrollo de esta investigación será el diseño fenomenológico; este diseño permitirá el desarrollo de teoría a nivel conceptual de las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de

APROBADO

31 / 01 / 23
 CADI - Hospital Dr. Arturo Oñativia
 M.S.P. - Salta

COMISIÓN ASESORA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
 HOPITAL DR. ARTURO OÑATIVIA
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

1. BENEFICIARIOS Y DESTINATARIOS FINALES DEL PROYECTO:

La población destinada a este proyecto son los profesionales de los Programa de Salud Mental que se desempeñan en los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta. En el caso de que existieran profesionales, que en el momento de realizar la entrevista no se encontraran presentes, se los contactará, se invitara a participar, y con autorización a través del consentimiento informado se procederá a realizar entrevista. Para facilitar esto, la misma se podrá realizar de manera virtual en caso de que los profesionales se encuentren fuera de Salta capital.

Criterios de inclusión: Profesionales que hayan desarrollado sus actividades en los Programa de Salud Mental de los hospitales de IV nivel de atención de Salta Capital, durante el periodo de los años 2020-2022 y que deseen participar voluntariamente en la entrevista.

Criterios de exclusión Serán excluidos de la muestra aquellos que no acepten participar, no se hayan desempeñado en los Programas de Salud Mental y se hayan exceptuado de su labor durante el período de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio

FUNDAMENTO

Con el fin de contribuir a ampliar el saber respecto al impacto de una pandemia a la modalidad de atención psicológica, las modificaciones de la mismas que aún son vigentes, e intentando aportar conocimiento al campo de la Salud Pública, la presente investigación pretende indagar sobre las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de Salud Mental de los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID. Según el Plan Quinquenal (2011) los nosocomios que constituyen el IV nivel de atención en Salta Capital son: Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia, Hospital Señor del Milagro, Hospital Público Materno Infantil y Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone. La decisión de recurrir a estas instituciones reside en que, por su nivel de complejidad de tipo IV, son referentes para intervenir recibiendo, diagnosticando, tratando y conteniendo a quienes contrajeron el virus; el cuarto nivel de atención está representado por hospitales de alta complejidad que permite resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población. Sirve de referencia a una región sanitaria y, en ciertos casos a toda la jurisdicción provincial o

APROBADO

31 / 01 / 20

CADI - Hospital Dr. Arturo Oñativía
M.S.P. - SaltaCOMISIÓN ASESORA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENICA
HOPITAL DR. ARTURO OÑATIVIA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

extra provincial. Si bien en cada hospital existen distintas áreas, servicios y programas en los que se desempeñan profesionales de la salud mental, para llevar a cabo esta investigación se hará foco en los programas de Salud Mental, debido a que en los mismos se trabaja con atención psicoterapéutica individual.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Versión 1.0 24 noviembre 2022**Se recuerda los ítems que debe tener un consentimiento informado:**

1. Mencionar si existe riesgo al participar
2. Colocar los datos para localizar al investigador celular, teléfono fijo y correo electrónico.
3. Colocar el Comité que evaluó la investigación.

Se ha evaluado la siguiente documentación, del protocolo de la referencia.

Documentación del estudio: Protocolo de Investigación. Versión 1.0 del 24 de noviembre del 2022.

Consentimientos informados: Consentimiento Informado para Para entrevista virtual 1.0 del 24 de noviembre de 2022.

El investigador declara que respetará los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, las Normas de Buenas Prácticas Clínicas de la Internacional Conference o Harmonisation (ICH GCP), así como la Normativa Nacional RM 1480/11v RM Provincial 7544/09 y su decreto reglamentario 1434/18.

El presente protocolo y el consentimiento informado para los participantes respetan las normas de Buenas Prácticas Clínicas y no presentan aspectos violatorios a los principios éticos de la declaración de Helsinki y demás guías y pautas éticas existentes, por lo cual se decide dar aprobación a la siguiente documentación.

Documentación del estudio: Protocolo de Investigación. Versión 1.0 del 24 de noviembre del 2022.

Consentimientos informados: Consentimiento Informado para Para entrevista virtual 1.0 del 24 de noviembre de 2022.

Sin otro particular.



Dra. AIDA EVANGELINA CAMPERO
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ASESORA
DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSP. DR. ARTURO OÑATIVIA

Hospital Señor del Milagro

SALTA, 0.1 FEB 2023

DISPOSICION INTERNA N° 10133

HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO MSP

VISTO la presentación realizada por MARIA FERNANDA KARANICOLAS, alumna de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad Católica de Salta, solicitando autorización para realizar en este hospital, el Proyecto de Tesis REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL DE LOS HOSPITALES DE IV NIVEL DE ATENCION DE LA CIUDAD DE SALTA SOBRE LA MODALIDAD DE ATENCION PSICOTERAPEUTICA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO Y SU INCIDENCIA EN LA PRACTICA ACTUAL, y

CONSIDERANDO:

Que tiene como objetivo general conocer las representaciones sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de atención de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el aislamiento social preventivo y obligatorio de la Emergencia Sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual.

Que actuará como investigadora del proyecto la Lic. Solana Sagues de la Universidad Católica de Salta.

Que cuenta con la aprobación de la Comisión Asesora de Docencia e Investigación de ésta institución.

Que es necesaria la confección del instrumento legal correspondiente.

Por ello;

EL GERENTE GENERAL DEL HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

DISPONE:

ARTICULO 1º.-Aprobar la realización en este hospital, el Proyecto de Tesis REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL DE LOS HOSPITALES DE IV NIVEL DE ATENCION DE LA CIUDAD DE SALTA SOBRE LA MODALIDAD DE ATENCION PSICOTERAPEUTICA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO Y SU INCIDENCIA EN LA PRACTICA ACTUAL, presentado por MARIA FERNANDA KARANICOLAS, DNI N° 38.035.815, alumna de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad Católica de Salta.

ARTICULO 2º.-Remitir copia de la presente disposición a Programa Recursos Humanos y demás partes interesadas.

ARTICULO 3º.- Comunicar, registrar y archivar.

M.S.P. HOSPITAL SR. MILAGRO			
MESA DE ENTRADAS			
REG.	FECHA	FOLIO	
83		84	
INGRESO	HS	EGRESO	HS
01/02/23			
N° FOJAS		N° FOJAS	



Dr. JULIO ROBERTO GARZON
M.P. 3584
GERENTE GENERAL
HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO

Hospital Público Materno Infantil



Salta, 23 FEB 2023

DISPOSICIÓN INTERNA N° 282/2023 HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL

VISTO la solicitud efectuada por la estudiante de la carrera de grado Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, María Fernanda karanicolas DNI 38.035.815, para realizar el trabajo de investigación denominado "REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA MODALIDAD DE ATENCION PSICOTERAPEUTICA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO", y

CONSIDERANDO

Que, la misión de la Comisión Asesora de Docencia e Investigación del Hospital Público Materno Infantil del Área Operativa Norte de la Provincia de Salta determina como uno de los propósitos fundamentales fomentar las actividades de investigación y que esto incluye que los agentes puedan llevar a cabo actividades de investigación y proyectos que redunden en una mejora de los procesos asistenciales de salud de la población.

Que, el proyecto ha sido presentado junto a los requisitos establecidos y cuenta con el aval correspondiente del Área Gestión de Conocimiento y del Responsable de Unidad de Gestión Salud Mental del Hospital Público Materno Infantil S. E., en relación a sus puntos metodológicos.

Que, a tal efecto se debe dictar el instrumento legal correspondiente.

Que, en virtud de los Decretos. N° 3962/10 y N° 015/23 el Señor Presidente del Directorio del Hospital Público Materno Infantil S.E., se encuentra facultado para realizar y adoptar todos los actos y procedimientos pertinentes a la concreción y perfeccionamiento del objeto social de esta sociedad.

Que, corresponde el dictado del instrumento administrativo pertinente, y;

Por ello,

**EL SEÑOR PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DEL HOSPITAL PÚBLICO
MATERNO INFANTIL S.E DR. ESTEBAN RUSINEK
DISPONE**

ARTICULO 1°.- Autorizar a la estudiante de la carrera de grado Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, María Fernanda karanicolas DNI 38.035.815, a realizar el trabajo de investigación denominado "REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA MODALIDAD DE ATENCION PSICOTERAPEUTICA DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO" que se llevará a cabo desde 01 al 31 de marzo / 2023 con la dirección del proyecto a cargo Lic. Solana Sagués.

DISPOSICIÓN INTERNA N° 282 | 2023

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL

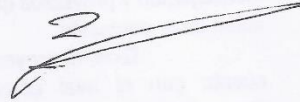
ARTICULO 2°.- La recolección de datos implicará la utilización de recursos materiales y humanos de la UG Salud Mental del Hospital Público Materno infantil S.E., en la alteración del funcionamiento de Servicio del donde se llevará a cabo la investigación.

ARTICULO 3°.- El protocolo cuenta con consentimiento informado por diseño de estudio.

ARTICULO 4°.- El personal autorizado a realizar el trabajo de investigación deberá elevar una comunicación escrita de los resultados a Gerencia para su remisión posterior al Área Gestión de Conocimiento, en un plazo no mayor a 60 (sesenta) días de finalizado el mismo.

ARTICULO 5°.- Comunicar a la Gerencia y al interesado a los fines pertinentes. Registrar en el Libro de Disposiciones Internas.




Dr. Esteban Rusinek
Presidente del Directorio
HPMI S.E. - M.P. 3149

Anexo III: Marco institucional

Hospital San Bernardo

El Hospital San Bernardo se encuentra ubicado en Salta Capital, en avenida José Tobías 69, su teléfono de contacto es 03874320300, y sus horarios de atención para consultas y gestión de pacientes son de lunes a viernes de 6:30 a 20:00, mientras que el horario de atención para emergencias es permanente (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021e).

Actualmente las autoridades del Hospital son: Dr. Pablo Slaiman Salomon (Gerente General), Dr. Fernando Cardos (Sub Gerente), Dr. Esteban Saicha (Gerente Atención a las Personas), Bioq. Ana Vaira (Gerente Sanitario), C.P.N. Alfredo Herrera (Gerente Administrativo), Dr. Alejandro Farah (director Médico) y C.P.N. Fernando Martinis Mercado (Coordinador General de Administración) (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021f).

En cuanto a su historia, el Hospital San Bernardo, fue creado en 1960 y con el paso del tiempo fue creciendo, ampliando su oferta de servicios de salud y la capacidad de atención. En 1999 fue transformado en Hospital Público, descentralizado de Autogestión con una complejidad de nivel IV (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a). Esta complejidad da cuenta que el hospital tiene la capacidad de resolver casi todos los problemas de salud, y el mismo, es referente de una zona sanitaria.

Es importante destacar que, en la actualidad:

La población de influencia correspondiente al H. P. G. D. San Bernardo, abarca los 23 departamentos de la provincia, con una extensión de 155.458 Km² y una población según los últimos datos del INDEC, Censo 2010, de 1.215.207 habitantes, de los cuales el 55 % se encuentra en la Capital (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

A lo que se suma la concurrencia de personas provenientes de provincias y países vecinos, siendo estos Bolivia, Chile y Paraguay (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

Teniendo en cuenta estos datos, en promedio, atienden 1000 pacientes por día, de ellos aproximadamente 700 se asisten entre consultorio externo y prácticas, y alrededor de 300 ingresan a través del servicio de guardia de emergencia. Destacando que el Hospital cuenta con 405 camas para internados (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a).

Además, es necesario aclarar que en el Hospital San Bernardo no se atienden a pacientes menores de 15 años, ni se realizan partos programados (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021a), esto se debe a que en la ciudad de Salta se cuenta otros hospitales especializados en pediatría, como el Hospital Público Materno Infantil.

La misión del Hospital San Bernardo es:

Prevenir y asistir en la enfermedad a nuestros usuarios con trato humanitario al paciente.

Atender las necesidades de los usuarios mediante la mejora continua de las prestaciones.

Brindar servicios de excelencia al alcance de toda la población, dentro de un marco de Bioseguridad, buscando la calidad en la atención de los usuarios.

Realizar actividades de docencia e investigación para la capacitación continua del recurso humano. Es el Centro formador de especialistas más importante de la provincia a través del plan de residencias médicas. Contribuye a la formación de pregrado de distintas carreras profesionales o técnicas, afines a la salud. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, comunicación personal, 6 de julio de 2022).

Mientras que su visión es:

Ser una organización modelo en el cuidado y restablecimiento de la salud, manteniendo la excelencia en la calidad de atención y respeto por la dignidad de las personas, que trabaja en coordinación con los establecimientos de la red asistencial de la región.

Los valores que presentan como institución son: compromiso, equidad, vocación de servicio, profesionalidad y trabajo en equipo (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021b).

Resulta imperativo mencionar que el hospital San Bernardo posee una vasta carta de servicios, alguna de las cuales son: anatomía patológica, cardiovascular, cirugía vascular, cirugía de cabeza y cuello, cirugía plástica y quemados, clínica médica, dermatología, endoscopia, diagnóstico por imágenes, fonoaudiología, ginecología, hematología, hemoterapia, laboratorio, nutrición, neurología, oncología, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, rehabilitación, traumatología, urología, terapia intensiva (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021b).

También incluye al Programa Funcional de Salud Mental, que abarca al Programa Comunitario y al Programa Ambiental (Boletín N° 18143, 2009). Dichos programas trabajar en pos de la mejora en la calidad de vida de la población, estimulando acciones de protección y evitando situaciones de peligro. En referencia al programa Comunitario, se ha estado ejecutando desde 2016 con la finalidad principal de facilitar el acceso a servicios de salud integrales, a través de la implementación de estrategias que promuevan la prevención, promoción y atención de la salud, y que fomenten la colaboración entre diversos actores en el campo de la salud (Secretaría de Prensa y Comunicación, 2020). Al poner énfasis en la prevención y promoción de la salud, estos Programas aspiran a proporcionar el óptimo estado de salud posible.

Por otro lado, se destaca que del Programa Comunitario se deriva la Oficina Hospitalaria de Violencia. El dispositivo se ha establecido con el propósito de atender de manera integral a mujeres que se encuentran en situaciones de violencia, cumpliendo con las disposiciones de la ley nacional 26.584 y la ley provincial 7.888. Un enfoque central de este dispositivo es reconocer al género como un factor determinante en la salud. Desde su inicio en 2017, se ha proporcionado asistencia a un total de 1.023 mujeres que han sido víctimas de violencia. (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2023)

La misión de la Oficina Hospitalaria de Violencia contra la Mujer (OHVM) radica en garantizar el pleno cumplimiento del derecho de las mujeres a vivir una vida sin

violencia. Esto se logra facilitando un acceso equitativo a los servicios de Salud Pública y al sistema de Justicia para todas las mujeres de 15 años en adelante, tanto cisgénero como transgénero, que ingresan al Hospital San Bernardo debido a situaciones de violencia. Esta labor se realiza en estricto cumplimiento de las leyes 26.485 y 7.888 (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2023).

Sus objetivos son fomentar la creación de espacios de reflexión, sensibilización y prevención en relación a la violencia contra las mujeres; colaborar en la implementación de políticas públicas interinstitucionales destinadas a abordar la violencia contra las mujeres, desafiar y desmontar los patrones socioculturales que promueven y mantienen la desigualdad de género (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2023).

La atención es brindada por un equipo interdisciplinario altamente capacitado en la problemática comprende todos los aspectos multidimensionales de las situaciones de violencia, incluyendo el acompañamiento y seguimiento del proceso de reevaluación de las relaciones personales de la mujer. Esto abarca aspectos psicológicos, sociales, jurídicos y administrativos. Las intervenciones son directas como indirectas, no solo con las mujeres afectadas, sino también con sus familiares y personas de apoyo (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2023).

Entre otras de las funciones que se pueden destacar de este programa, hallamos la creación de contenido científico, y la posterior difusión del mismo. El Dossier Hospitalario es una revista que se publica cada trimestre en colaboración entre el Programa Comunitario y el departamento de Comunicación y Prensa del Hospital San Bernardo. Su enfoque principal es examinar y analizar cuestiones relacionadas con la salud pública, destacando la contribución y esfuerzo de los profesionales que integran la institución. (Hospital San Bernardo Programa Comunitario).

Por último, vale destacar que, es un hospital escuela por lo que cuenta con 14 residencias médicas para equipos de salud. También posee el Comité de Bioética y Comité de asesoramiento de investigación y docencia (CADI), equipo interdisciplinario de profesionales del Hospital San Bernardo, que promueve, articula y acompaña los procesos de docencia e investigación dentro del Hospital (Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo, 2021d).

Hospital Señor del Milagro

El Hospital Señor del Milagro, se encuentra ubicado en Avenida Sarmiento 557, Salta Capital, su teléfono de contacto es 03874317410, sus horarios de atención para consultorios externos son de lunes a viernes de 7:00 a 18:00, y para emergencias es de 24 horas (Resolución N°43 D, 2011).

Aproximadamente cuenta con una planta de personal de 600 empleados, entre las diferentes áreas de servicio (Gobierno de Salta, 2022).

El Hospital Señor del Milagro fue inaugurado el 14 de abril de 1895. La institución es de gestión pública, dependiente del Ministerio de Salud Pública de Salta (Resolución N°43 D, 2011).

El mismo se especializa en la asistencia a personas con enfermedades infectocontagiosas. Su misión es mejorar la calidad de vida de las personas, a través de

luchar contra las patologías que disminuyen la calidad y expectativa de vida de la comunidad salteña (Resolución N°43 D, 2011).

Su misión es: resolver los problemas de la salud especialmente en enfermedades infecciosas; favorecer la prevención de enfermedades en conjunto con organizaciones comunitarias; desarrollar acciones educativas para la salud en función de problemáticas vigentes; promover la rehabilitación de pacientes con problemas crónicos estimulando su reinserción social; y la capacitación continua de los miembros del equipo de salud (Resolución N°43 D, 2011).

Como objetivo, el hospital establece: la rehabilitación, tratamiento y recuperación de enfermedades agudas, crónicas e infectocontagiosas (Resolución N°43 D, 2011).

El hospital cuenta con consultorios externos, servicio de diagnóstico y tratamiento, servicio de internación y servicio de geriatría.

En el caso de los consultorios externos estos son 43, se brinda atención en especialidades médicas, entre ellas: clínica médica, oncología, HIV y ETS, salud mental, asma- alergia, infectología, Hemoterapia, cardiología, ginecología, zoonosis, entre otras (Resolución N°43 D, 2011).

En el servicio de diagnóstico y tratamiento, cuenta con laboratorios, servicio de imágenes y servicio de diagnóstico completo (Resolución N°43 D, 2011).

Dispone de 140 camas distribuidas en el servicio de internación (Clínica Médica, oncología, reumatología, inmunodeprimidos, Unidad de cuidados críticos, dermatología, infecciosas, fisiología, emergencia) y servicio de geriatría (Resolución N°43, 2011).

Además, el hospital cuenta con el Comité Asesor de Docencia e Investigación, Comité de Bioética, Comité de Infecciones, Comité de Historias Clínicas y Comités de Farmacia (Resolución N°43 D, 2011).

Hospital Doctor Arturo Oñativia

El Hospital Doctor Arturo Oñativia, se encuentra ubicado en calle Paz Chaín N° 30, su teléfono de contacto es 0387 – 4315042, el horario de registro de pacientes es de 8:00 a 13:00 y la atención para emergencias es de 24 hs.

Dicho nosocomio fue creado en 1956 bajo el nombre de Instituto del Bocio, con el propósito del estudio de la endemia bociosa, funcionando en un primer momento en el Hospital San Bernardo (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

En febrero de 1958 se inauguró oficialmente y se nombró como Dr. Arturo Oñativia. Meses más tarde se lo recategoriza como Instituto de Endocrinología. Debido a la atención brindada a problemas endocrinos y a la patología regional en general, 1976 se cambia su denominación a Instituto de Patologías Regional. Además, a fines de ese mismo año se crea la unidad de hemodiálisis y el centro de medicina nuclear (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

En 1985 se lo denomina como Hospital de Endocrinología y Metabolismo Dr. Arturo Oñativia. (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

En 1993 se estableció como Hospital Público de Autogestión y en el 2000, como Hospital Público de Gestión Descentralizada (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

En 2010 comienza a funcionar la unidad de trasplante renal; en 2012 se habilita un nuevo centro de hemodiálisis; en 2014 se crea el laboratorio de biología molecular, para expandir los estudios de patología tumoral endocrina; en 2015 comienza a funcionar la unidad de hepatitis virales, finalmente en 2018 se inaugura el nuevo centro ambulatorio (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

Cabe destacar que se crearon residencias pos-básicas de endocrinología, nefrología y nutrición clínica (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022a).

Su misión es brindar atención a enfermedades endocrino-metabólicas de manera integral a sus usuarios. Mientras que su visión es establecerse como modelo en la atención segura de pacientes, en la producción científica y en la capacitación personal, promoviendo la salud y cooperando con su comunidad. Los valores que presenta son: trabajo en equipo, responsabilidad, ética, compromiso y eficiencia (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022b).

El hospital brinda atención a sus pacientes a través de consultorios externos; pruebas diagnósticas; internación programada, programas y servicios de apoyo; servicios de internación, servicios de prevención y de control (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

Dentro de los servicios brindados por consultorios externos se encuentra: endocrinología, nutrición, cirugías, genética, otorrinolaringología, psicología, y psiquiatría, entre otros (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

Entre las pruebas diagnósticas que realiza se destaca medicina nuclear, anatomía patológica, diagnóstico por imagen, radiología, patología mamaria y demás (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

En los programas y servicios de apoyo se encuentran los comité de Investigación y Docencia; de Historias Clínicas; de Seguimiento de Cáncer de Tiroides; de Bioética y de Tumores (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

Mientras que en el servicio de internación cuentan con 46 camas distribuidas en hospital de día, trasplante, terapia intensiva y puesto de hemodiálisis (Hospital Doctor Arturo Oñativia, 2022c).

Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone

El Hospital de Salud Mental Dr. Miguel Ragone se encuentra ubicado en Avenida Ricchieri 123, en la ciudad de Salta Capital. Su número de contacto es: 3874280433/34. Sus horarios de atención son de 7:00 a 16:00 mientras que para emergencias es de 24 horas.

El hospital es dependiente del Ministerio de Salud Pública de Salta y de complejidad de nivel IV.

El mismo tiene como finalidad realizar la detección, prevención y tratamiento de enfermedades mentales; asegurar la recuperación y rehabilitación de la salud mental de sus usuarios; promover y gestionar la reinserción de los pacientes a su medio social familiar; garantizar calidad en los servicios a través de la mejora continua; realizar

actividades de docencia para capacitar continuamente al personal (Resolución N°11 D, 2015).

Dicha institución contribuye a la formación de pregrado y posgrado de distintas carreras afines a la salud como ser Psiquiatría a través de residencias.

Ofrece diversos servicios a nivel ambulatorio, de internación y rehabilitación y reinserción social (Resolución N°11 D, 2015).

En el nivel ambulatorio el hospital ofrece atención por consultorios externos entre los cuales se destaca: prestaciones psiquiátricas y psicológicas; servicio social; medicina legal-laboral y forense; fisioterapia; fonoaudiología; laboratorio bioquímico; odontología; interconsultas psiquiátricas en patologías duales urgencias; centro de día y atención grupal a familiares (Resolución N°11 D, 2015).

En este apartado haremos hincapié en las prestaciones psiquiátricas y psicológicas que se brindan, estas son: admisión de pacientes; entrevistas clínicas diagnósticas; evaluación psiquiátrica y psicológica; psicodiagnóstico; tratamiento psicológico individual, pareja y familiar; tratamiento psiquiátrico, pericias psiquiátricas, psicoeducación, promoción de la salud y prevención de enfermedades mentales. Además, se trabaja realizando articulaciones con hospitales y centros de salud (Resolución N°11 D, 2015).

En el nivel de internación se ofrecen los servicios de internación en servicios de emergencias, en servicio agudos, en servicios de salas intermedias y en unidad de larga estadía (Resolución N°11 D, 2015).

Por otro lado, en el nivel de rehabilitación y reinserción social, se ofrece: terapia ocupacional, programa de recreación y rehabilitación psicosocial; unidad pre-alta; dispositivo de alfabetización; residencia de asistidas; suministros de medicamentos; actividades académicas; calidad de atención; sistemas de reclamos, quejas, sugerencias y felicitaciones; plan de mejora; y derechos y deberes de los pacientes (Resolución N°11 D, 2015).

El equipo de trabajo del Hospital está integrado por 14 psiquiatras y 17 psicólogos, junto con médicos clínicos, neurólogos, odontólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeros y trabajadores sociales, siendo un total de 55 profesionales (Gobierno de Salta, 2021).

Hospital Público Materno Infantil

El Hospital Público Materno Infantil se encuentra en la avenida Sarmiento al 1301, Salta Capital, su teléfono de contacto es 03874325000, y los horarios de atención son de 08:00 a 20:00. Cuenta con atención en consultorios externos, pero únicamente con derivación de centros de salud u hospitales provinciales, y mediante turnos asignados telefónicamente, vía línea gratuita al 08005557755 (Área Operativa Norte, 2022 b).

Al realizamiento de este trabajo, las autoridades del hospital son: Dr. Federico Mangione (Gerente), Dr. Eduardo Calvo (Director de Gestión Clínica Pediátrica), Dr. Esteban Rusinek (Director de Gestión Clínica Perinatólogica), Dr. Javier Farfán (Director de Gestión de Pacientes), Lic. Cintia Rodriguez (Directora de Enfermería), Cr. Gustavo

Sulekic (Director de Gestión Económica Administrativa) y Lic. Ana Inés Reartes (Directora de Gestión y Calidad).(Área Operativa Norte, 2022 b)

Con respecto a la reseña histórica, el nosocomio fue creado en 1986 por el Gobierno de la Provincia de Salta como un hospital público de gestión privada y construido con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. En el año 2000, el ministerio de Salud Pública de la Provincia llamó a licitación pública nacional e internacional para la concesión administrativa y el gerenciamiento del hospital, siendo así creado el Nuevo Hospital El Milagro. A mediados de ese año la empresa comenzó a incorporar y capacitar personal para abrir sus puertas el 15 de diciembre, incluyendo los servicios de Emergencia para Adultos, Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Oftalmología y Enfermería (Gobierno de Salta, 2021).

En 2001 abre el área de Maternidad, al incorporar sala de parto y quirófano, se habilita la hospitalización. A fines de 2006 el gobierno se hace cargo de la gestión y en 2007 asume la administración la empresa española Fundación Argentina Santa Tecla (FAST) (Gobierno de Salta, 2021).

En 2009 se incorpora el área pediátrica con el traslado de los servicios del Hospital de Niños Jesús de Praga. A partir de esta fusión, el hospital pasa a llamarse Hospital Público Materno Infantil. En 2010 el Gobierno de la Provincia decide cambiar el modelo hospital público con gestión privada, a gestión pública con la figura Hospital Público Materno Infantil Sociedad del Estado (Gobierno de Salta, 2021).

La misión del Hospital Público Materno Infantil es:

Brindar asistencia integral a todas las mujeres que lo requieran antes, durante y después del embarazo, en el parto y puerperio en el contexto de una Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Brindar asistencia integral, en todas las especialidades con la complejidad disponible a niños desde su nacimiento y adolescentes.

Realizar actividades de investigación, prevención, promoción y fomento de la salud con la más alta calidad profesional e institucional posible. (Área Operativa Norte, 2022 a)

Mientras que su visión es aspirar a ser una institución de referencia, centrando su atención en el paciente y su familia, y el respeto a los derechos de la mujer y los niños; ser líder en la atención de emergencias y en especialidades clínicas pediátricas, siendo un hospital de referencia pediátrica; regionalización de la atención de la salud; ser escuela de enseñanza perinatal y pediátrica; y por último, la reducción de indicadores de mortalidad materno infantil (Área Operativa Norte, 2022 a).

Además, incluye en sus valores institucionales la solidaridad, la equidad, la universalidad, la ética y el respeto por la dignidad y los derechos de los pacientes (Área Operativa Norte, 2022 a).

Dentro de su carta de servicios se puede encontrar Cirugía General, Ginecología, Medicina Interna (Gineco-Obstétrica), Neonatología, UTI, Obstetricia, Urología, Urgencia Adultos y Pediátrica, Clínica Pediátrica, Cirugía Pediátrica, Clínica y Soporte Nutricional, Cardiología y Hemodinamia, Traumatología Infantil, Hospitalización Abreviada, Anestesia, Epidemiología e Infectología, Oftalmología, Odontología,

Fonoaudiología, Kinesiología, Nutrición, Psicología y Psiquiatría, Farmacia, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía patológica y Servicios Transfusionales (Área Operativa Norte, 2022 a).

Es un hospital público de IV nivel de complejidad, además de ser un hospital escuela que busca formar profesionales y técnicos, tanto de la provincia como del país y del exterior. Además, cuenta con una escuela hospitalaria y una residencia para madres.

En el hospital se desenvuelve un plantel de más de 1800 empleados y cuenta con 500 camas para internación y 33 para servicios asistenciales (Gobierno de Salta, 2021).



Anexo IV: Consentimiento informado

Universidad Católica de Salta

Facultad de Artes y Ciencias - Licenciatura en Psicología Consentimiento Informado

Por la presente, la alumna de la carrera de Licenciatura en Psicología, **María Fernanda Karanicolas, D.N.I.: 38.035.815**, le invita a realizar una **entrevista**, de tono **gratuito y confidencial**, por lo tanto **no recibirá retribución económica ni reconocimiento académico**.

La participación es **voluntaria**, quedando **la decisión de aceptar o no en usted**. De todas maneras, es libre de **abandonar el proceso en el momento que así lo decida**.

Esta colaboración formará parte del trabajo de investigación final de la alumna, siendo el objetivo de la misma *“Conocer las Representaciones Sociales que tienen los profesionales de salud mental de los hospitales de IV nivel de complejidad de la ciudad de Salta acerca de la modalidad de atención psicoterapéutica implementada durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio de la emergencia sanitaria COVID-19 y su incidencia en la práctica actual”*.

Por lo tanto se investigará sobre las dimensiones que constituyen las representaciones sociales (aspecto cognitivo, valorativo y figurativo) como así también la incidencia en la práctica actual.

Toda información recabada en dicha investigación **será de carácter confidencial, resguardando la identidad de todos los participantes**.

Con el fin de devolver el conocimiento brindado por los participantes, se podrá disponer del trabajo al archivarse una copia en la Universidad Católica de Salta, y en los registros del Hospital San Bernardo, Hospital Dr. Arturo Oñativia y Hospital Señor del Milagro.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO, USTED ACEPTA PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA.

Yo *habiendo sido informado/a y entendiendo las características y objetivo del estudio, acepto a participar del mismo, respondiendo a las entrevistas brindadas por la alumna.*

Firma participante:

Firma alumna:

Aclaración:
Karanicolas

Aclaración: María Fernanda

D.N.I.:

D.N.I.: 38.035.815

Fecha:/...../.....

Anexo V: Guía de entrevista

Fecha:

Antigüedad:

Modalidad de abordaje

- ¿Cuáles son las funciones que desempeña diariamente en el servicio de salud mental? (se desempeña en guardia, consultorio externo, servicio en particular, patología específica).
- ¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas empleadas por usted antes de la pandemia?

Modificación de la modalidad de abordaje durante la pandemia

- ¿Se vio modificada su labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?
- ¿Cuáles fueron las modificaciones que se implementaron en su tarea?
- ¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones? (lineamiento ministerial, consenso entre profesionales, demanda de pacientes/ necesidades de los pacientes)
- ¿Cuáles de estas modificaciones continuarán siendo sostenidas por el servicio/ programa?

Atención psicoterapéutica

- ¿Qué concepto tiene usted de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?
- En base a este concepto, ¿qué imagen se le representa?
- ¿Qué ventajas reconoce en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?
- ¿Qué dificultades reconoce en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?
- ¿Qué valoración le daría a estas modalidades implementadas?
- ¿Qué conclusiones puede sacar en relación a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?
- ¿Le interesa comentar o efectuar algún tipo de aporte?

Anexo VI: Entrevistas

Participante 1

- **¿Cuál es el puesto en el cual te desempeñas actualmente?**

Soy jefa de Sector de Salud Mental.

- **¿Cuál es tu antigüedad en este puesto?**

Y... desde hace 20 años.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el servicio de salud mental?**

Personal asistente, soy responsable docente de programas de pasantía, coordinadora de talleres grupales, mayormente de obesidad. También hago consultorios externos, salas de internación y soy integrante de equipo interdisciplinario.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas empleabas antes de la pandemia?**

Antes solo se trabajaba de manera presencial.

- **¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Se modificó mucho.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones que se implementaron en tu tarea?**

Se pasó a la asistencia virtual, se hizo contención psicológica individual a los profesionales afectados.

Se hizo atención presencial a pacientes muy afectados como por ejemplo a pacientes con anorexia, pero con protocolo, es decir con toda la vestimenta de protección. Se llegó a internar a pacientes muy afectados.

Trabajamos virtual desde el hospital o desde la casa de cada uno.

Durante la pandemia un grupo venía y otro no, se disminuyó la cantidad de horas en el hospital, la idea era que no estemos todos compartiendo los mismos espacios, evitamos el contacto.

Se mantuvo comunicación con los profesionales del Hospital San Bernardo y Ragona, para saber cómo trabajaban.

Esto duró un par de meses, hasta septiembre, después ya asistimos desde el aislamiento a quienes tenían síntomas o contacto estrecho.

- **¿Cómo prosiguió fue la modalidad de atención posteriormente?**

En diciembre del 2020 volvimos a la asistencia solo una profesional que se encontraba embarazada continuó con atención virtual.

En el 2021, continuamos con la asistencia virtual con pacientes del interior, y los

talleres grupales, en ese momento las reuniones estaban reducidas.

- **¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones?**

Tuvimos un eje ordenador desde gerencia para el hospital, como para cada servicio, de cómo iba a proseguir. Por ejemplo, en caso de pacientes de sala, para no ir a sala se brindaba atención telefónica, teníamos un protocolo de atención virtual, consistía en que, desde cada servicio, nos organizamos cuándo tenemos que venir, cuántos, conseguimos los contactos de los pacientes y lo llamábamos. Hacíamos video llamada en el caso de talleres grupales, que los organizábamos una vez por semana por meet o zoom; y en el caso de las llamadas telefónicas o videollamada para la atención de pacientes individuales lo definió según el caso y lo que necesitara el paciente, éramos nosotros quienes programamos los turnos. Se tenía en cuenta a la gente del interior para no cortar el tratamiento.

- **Me comentaste que desde el sector se organizaron, ¿en qué consistió esta organización?**

Éramos cuatro y estuvimos los cuatro, veníamos con menos frecuencia, pero todos. Se suspendieron las licencias, nunca paró nuestro trabajo, nos fuimos acomodando en función de lo que sentíamos y nos demandaban las autoridades.

Sentimos el impacto aún hoy en día. Fue muy invasivo todo, se aumentaron los pacientes.

Nosotros pusimos un celular con un número distinto, luego fue tan grande la lista que cada uno atendió desde su línea personal.

A veces se cortaba internet y había que volver a llamar al paciente, eso generaba un desorden en la agenda. Espero que no volvamos, que no nos vuelva a pasar lo mismo.

Fue duro, estamos bombardeados por directivas y después por cursos. Fue invasivo y nos aturdió.

Teníamos una lista de pacientes y derivaciones, después se empezaron a tomar nuevos pacientes, los de consulta espontánea. Esto fue desde septiembre, en noviembre - diciembre intentamos volver a la presencialidad.

- **¿Cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

Aún continuamos con la vestimenta, camisolín y barbijo. En el caso de los pacientes infectados se contemplan las medidas preventivas de indumentaria.

Los ateneos se hacen vía zoom, estamos todos en el hospital, pero cada uno se conecta desde distinto consultorio, cada uno se conecta desde su dispositivo. Mucho uso de WhatsApp. Nos empezamos a formar desde la virtualidad.

Lo que puede seguir manteniéndose es la atención virtual a pacientes con internación domiciliaria. En el hospital se busca la atención presencial pero siempre damos la opción, incluso hay pacientes del interior que buscan la atención presencial.

- **¿Qué concepto tenés de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Fue una forma elocuente de atención, eficaz y buena contención, los pacientes se sintieron acompañados.

No estaban abiertos los turneros, pero se continúa trabajando con pacientes que ya venían. Fue agotador, los pacientes te pedían que los llames y después se dormían. Era un bombardeo de mensajes, generó un desorden, agotamiento mental para nosotros, por eso, cuando fue posible, fuimos reabriendo consultorios, lo cual nos produjo cierto alivio.

- **Entiendo que fue una situación agotadora para ustedes ¿cómo lo fueron manejando?**

En principio, con el celular que pusimos para el servicio, pero después eran muchos pacientes así que cada uno usó su celular, fue agotador, pero pudimos.

- **Entiendo, en base al concepto que me brindaste sobre la atención, que fue una forma elocuente, eficaz y de contención, ¿qué imagen se te representa?**

La imagen que se me presenta es impactante, de pronto se cortó todo. Tuvimos que comunicarnos con los demás para ver qué hacíamos. Tuvimos que ser sostén de otros profesionales de la salud, nosotros nos apoyamos entre nosotros. Hasta Julio fue fuerte, luego ya se comenzó a entender más. Fue impactante en la vida profesional y personal.

Los pasillos eran un silencio, pero un silencio y ausencia en los pasillos, y en el hospital. Tenía listas pero no pacientes, era ausencia, silencio, incertidumbre.

Llevó sus días, fue confuso desde las autoridades, si veníamos o no, quiénes; eran pocos claros, fue un ensayo hasta que después empezamos a entender un poco más y eso simplificó las cosas.

- **¿Qué ventajas reconoce en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Las ventajas que reconozco es que los pacientes no quedaron desamparados, tuvieron atención psicológica y psiquiátrica. También, hubo un acercamiento a otros profesionales a otros programas, por ejemplo, laboratorios, enfermeros de terapia intensiva.

- **¿Qué dificultades reconoce en la aplicación de estas modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas?**

Las desventajas fueron la falta de horario, tenés que llamar a las 20, a las 21. Hubo un desborde, los pacientes te decían “quiero que me llames más”. Hubo una invasión a la privacidad, porque te mandan mensajes a tu número personal, a cualquier hora, todo el tiempo. Fue un descontrol, estábamos para ellos todo el tiempo. A fin de año se aclaró que ese ya no era un medio, costó que vuelvan a la presencialidad.

Otros servicios continuaron con la virtualidad, nosotros nos apresuramos a volver a la presencialidad, a poner el cuerpo. Volvernos permitió dividir los espacios, esto es mi casa, esto es mi trabajo, ordenaba.

- **¿Qué valoración tienes de esta modalidad?**

Para mí fue favorable en ese momento y en ese contexto, sino los pacientes se iban a quedar sin contención. Nosotros estuvimos en el cañón, no los íbamos a dejar sin

contención.

- **¿Qué conclusiones puede sacar en relación a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Fue un aprendizaje. Muchos profesionales empezaron a dar cursos y hubo más acceso a las capacitaciones. Permitió quitar incertidumbre y malestar, aún hay gente capacitándose. Aprender de la clínica virtual para muchos casos fue favorable.

- **¿Te gustaría agregar algo más?**

No me gustaría pasar por lo mismo, apeló mucho a la flexibilidad de cada uno. Dio a conocer que los psicólogos tenemos muchos recursos para enfrentar estas situaciones. Hubo mucho acompañamiento humano.

- **Bueno, eso sería todo, muchas gracias.**

Participante 2

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Yo soy medico de asignación temporaria, y hago psiquiatría en el Hospital Oñativia

- **¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

Ya unos 12 años, en lo que es el sistema de salud mucho más, pero como estaba contratado no me registraron la antigüedad, y en este puesto llevo 12 años.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeña diariamente en el servicio de salud mental?**

Brindo atención de consultorios externos, la atención de interconsultas que se hacen desde los diversos servicios del hospital, como son diabetes, nefrología. También las interconsultas de la sala de internación, de terapia intensivas, del servicio de UMI que se llama de la unidad de medicina interna y de la sala general, y de guardia también, atendemos las solicitudes de intervención o de atención de urgencia en caso de que un paciente presente un componente de alteraciones en su salud mental, ya sea emocional o en su comportamiento, rara vez en sus pensamientos, pero puede pasar, por ejemplo alucinaciones delirantes, o ideaciones suicidas, pero generalmente van más acompañados de componentes afectivos. En realidad, somos un sector del hospital que tenemos intervenciones en todos los demás servicios, incluso en el servicio social.

Por lo general, la jornada es de continua atención, hacemos consultorios externos con turnos programados, pero eventualmente según las contingencias que puedan sucederse, en otras especialidades, de la guardia o del internado.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

El abordaje psicoterapéutico es mediante una entrevista psiquiátrica, tienen más características del clínico y médico. A nosotros, los psiquiatras, nos derivan situaciones donde probablemente haga falta algo más que la mediación de la palabra, entonces tenemos que evaluar un diagnóstico, que se hace por medio de una entrevista psiquiátrica, vamos recabando información para tener un diagnóstico, y a partir de ahí poder plantear o no la posibilidad de una intervención psicofarmacológica, independientemente de eso, por el estilo de formación, tenemos algunas herramientas de los recursos psicoterapéuticos, de las modalidades psicodinámicas, que permiten que el paciente pueda hablar de lo que necesita en ese momento, y la evaluación también de antecedentes que pueden haber sido significativos respecto de traumas emocionales, y ahí hacer algún tipo de intervención, aunque ahí ya era trabajo más de nuestras compañeras psicólogas.

La atención era totalmente presencial, habitualmente nuestras entrevistas no duran más de 40 minutos, media hora. Si es un paciente que viene por primera vez a consulta, requiere de una entrevista un poco más prolongada para evaluar la mayor cantidad de aspectos posibles, para poder generar un conocimiento más claro de su circunstancia y conocer el trastorno que lo afecta. A veces también, en ese tiempo, van surgiendo intervenciones psicoterapéuticas.

- **¿Se vio modificada su labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Se vio profundamente modificada. En nuestro sector, nosotros nos vimos involucrados en la contención de nuestro propio equipo de trabajo, y a medida que los propios profesionales de salud mental se iban infectando por el virus del COVID, tenían que hacer el aislamiento. Al principio sí fue más complicado, porque uno de los principios fue la incertidumbre y mucho miedo respecto de cómo era atravesar la infección por COVID.

Nosotros hacíamos intervenciones telefónicas y seguimiento a nuestros propios compañeros del hospital, no solamente empleados profesionales sino también podrían ser empleados de mantenimiento, del área de limpieza, de cocina, de todo el staff del hospital, que iba atravesando las necesidades de aislamiento. Nosotros hacíamos una intervención telefónica, a veces era telefónica o, a veces, era por medio de videollamada, brindamos acompañamiento. Lo mismo fue sucediendo con muchos de nuestros propios pacientes, que también se encontraban en esa situación. La presencialidad se cayó, nosotros operábamos al estilo del call center en todos los casos, sobre todo el primer año de la pandemia.

En algunos casos, muy aislado, fue necesario inevitablemente la presencialidad con algunos pacientes internados. Teníamos que usar todo un equipo especial, fuimos adiestrados por el hospital para usarlos, y con esas medidas de protección asistir a los pacientes. También para unos casos aislados, se tuvo que citar a algún paciente, en el que tuvimos que hacer una evaluación presencial, siguiendo todas las medidas y el protocolo de aislamiento, para evaluar la necesidad de internación, por ejemplo, un paciente que se estaba atendiendo por consultorio, por trastorno alimentario. Durante la pandemia hubo un aumento muy importante de la incidencia de casos de trastornos de alimentación.

- **¿Hay alguna otra modificación que se implementó en su tarea?**

Fundamentalmente pasar directamente a una modalidad de intervención remota por llamada convencional o videollamada; los horarios también, teníamos que estar más,

y teníamos que tener más disposición horaria, así que nos distribuimos, disposición que persiste a la fecha, antes era una atención matutina, un horario de 7 a 13, pero ya después tuvimos que extenderlo y tener actividad con nuestro sector hasta las 18 horas, entonces nos dividimos en dos equipos, conformado por una psicóloga y en un psiquiatra en la mañana, y una psicóloga y psiquiatra por la tarde, e íbamos rotando, para tener la mayor capacidad de asistencia. Así que eso también fue una medida que afectó el desenvolvimiento que se venía teniendo hasta esa fecha, hasta ese tiempo.

Después lo otro, fue todas las medidas que, bueno, tuvimos que ir incorporando de limpieza de manos, de uso de equipo de protección, del alcohol, de la limpieza de nuestro consultorio.

Después, cuando volvió paulatinamente a la presencialidad, fue con medidas de distanciamiento, del uso de barbijo, de la limpieza de nuestro consultorio, que durante el segundo año de la pandemia se mantuvieron. La pandemia dio lugar a la posibilidad de la presencialidad, pero con medidas estrictas de, por ejemplo, el adecuado lavado de manos, la colocación del equipo de protección, el alcohol, el barbijo, las ventanas abiertas, la distancia de dos metros.

- **Entiendo, ¿de qué manera fueron implementadas estas modificaciones? Es decir, si surgieron de lineamientos institucionales, fueron implementadas por ustedes.**

Fueron fundamentalmente lineamientos institucionales, nosotros teníamos reuniones y capacitación donde el personal idóneo nos iba dando instrucciones, por ejemplo, del adecuado lavado de manos y de la colocación del equipo de protección personal, fueron institucionales fundamentalmente.

Nosotros empezamos a tener un poco más de autonomía en cuanto a las decisiones del sector, ya en la segunda etapa de la pandemia, cuando ya había presencialidad. Nosotros decidimos, por ejemplo, la cantidad de pacientes que se podían ver por día, la distancia con el paciente, qué consultorio usar. Acá tenemos dos consultorios, se usaba sólo éste, el otro consultorio lo usamos como sala de reuniones para el equipo. Pero las medidas más importantes fueron institucionales y fueron seguidas por todo el equipo.

- **¿Cuáles de estas modificaciones se continúan sosteniendo en el servicio?**

Bueno, esta distribución horaria que cumple desde la mañana a primera hora a las 7 de la mañana, hasta las 5 o 6 de la tarde, depende del día, entonces la atención matutina y vespertina, eso se mantuvo; otra medida puede ser también la cantidad de pacientes que cada profesional va a ver por día. Hubo un poco de reorganización en ese sentido, en algún caso, antes de la pandemia, nosotros teníamos libertad de dar sobretornos, ahora, en función de que tampoco se podía poner en riesgo al paciente haciéndolo esperar en la sala de espera muy concurrida, por eso se tuvo que limitar el número de atención, no mucho, pero para evitar la exposición del paciente a la espera en un pasillo.

Otra de las cosas, el uso de alcohol y la higiene de manos con agua y jabón.

Una cosa que parece ridícula pero que para mí fue un cambio significativo, fue que empezamos a tener cambios definitivos en ciertos comportamientos que teníamos nosotros dentro del sector, el uso del mate, se individualizó, cada uno trae su mate, para prevenir el contagio por COVID. Pero antes lo compartimos entre todos, ahora me parece

natural que cada uno tenga su mate, y no convidar a nadie. Parece tonto, pero es un cambio cultural.

- **Con respecto a la modalidad de atención, ¿Hubo algo que aún se mantiene?**

No, definitivamente no, tuvimos una mala experiencia con la atención de la telemedicina. En ese momento era la única medida en la que se podía salvar la comunicación con el paciente, pero decididamente no es ni parecido a la posibilidad que nos brinda la entrevista presencial, de percibir un montón de cosas que no se pudieron percibir por una llamada telefónica o, a través de una videollamada incluso. Hay un montón de elementos que contribuyen a la percepción del estado emocional del paciente o del diagnóstico, que fracasan totalmente en esta modalidad a distancia. Necesitábamos recuperar la atención personal del paciente, así que nosotros, contrariamente a cómo siguieron otros servicios que mantuvieron una parte presencial y una parte virtual, nosotros decidimos, en la medida que fue posible, volver lo antes posible a la presencialidad, totalmente. Además, notamos que el paciente recibía de buena manera esa posibilidad, porque también era terapéutico de alguna manera, el poder tener contacto real con su terapeuta, o con su médico. La virtualidad puede servir como una medida excepcional, provisoria pero no va a cambiar nunca la calidad de atención que se puede dar en contacto personal con el paciente.

- **Me comentaste que tuviste una mala experiencia con este tipo de atención, ¿me podrías contar más acerca de tu experiencia?**

No percibía que el paciente pudiera sentirse suficientemente contenido, yo creo que incluso podía incrementar la angustia, además estaba acotado el tipo de atención, teníamos pocos dispositivos para poder realizarla, que fueron incluso provistos por nosotros mismos, no fue institucional. Nosotros fuimos el primer servicio en proponer trabajar de esta manera, porque la demanda de pacientes era muy intensa, y más en esta situación del encierro y de incertidumbre, de la muerte que generó estados de angustia.

Nosotros recurrimos al teléfono, a la llamada y a la videollamada con dispositivos que eran nuestros, teníamos dispositivos que no eran los personales, con números nuevos que gestionamos nosotros para la atención de los pacientes, y cada uno tenía su tiempo para atender a los pacientes, eso hacía que las entrevistas fueran más acotadas, con la sensación que faltó el decir, le faltó interactuar.

Utilizábamos los mismos dispositivos a la mañana y a la tarde, si el paciente tenía alguna urgencia llamaba, a veces me tocaba atender a pacientes de mis compañeros, luego los pacientes nos fueron conociendo a todos, pero en ese momento tal vez el paciente necesitaba el contacto con su profesional, y yo tenía que atenderlo en ese momento de urgencia.

Atender de esta manera fue lo mejor en esa circunstancia, no se podía hacer de otra manera. A nada era algo, pero de ninguna manera puede suplantar la presencialidad, ha sido la experiencia que me ha quedado.

- **¿Qué concepción tenés de las modalidades implementadas durante la pandemia? ¿Cuál sería tu concepto?**

Yo creo que todos fuimos víctimas, inevitablemente, del desconocimiento, de la desinformación, fundamentalmente de lo desconocido. Era una situación de pandemia

con un virus que no sabíamos cómo se comportaba, fuimos víctimas de esa situación caótica que se fue de a poquito organizando como se pudo.

También una cosa que no te comenté, nosotros somos designado también para hacer contención de los diferentes sectores, sobre todo en aquellos que se sabía que iban a atender a quienes iban a venir infectados, y que iban a ser la primera línea de atención, y después hacíamos reuniones de contención emocional y psicológica, incluso antes de que llegara el primer paciente con COVID al hospital. Había un estrés muy grande y no se sabía cuán alto era el índice de mortalidad, de infección; y el personal de terapias intensivas estaban particularmente expuestos, no solamente a infectarse, que de hecho fueron los primeros que se infectaron, sino también a la carga emocional, de temor por su familia, por la posibilidad de morir, de transmitirlo a seres queridos, fueron situaciones que tratamos de contenerlas, de escucharlas, de trabajarlas. Al principio fue caótico, día a día se iban modificando los protocolos, de cómo tenía que ser tal o cual cosa. Después por suerte las cosas se fueron atenuando, en cuanto a esto de lo desconocido. Incluso todos fuimos infectados por el virus, sabíamos cómo era atravesar la infección, la mayoría de nuestros colegas habían estado infectados, hicieron sus aislamientos, todos esperábamos que no nos toque a nosotros, siempre tomando las medidas, pero sabíamos que era prácticamente inevitable que pasara. Después llegaron las vacunas, también fue incierto en cuanto a la eficacia, nosotros el personal de salud fuimos los primeros en ser vacunados, también ahí había controversias, expectativas, y también dentro del hospital discrepancia, desinformación de si las vacunas eran buenas o no, o cuáles eran las mejores. Lo bueno fue que en este hospital no hubieron fallecidos en el staff, sí muchos pacientes que murieron a causa del COVID, muchos familiares de pacientes nuestros fueron asistidos por eso. Solo un enfermero que antes había trabajado en el hospital falleció por covid, todos nuestros colegas se iban recuperando, y bueno, empezamos a percibir que no era tan grave como suponíamos, por la información que nos llegaba del exterior, y no era el monstruo que nos decían. Sobre todo con las medidas de protección y precaución, prácticamente ya no se percibe ese temor por la posibilidad de contagio.

Ya no nos alarmamos tanto por la posibilidad de que un paciente esté infectado, ni por el temor de infectarnos nosotros mismos.

- **Esto sería más o menos el concepto que tenés sobre lo que fue la pandemia, sobre lo que fue este aislamiento social preventivo y obligatorio, cómo gradualmente también fue avanzando. Pero, respecto a la atención que hubo en ese momento, a las modalidades de atención que se brindaban, ¿cuál sería tu concepción?**

Yo creo que estuvimos a la altura de las circunstancias, porque ya te digo, que nada, este desconocimiento, la incertidumbre y nosotros en ningún momento dejamos de dar atención a los pacientes, a los colegas del trabajo, el sector estuvo funcionando continuamente, fuimos los primeros en el hospital en utilizar dispositivos electrónicos para comunicarnos, y también fuimos los primeros en volver a la presencialidad, en la medida que fue posible, en ningún momento nuestro servicio cayó en el caos, en el no saber qué hacer. Siempre mantuvimos ahí nuestra presencialidad, salvo cuando a cada uno le tocó aislarse por estar infectado.

- **En base a este concepto, ¿qué imagen tenés de la atención de ese momento?**

Lo que me quedó de haber atravesado la pandemia en este hospital. Algunas medidas parecen ser que fueron exageradas, o que no eran útiles, no eran necesarias. Eran

las medidas que en ese momento se suponían convenientes porque estábamos ante algo desconocido, en ese momento no teníamos el conocimiento y la experiencia sobre cómo es esta infección por coronavirus.

De todos modos, por más medidas que se hayan tomado, prácticamente toda la población se infectó. Si el propósito era no infectarnos, era en función de poder seguir estando activos en nuestra labor, a la espera de que surjan las vacunas para poder estar más protegidos de las secuencias más graves de la infección.

La infección era muy poco probable para las personas del hospital por las medidas que tomamos, pero eran difíciles de aplicar en otros lugares. El lugar más seguro para estar en la pandemia es el hospital, usualmente cuando alguien del staff se enfermaba era porque había estado fuera con alguien infectado. Atendíamos mediante la virtualidad y en casos en los que no alcanzaba la virtualidad, como de contención física, se tomaba las medidas de protección personal, de saneamiento, uso de guantes, la máscara, uso de barbijo especial, es más seguro, todo eso fue provisto por el hospital.

Trabajar con modalidad virtual fue una medida, un parche, fue la única manera que tuvimos para poder mantener una comunicación con nuestros pacientes pero que, en todo caso, yo siempre la viví como provisoria. Desde mi punto de vista, era totalmente insatisfactoria la prestación o la asistencia que yo podía brindar. No la percibía suficiente, además con la demanda tan excesiva no alcanzaba a tener la calidad que se tiene en una entrevista convencional y presencial. Lo viví como algo que tenía que suceder así, que era la única manera de resolverlo, y que debía ser provisorio, que no debiera instalarse como una modalidad habitual de atención, para mí, no funciona, por lo menos para la salud mental, no funciona, puede ser que para otros especialistas si, sea genial, pero para nosotros no, a mi modo de ver, es totalmente insuficiente.

- **¿Considerás que la implementación de esta modalidad tuvo alguna ventaja?**

Si, en ese momento de tanto miedo e incertidumbre, salvó esa distancia que estaba impuesta por el aislamiento.

Creo que sí proporcionó cierto alivio, poder ver la cara de su médico por celular, poder llamarlo, escucharlo. Poder llamarlo a las cuatro de la tarde, o porque le faltaba el aire. Poder contar con alguien que supiera cuál era su circunstancia, eso me parece fue bárbaro, como medida provisoria estuvo genial, pero bueno, provisoria.

- **Bien, ¿hubo dificultades en la implementación?**

Se perdían un montón de influencias que se dan en el contexto de la presencia, como un gesto, una actitud, hasta incluso cómo está uno dispuesto en la silla, un montón de mensajes que no son del todo conscientes, que yo estoy seguro que forman parte de la forma de influir o de proporcionar una intervención, que no se pueden dar en el contexto del celular, solo se pueden dar en la presencialidad.

Con la virtualidad, se transformaba en algo excesivamente formal, rígido, no alcanzaba a transmitir esa calidez, que se puede transmitir desde lo presencial, eso sería algunos de los límites.

- **¿Qué valoración tendrías respecto a esta modalidad?**

Es útil en casos en los que no hay otra alternativa, y de manera provisoria, sigo insistiendo en esos términos. Puede ser útil en situaciones extremas, de manera provisoria.

- **Entiendo. ¿Qué conclusión podrías sacar respecto a las modalidades de atención implementadas?**

Todas esas que te dije.

- **¿Hay alguna que te gustaría agregar o destacar?**

No, no. no.

- **¿Hay algo más que te gustaría agregar que consideras que es importante o que no te he preguntado?**

No.

- **Bueno eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 3

- **Para comenzar me gustaría preguntarte ¿en qué puesto te desempeñas?**

Actualmente soy jefa del servicio de Salud Mental.

- **Bien, ¿Cuál sería tu antigüedad en el puesto?**

Unos cinco años.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el servicio de salud mental?**

Mis funciones son de jefa en Salud Mental, en parte administrativa, a su vez hago consultorio externo, sala y guardia.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

La atención era netamente presencial, el paciente venía, se anotaba, pasaba y se atendía. El paciente venía sin ningún tipo de cuidados, barbijos, esas cosas. También se hacía interconsulta en sala y guardia.

- **¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Si totalmente, en una primera etapa se suspendió todo, toda la atención. Sólo se atendía en la guardia, casos puntuales. Lo que nosotros veíamos sobre todo eran los pacientes internados y los de la guardia. Es lo único que veíamos presencial, porque se cerró todo lo que es consultorio. Y con todos los cuidados que traía la pandemia, teníamos que llevar el equipo completo, delantal, camisolín, barbijo, cofia, protección de ojos y pies, así entrábamos a las salas a ver pacientes con COVID o con sospecha de COVID. En las guardias lo mismo.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones que se implementaron en su tarea?**

En el caso de los pacientes con COVID confirmado, los atendemos por videollamada para no exponernos tanto, porque el máximo de tiempo de exposición con pacientes con COVID era máximo 15 minutos.

En casos de urgencia y en los que los pacientes no tenían celular, solo ahí atendíamos presencial.

Después, en una segunda etapa, se empezó a atender a pacientes en consultorio, pero con todos los cuidados, tomando distancia, había todo un protocolo, teníamos que tener barbijo, mantener distancia y tener ventilado los lugares donde atendíamos. Consultorio, por ejemplo, distancia de metro y medio, tenías las ventanas abiertas, las puertas abiertas, con barbijo.

Atendíamos por videollamada a los pacientes que ya estaban internados, o a compañeros con COVID. Por videollamada, o llamada, se le consultaba al paciente. Generalmente eran videollamadas porque así yo veía al paciente y el paciente me veía a mí.

Como no teníamos consultorio externo hacíamos trabajo con las personas del hospital que tenían COVID, de acompañamiento, hicimos más que nada un apoyo adentro de la institución. Eso hicimos mucho al principio, como había mucho miedo. Íbamos por cada sector y hacíamos charlas, cada uno exponía lo que le estaba pasando en ese momento, por ejemplo, había alguna señora que me decía que su familia no quería que entrara a la casa porque tenían miedo que llevara el virus, entonces vivieron dentro de la misma familia como marginados. Hubo otros compañeros que se le murieron familiares, que llevaron el COVID de acá y contagiaron a sus familiares, por ejemplo, contagiaron al padre, muere, y todos los hermanos la atacaban por haber llevado el virus. Acá había mucho miedo, mucha angustia, mucho miedo a la muerte, a que se complique. De hecho, aquí murieron muchos compañeros, como 12 compañeros murieron, al principio antes de la vacuna, es algo que nunca nos imaginamos que viviríamos, por eso trabajamos mucho con el miedo y la angustia, hacíamos seguimientos. Es algo que a todos creo que nos pasó, pero nosotros nunca dejamos de trabajar, nunca.

- **Fue un trabajo muy valioso y valiente el que realizaron al brindar apoyo emocional a las personas afectadas por el COVID-19 en el hospital. El miedo, la angustia y la pérdida son emociones muy difíciles de enfrentar, pero su labor fue fundamental para ayudar a sobrellevar esas situaciones.**

Si, así fue.

- **Respecto a estas modificaciones que me comentabas ¿De qué manera fueron implementadas?**

Los lineamientos fueron institucionales y de gerencia, venían a capacitar cómo teníamos que ponernos en el equipo para entrar a ver un paciente, había una forma específica de cómo poner y sacar el equipo.

Como jefa propuse trabajar con videollamada, en esta profesión es una posibilidad y fue aceptado, nos permitió seguir trabajando y no exponernos tanto al virus, se habilitó un celular en la sala para comunicarnos con el paciente y no poner nuestro celular, aunque muchas veces llamábamos desde nuestro celular. Pero en general había un celular en la sala, y nosotros llamábamos de ese celular a los pacientes, aunque luego se rompía a veces

ese celular y teníamos que llamar desde el nuestro, con tal de trabajar lo hacíamos de esa manera.

Otras modificaciones fueron que se cerró la sala de desintoxicación y se puso a los pacientes COVID, donde era geriatría se sacó y se puso todo COVID, hubo modificaciones en el hospital para los pacientes con COVID.

- **¿Cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

Quedan cuidados aún, hasta ahora seguimos usando barbijo, ya no nos ponemos toda la otra cosa, pero si el uso del barbijo.

Otra cosa que quedó, por ejemplo, es el uso del mate, antes compartíamos mate, ahora cada uno tiene su mate, eso quedó de la pandemia.

El uso de alcohol, ventilar los lugares. El virus no se fue, aún hay COVID, no es que se erradicó, no nos podemos descuidar.

- **¿Respecto a la modalidad de atención?**

Ahora todo volvió a ser presencial, todo presencial.

- **¿Qué concepto tenés de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Es una modalidad que permitió sobre todo brindar contención, mucha contención. Porque las personas estaban muy angustiadas, es decir, hubo más incremento, las personas que tenían trastorno de ansiedad se incrementaron, los que ya tenían angustia se incrementó y los que no tenían, empezaron a tener mucho miedo, porque acordate lo que era, se morían familiares, amigos, había terror de que te agarre el COVID y que se complicara. Fue una forma de brindar contención e información también.

- **En base a este concepto, ¿qué imagen se te representa?**

Gente con mucho miedo, asustada, llorando desconsolada con mucha angustia, eso fue lo que se me quedó grabado.

Cosa que ahora ya no se ve tan marcada, el tema de la vacuna tranquilizo un montón a la población. Aparte, de hecho, disminuyeron las muertes, eso en concreto.

- **¿Qué ventajas reconocés en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

La ventaja, que uno puede seguir trabajando sin el riesgo de ningún tipo de contagio y a su vez seguir, poder conectarte con la persona que estaba aislada. La persona que estaba internado en sala de COVID sufría mucha soledad, porque no podía entrar nadie, solo entraba la persona que lo asistía, ni siquiera los familiares, entonces el teléfono es una forma de seguir conectado, incluso con los familiares.

- **Bien, ¿Qué dificultades reconocés en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Hubo dificultades porque las personas no podían venir, quienes venían ya con un tratamiento tuvieron que suspenderlo, no tenían atención, esa fue la gran dificultad. Hubo

posibilidad de conectarse, de continuar el seguimiento, sí, pero no con los pacientes de consultorio, ya que solo trabajamos con pacientes internados. Hasta que se volvió con consultorio, esto fue por órdenes de gerencia, todo de gerencia. Pero, después, en la forma de llevar adelante esta forma de atención, ninguna.

- **¿Qué valoración tenés de estas modalidades implementadas?**

Fue positivo. Creo que cada uno hicimos lo que pudimos, tratamos de seguir nosotros, nunca dejamos de trabajar, brindamos asistencia de la manera que podíamos. Yo creo que eso fue lo positivo de poder seguir conectados.

- **¿Qué conclusiones podrías sacar en relación a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Dentro de salud, y del hospital concretamente, hubo mucha solidaridad, de alguna manera uno se unen estas cosas, en la tragedia, en las cosas que pasan. Hubo colaboración, mucha empatía con la otra persona, con el ser humano que está sufriendo.

Bueno, es una parte, digamos, distinta, que nunca pensamos que íbamos a vivir, fue tremendo vivir todo eso. Veníamos al hospital con miedo, pensando en qué momento te ibas a contagiar, pero así y todo seguimos trabajando.

- **Perfecto, ¿Hay algo más que te gustaría agregar?**

Que los pacientes estuvieron muy conformes con nosotros, con el equipo de Salud Mental, porque ellos se sentían escuchados en ese momento tan duro, estaban internados, aislados, y nosotros hacíamos videollamadas casi todos los días con ellos, y para ellos les ha ayudado un montón a llevar este momento tan duro para ellos, de tanta soledad y tanto sufrimiento, les llevábamos tranquilidad.

- **Bien eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 4

- **¿Cuál es el puesto en el que te desempeñas?**

Soy licenciado en psicología, trabajo como psicólogo en este hospital.

- **Perfecto. ¿Cuál es tu antigüedad en este puesto?**

Llevo cuatro años trabajando aquí.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeña diariamente en el servicio de salud mental?**

Realizo todo lo que es la parte de consultorios externos, es decir hacemos atención al paciente por ambulatorio desde donde brindamos tratamientos psicológicos o terapia. También realizo aptos psicológicos con cierta especificidad para cierto sector, y todas las interconsultas o derivaciones de otras especialidades, y las interconsultas en las salas de internación, específicamente en la ucc o la unidad de terapia intensiva de acá del hospital, y el servicio de fisiología, a su vez en el servicio de fisiología también hago consultorio externo, un día a la semana, para los pacientes de este servicio puedan venir a hacer

consultas psicológicas de manera ambulatoria no solamente de sala. Yo también soy integrante de investigación del CADI.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

Antes la atención era netamente presencial, pero con la pandemia hubo modificaciones en tanto al aislamiento obligatorio.

- **¿Se vio modificada su labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Si, mucho.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones que se implementaron en su tarea?**

Por la pandemia el hospital se convierte en un hospital de referencia para covid , y en un primer momento donde hubo el régimen del aislamiento social obligatorio, lo que hacíamos era atención vía telefónica a quienes estaban en las salas de aislamiento, y luego, también realizamos atención psicológica al personal del hospital que si estaba con aislamiento por ejemplo en su casa, hacíamos un seguimiento telefónico, y si era personal que no estaba con sospecha por COVID y estaba en el hospital, hacíamos la consulta presencial pero manteniendo el protocolo de distanciamiento, ventilación, vestimenta, barbijo, era muy estricto. Luego el protocolo fue cambiando, pero al principio era muy estricto.

En ese periodo de aislamiento obligatorio hacíamos la atención por teléfono por qué eran pacientes que estaban internados acá en el hospital pero en las salas de covid de esa manera, podía mantener contacto, después como se fue como transitando distintos momentos de la pandemia, se empezaron a abrir algunos servicio presencial pero con el protocolo de ese momento se atendió presencial, con barbijo, el distanciamiento, era distinta la ubicación de los muebles, las sillas bien separadas, hasta el devenir en el que se mantienen los cuidados pero que se atiende de manera presencial casi como era antes.

- **¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones?**

No sé si vos te acordarás, pero había lineamientos ministeriales, acá en el hospital seguimos los lineamientos de la comisión especial que se había armado por la pandemia, el COE.

- **¿Surgió algún lineamiento por parte de ustedes o por la necesidad de los pacientes?**

No, fue poquito el tiempo que trabajamos así, seguimos los lineamientos que nos fueron dando para brindar la atención en cada caso.

De a poco, con el tiempo se fue volviendo a la presencialidad. Cuando se internó a personas que no tenían covid, con otras patologías atendíamos presencialmente, con todo el equipamiento, en casos de covid, atendíamos telefónicamente.

Al principio fueron como dos semanas de aislamiento social. Luego volvimos a la atención, así que nos intercalamos, en ese momento nos dividimos en dos grupos, éramos dos psicólogos y un psiquiatra por grupo, y veníamos una semana un grupo y la siguiente semana el otro grupo, después ya volvió todo el equipo, todo el servicio

completo. Si el paciente tenía covid y requería atención lo hacía mediante llamada o videollamada, por lo general era videollamada, porque no nos conocían los pacientes y en ese momento que los pacientes estaban en un super aislamiento permitía ubicar quién era la persona. También contactamos a los pacientes de consultorio externos que ya se encontraban en terapia y se buscó darle continuidad, resolver sus consultas.

También se trabajó con profesionales y personal del hospital, presencial si estaba aquí o virtual con sospecha de covid.

Se trabajó con profesionales de la salud, hubo un espacio de pausa saludable, un espacio de meditación, relajación, tenían una carga laboral muy grande en el auge de la pandemia, se buscó brindar una pausa de unos 15 minutos para que puedan implementar en algún momento de agotamiento.

También teníamos capacitaciones, pero de manera virtual.

- **¿Cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

Si hay algún paciente que nos piden interconsulta y está en aislamiento por covid, se hace la videollamada, ya volvimos a la normalidad a atender presencialmente, pero en casos puntuales como estos mantenemos la videollamada

- **Pensando en las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, ¿cómo la definirías?**

Como un modo de funcionamiento que se instauró desde Salud Mental y de psiquiatría laboral para poder continuar con la atención hacia los pacientes y también personal del hospital teniendo en cuenta los lineamientos que iban planteando a nivel del hospital, a nivel Ministerio de salud provincial y del Ministerio de salud de la nación.

Fue una manera que se fue instaurando teniendo en cuenta los lineamientos, nosotros fuimos encontrando el modo de poder continuar atendiendo de alguna manera a las personas por vía de la videollamada y consultas presenciales con los cuidados y protocolos que había que mantener para el cuidado del paciente.

- **En base a este concepto, ¿qué imagen se te representa?**

Bueno se me viene a la mente, a mí se me representa que como el sistema de salud en ese momento hizo frente a algo que no estábamos preparados, que no conocíamos, es una pandemia no teníamos experiencia de haber atravesado este tipo de situaciones.

Yo pienso en nosotros, en los profesionales del hospital, no solo de salud mental y psiquiatría, sino de todo el hospital, de cómo nos unimos todos para hacerle frente a esto que era algo totalmente inédito. Tuvimos espacio donde, desde mi experiencia, pude conversar con un médico de sala, ponerme en contacto con otros especialistas de cómo estaban ellos viviendo. Tengo como una representación de que éramos todo atravesando o haciéndole frente a este momento.

También se me representa que en ese periodo, como el virus iba mutando, teníamos que actuar rápidamente, íbamos tomando distintos lineamientos, que una vez que los utilizamos ya teníamos que cambiarlos de nuevo, los cambios sucedieron

rápidamente y nosotros teníamos que actuar rápidamente, cuando ya aprendemos algo teníamos que cambiarlo.

El virus iba mutando, teníamos que absorber cierto conocimiento, cierta información, en el momento más exacerbado de la pandemia hubo muchos cambios en salud y tuvimos que acatarlos rápidamente.

La idea de tiempo también cambió, antes de la pandemia, teníamos una estructura de funcionamiento nivel de salud muy fuerte, la idea de tiempo era más estructurada y con la pandemia, el tiempo fue distinto, era todo más rápido, rápidamente tenemos que asimilar la nueva información e incorporarla.

El tiempo fue distinto, antes de la pandemia ya había un funcionamiento más estructurado en las funciones que uno hace, con la pandemia todo empezó a cambiar, era un tiempo real in situ.

- **¿Qué ventajas reconoce en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Creo que la cuestión de la atención por videollamada o virtual me pareció que es algo que se podría incorporar para ciertos casos específicos. Me parece que eso fue una experiencia que se fue empujado un poco por la pandemia y se fue mejorando. Sí funcionó la atención por videollamada.

También permitió contar con otros profesionales, conversar con otras disciplinas. Genera un sentimiento de pertenecer a la misma institución, de pertenencia.

- **¿Qué dificultades reconoce en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Como dificultad te podría decir que no todos los pacientes tenían un dispositivo tecnológico como el celular, ahí se complicaba un poco. Por ejemplo, si un paciente que estaba internado, enfermería o el personal de esa sala tenía que llamar a algún familiar para ver si podían acercar algún dispositivo para poder hacer la videollamada. Después se incorporó un celular en la sala para los pacientes para que puedan acceder a su atención por videollamada.

- **¿Qué valoración le darías a las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Para mí fue positivo, fue favorable en tanto que se pudo mantener la atención a las personas de una manera distinta, no es la no es lo mismo la presencialidad o la atención presencial, el cara a cara, el encuentro con el paciente, no es lo mismo la manera presencial que por videollamada, pero lo veo como favorable porque se pudo mantener una atención, nosotros no nos dejamos de atender. Me parece que en ese punto fue muy importante porque el servicio o el equipo, trató siempre de encontrarle la vuelta, de poder adaptarse a los cambios. Para nosotros siempre es así, está la cultura y está la clínica, que no es sin relación con la cultura, se van dando cambios a nivel de la cultura, teníamos que estar a la altura del entramado social, por eso incorporamos la videollamada, por supuesto hubo dificultades como hablamos recién de que por supuesto no todos los pacientes iban a disponer de un dispositivo tecnológico o cuestiones técnicas, pero la idea era estar a la altura de los cambios que iban sucediendo de nuestro entramado social.

- **¿Volverías a utilizar esta modalidad?**

Creo que ya nos queda como registro dentro de la experiencia y que es una herramienta, es un recurso, que nosotros ya usamos y resultó y seguramente la vuelva a utilizar. No sabemos qué va a suceder en el futuro, pero si es que surge una situación en que sea propicio utilizar este recurso y también habrá que ver que otro, innovador aparece.

Algo que creo que nos deja la pandemia es que siempre queda algo abierto, algo que va a aparecer, que puede dar lugar. Pero sí yo lo utilizaría y quizás puedan surgir otras maneras también.

- **¿Qué conclusiones puede sacar en relación a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Recapitulando también un poco lo que había planteado me parece que fue el medio, la manera que encontramos desde acá, desde servicios de la Salud Mental y de psiquiatría social y laboral, para continuar con la atención a las personas, fue una manera distinta, sí, pero la idea o el objetivo siempre continuar.

Me parece que incorporar este modo, la videollamada, fue favorable para la atención de los pacientes, porque como profesionales apelamos al lugar de las palabras, entonces frente a esta situación, nosotros podíamos dar lugar con la videollamada o un momento, un espacio donde surgían las intervención por medio de la palabra a pacientes que estaban atravesando una situación, este proceso infeccioso de covid, en el cual se pueda dar lugar a la palabra.

- **¿Habría algo más que te gustaría agregar que consideres importante?**

No, quizás agregar que con el advenimiento de la pandemia pudimos trabajar, funcionar más en equipo con mis colegas, y en la actualidad continuamos trabajando así, hay un feedback más permanente entre nosotros. Nos permitió organizar las distintas actividades que realizamos en el hospital, trabajar juntos.

- **Bien, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 5

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Soy Psicóloga de este hospital.

- **¿Cuál es la antigüedad que tenés en el puesto?**

13 años de antigüedad en el puesto.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeña diariamente en el servicio de salud mental?**

Soy psicóloga asistencial del Hospital San Bernardo, me desempeño en consultorio externo, sala y paciente en guardia, en función de la necesidad del hospital.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

Presencial, básicamente las mismas. En la pandemia tenía que mantener distancia, usar el barbijo, pero la entrevista era la misma. Lo que cambió es la sintomatología, está agravada por la angustia, por la ansiedad.

- **¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Si, la pandemia trajo muchas modificaciones.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones que se implementaron en tu tarea?**

La atención era bimodal, se atendió virtualmente y también presencial. Virtual con pacientes con COVID. Se buscaba que la persona esté sola, sin interrupciones, sin grabar. Con otras patologías, íbamos con todo el equipamiento que ofrece el hospital. Se alojaba al paciente de acuerdo a la particularidad del caso, videollamada, llamada o presencial.

- **¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones?**

Se hacía un encuadre del paciente, se le hacía saber los lineamientos para el tratamiento.

Hay protocolos que se dan desde el hospital, pero se las adopta de acuerdo a la necesidad del paciente y de cada uno.

- **¿En qué consiste el protocolo?**

Principalmente al equipo de protección, el doble barbijo, el uso de alcohol y lavados de manos.

- **Entiendo ¿cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

Hay pacientes que quedaron de forma virtual por la angustia que le genera venir al hospital y también a pacientes del interior. La virtualidad continúa funcionando.

- **¿Qué concepto tiene de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Nada reemplaza lo que es el cuerpo. Ante la necesidad de alojar al paciente es la opción de continuar el tratamiento. Es una alternativa factible y posible a tenerla en cuenta para otras patologías, no solo para la pandemia. Hay que tenerla en cuenta.

Hubo muchos que ingresaron por guardia por intentos de suicidio.

- **En base a este concepto, ¿qué imagen se te representa?**

El trabajo home office permite tener continuidad, es un nuevo modo de abordaje para continuar con lo presencial, permite flexibilizar herramientas y momentos, todo pensando en el paciente.

- **Perfecto, mientras me comentabas esto, ¿hubo algún recuerdo o imagen que atravesara tu mente?**

Si, se me representó las caras de mis pacientes enmarcadas en el celular, para mi ya es algo habitual. Mira (señala un porta celular), este me lo regaló uno de mis pacientes.

- **Qué lindo, ¿qué ventajas reconoces en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

El tiempo, permitió organizar. Los pacientes avisaban con tiempo para tomar los turnos o reprogramarlos, y buscaban espacios en los que no tuviesen interrupciones. Mis pacientes saben que tienen que estar una hora antes, si llegan tarde no los atiendo. Ellos ya sabían su horario, y esperaban a que los contacte, en ese sentido se optimizó el tiempo.

- **¿Qué dificultades reconoce en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

La dificultad fue internet, hace que se corte la señal, muchas veces no podés recuperar el video y terminas haciendo una llamada. Hay pacientes que tenían solo los datos del celular, no tenían internet, yo tengo un buen paquete de datos por eso no tenía problema.

- **¿Cuál sería tu valoración respecto a esta modalidad de atención?**

Es muy buena forma de atender, muy necesaria.

- **¿Qué conclusiones tenés en relación a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Si, así como los síntomas van cambiando, las modalidades también, se ofrece alternativas. La sigo y seguiré usando, totalmente.

- **¿Habría algo más que te gustaría agregar?**

No.

- **Perfecto, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 6

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Soy licenciada en psicología

- **¿Cuál es la antigüedad que tenés en el puesto?**

Tengo tres años en este puesto.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el servicio de salud mental?**

Aquí en el hospital hago consultorio, interconsulta en sala y en guardia.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

Bueno, en mi caso no se decirte exactamente cómo era, entré a trabajar unos meses antes de que comenzara la pandemia, pero volvió todo a ser como antes de la pandemia, que se atendía en el consultorio, estamos volviendo a la presencialidad.

- **¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

No sé si decirte modificada, pero si hubo cambios, si trabajamos bastante virtual y teníamos muy pocos pacientes. Pero si seguíamos con algunos presencialmente. Dependía del paciente cuál era la modalidad y en cuanto al tratamiento que se creía que era mejor para el paciente. Había pacientes que no podían acceder a la virtualidad, ya sea por temas económicos, no podían acceder, no tienen internet o por estar en lugares muy alejados igual continuamos de forma presencial. Por supuesto que con barbijos distanciamiento, de que no se amontonen mucho.

- **¿Hubo otras modificaciones que se implementaron en su tarea?**

Esa, que atendemos virtualmente.

- **¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones?**

Por lineamientos del hospital, no se si vino por algo de más arriba, pero aquí venía desde el hospital. Desde el hospital no te permitía que haya mucha gente, que ingrese mucho al mismo tiempo. Es más ahora me hiciste acordar, se trataba también de que los profesionales que estábamos en este momento, que éramos más, ahora quedamos menos, tuvieran diferentes horarios para atender, que no estuviéramos todos en los mismos horarios para atender el mismo tiempo, pero fueron lineamientos del hospital.

- **Con respecto a la forma en la que se atendió a los pacientes, que me comentaste ¿fue por iniciativa de los profesionales?**

Si, pero eso era más individual de cada profesional, en función de lo que creía que era lo que lo más conveniente, lo que mejor le parecía para su paciente y lo decidía. No era algo así en grupo que se decía porque cada uno tiene sus propios pacientes.

- **Bien, con respecto a los horarios ¿cómo se organizaban?**

Tratábamos en realidad de tener distintas tareas, por ejemplo, si se trabajaba en consultorio, los que no trabajan en consultorio fueran a salas en estos momentos y así. Se cubría igual el mismo horario para todos, pero se trataba de eso, de que algunos se encontrarán en el consultorio, los otros estuvieran en sala y no que estuviéramos todos en el mismo tiempo.

- **¿Cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

No, ninguna, casi ninguna, salvo los cuidados; barbijo, higiénicos. Ya se empezó a atender normalmente, no hay separación, además tampoco hay tiempo para separarla, es bastante la demanda

- **¿Se continúa atendiendo virtualmente?**

Se continua al revés, para algunos pacientes que necesitan quedó así digamos, pero no es la forma de trabajo o sea no es algo que se propone en un principio aquí, se viene a pedir para presenciar, pero si vos notas que por algún motivo necesita lo podés poner.

- **¿Qué concepto tiene de las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y**

Obligatorio?

Es que es difícil para mí conceptualizarla, porque como yo ingresé con esa modalidad, pero para mí fue la atención virtual una modalidad que permitió que se trabaje hasta de otra forma, más tranquila digamos, porque disminuyó bastante el tránsito dentro del hospital, entonces se podía hacer como muchas más cosas que en estos momentos, a veces por el tema de la cantidad de demanda no se puede.

Se disminuyó el tránsito dentro hospital porque hubo menos demanda espontánea, la demanda que creció fue la de sala, se podía hacer más trabajo en la sala, porque se tenía el tiempo suficiente para trabajar en sala.

- **Perfecto, con respecto a esta definición ¿qué imagen se te viene a la mente, ¿qué imagen se te representa?**

Lo puedo dar en comparación, durante la pandemia tenías la posibilidad de atender al paciente, hablar con los médicos, hablar con los familiares, o sea todo el abordaje del paciente en esa misma mañana, porque estabas abocado a eso. Cuando vuelve la presencialidad, ahora, al tener una gran cantidad de pacientes en consultorio uno tiene que ir moviéndose entre conseguir al médico, hablar con paciente en consultorio, atender otros pacientes en el consultorio, ir a la guardia, pero también disminuyeron las consultas.

Fue como un facilitador, permitió que el recurso humano que está en el hospital, estuviera acorde a la demanda que había en ese momento digamos. Esto hablando de psicología, porque creo que es para los otros sectores fue distinto.

- **Entiendo, ¿Qué ventajas reconoces en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Reconozco que el tema de los tiempos, eran más rápidos, más organizados, y también los cuidados. Había mucho cuidado del paciente, de nosotros, porque aquí no solamente se cuidaba mucho por el COVID, al mismo tiempo se trabaja con muchas otras enfermedades, entonces se entendía virtualmente y anteriormente, no se usaba barbijo, por ejemplo y bueno y ahora se implementó el uso en la sala y continua.

- **¿Qué dificultades reconoces en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Primero que no se podía atender a la cantidad de gente que uno a veces también necesita atender y los tiempos, en ese tiempo para atender a los pacientes presencialmente tenías que ir vestido con mucha ropa, con doble barbijo, con la máscara, y era muy difícil hablar con los pacientes, llevaba mucho tiempo porque a veces no te podían escuchar, no podías verle la cara, no podías interpretar las expresiones, era difícil.

- **Entiendo, con respecto a la modalidad virtual, ¿qué dificultades reconoce en la aplicación?**

No, en la modalidad virtual no hubo ninguna dificultad. Lo virtual aparece con pacientes que ya venían trabajando presencialmente, no se tomó nuevos para trabajar de manera virtual.

- **¿Qué valoración le darías a estas modalidades implementadas?**

Y en lo presencial sería un 50%, un cinco si querés, contemplando del 1 al 10, porque por un lado sí permitió esto del resguardo de los profesionales, el poder trabajar con más tiempo y más tranquila, pero por otro lado se dificulta la parte clínica de nosotros, esto que te decía de poder interpretar al otro, sus expresiones, que nos escuchen con todas esas con todo lo que teníamos arriba.

- **En cuanto a la modalidad virtual, ¿cuál sería tu valoración?**

En cuanto a la modalidad virtual, lo que pasa es que es difícil. Creo yo que hemos tenido muchos pacientes con dificultad económica para lo virtual, en mi caso personal yo trataba de hacer algunas sesiones y se les cortaba no se escuchaba, no tengo una buena valoración en cuanto a lo virtual, pacientes que, a veces, estaba la familia también en el mismo lugar que ellos y no se podía mover a otro lugar para hablar entonces no le pondría una buena valoración. Ahora como recurso es muy bueno, siempre y cuando se tenga las posibilidades de internet, de acceso hasta un lugar tranquilo.

- **¿Volverías a utilizar esta modalidad?**

Sí, siempre y cuando exista la posibilidad de acceder a internet y a un lugar tranquilo, sí.

- **Entiendo, ¿Qué conclusiones puede sacar en relación a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

En cuanto a lo virtual, yo no tuve buenas experiencias, pero te puedo decir que la verdad es que ayudó bastante esto a todas mis otras compañeras que realmente han podido continuar tratando con sus pacientes desde lo virtual, porque si no, no hubiese sido posible.

En cuanto a lo presencial con todo el equipo fue muy difícil hacer el trabajo clínico, porque como te decía, fue difícil comunicarse.

- **Me comentaste que actualmente atendés de manera virtual ¿con esos pacientes tenés estas dificultades?**

Sí yo los atiendo bajo la premisa de que no pueden venir para acá, pero a veces son personas que viven en otras localidades, no tienen buena señal y se corta o se tilda el video, es difícil. Si pueden venir les pido que vengán presencial, pero si por algún motivo no pueden venir les doy la posibilidad de atenderlos virtualmente. El hospital es el hospital, es parte de la terapia venir y entregar algo a cambio, pero bueno es mi forma de trabajar.

- **Cuando me comentabas de la implementación de la modalidad virtual, ¿te referías a la atención por videollamada o también por llamada?**

Siempre es por videollamada, por teléfono no he atendido a nadie nunca.

- **¿Habría algo más que te gustaría agregar?**

No

- **Bueno, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 7

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Soy jefa de servicio de Psicología.

- **¿Cuál es la antigüedad que tenés en tu puesto?**

16 años.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeña diariamente en el servicio de salud mental?**

Asistencial, jefatura de servicio, docencia para RISAM, creo que eso engloba todo.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas empleadas antes de la pandemia?**

El hospital en sí tiene tres grandes focos en los que actúa el psicólogo, la internación, en distintas salas; el consultorio ambulatorio y la guardia. Se trabajaba exclusivamente de manera presencial y en el consultorio ambulatorio contemplábamos cierta demanda espontánea de la comunidad, son pacientes que se acercaban sí derivación alguna y solicitar un tratamiento.

También tenemos a veces, algunos oficios que no llegan con pedido de tratamientos, una cuestión legal.

- **¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Si, mucho. En principio comenzamos a interrogarnos acerca de cómo iba a ser nuestra propuesta de trabajo en relación a lo que veíamos que estaba ocurriendo en otros lugares, lo que vimos respecto a los elementos de protección personal, a los tiempos para permanecer con un paciente, al tipo de paciente que se presentaba, por un lado, entonces comenzamos a pensar en incorporar ahí la tecnología, ¿en qué sentido? para pacientes que estaban en internación con COVID. Ahí comenzamos a solicitar donaciones de tablet, comenzamos a equiparnos con celular, para el servicio que hasta ese momento era impensable. Comenzamos a trabajar con las tablets también para poder hacer videollamadas con los pacientes que el objetivo sea que el paciente también pueda ver un rostro sin un barbijo, sin una máscara, eso nos pareció interesante, por supuesto en los casos en los que el paciente podía sostener la entrevista. Esa tablet también se utilizaron para que los pacientes puedan tener un contacto con sus familiares ya que por las condiciones de la internación no se podían ver no se podían hablar. Eso fue un punto importante con respecto a la atención.

También nos pasó que tuvimos que comenzar a trabajar en esta parte previa muchas campañas orientadas al tratamiento de la angustia de nuestros profesionales de salud, en esa espera de los primeros casos, en esa espera que no había suficientes elementos de protección, en esa espera de lo desconocido, eso toca elementos fantasmáticos de cada uno y la angustia aparecía, mucha ansiedad.

Esto lo trabajamos desde flyer, y habilitando la posibilidad de consulta con nosotros, es decir apuntábamos una cuestión más grupal, y apuntamos a una cuestión individual, alojar a cada uno. No siempre la intervención se hacía en consultorio, no necesariamente venían acá, sino que se hacía en la misma sala, en enfermería, en algún pasillo, pero la idea era eso apuntar a trabajar algo de la angustia y ligar algo de eso.

Esto fue evolucionando, esto fue lo previo, nos estábamos preparando. Después nos pasó que no podíamos estar todos, no podíamos trabajar todos, y nos tuvimos que organizar por determinados días y horarios. Lo cual fue bastante complejo, por la demanda que había de atención en sala. En ese momento con respecto al consultorio ambulatorio se corta, solamente conservamos casos bajo criterio de urgencia que estuviéramos trabajando. Ahí habilitamos la atención online. Centramos la mayor parte del esfuerzo a los pacientes internados y a los profesionales de salud.

Cuando la pandemia estalla, se comienza a trabajar con los grupos de médicos sobre todo de la parte de terapia intensiva COVID, se trabajó mucho en grupos, y con los médicos que estaban en las otras Salas COVID.

Orientamos mucho el trabajo a la contención, a buscar estrategias para ellos que se enfrentaban a este encuentro tan descarnado junto con la muerte, porque de repente veían que el esfuerzo era muy grande y que el éxito era muy bajo. Y con la demanda de familiares, ellos también tenían que dar partes médicos telefónicos. Se trabajó en equipo por especialidades, ahí se trabajó en el área COVID, eso en relación al personal. Con enfermería también se trabajó y el área de limpieza. Tratando de alojar algo de la angustia y tratando de ver de manera grupal y también individual para quienes lo solicitaban. Ahí fue muy sorpresivo ver cómo sobre todo el médico se planteaba todo un armado superyoico del deber, fue toda una cuestión defensiva que por supuesto no era momento de perturbar era lo que le permitía hacer y seguir.

Paralelamente continuamos con la asistencia a los pacientes internados de manera virtual, hubo una disminución de la demanda por guardia, eso también fue importante porque nos abocamos trabajar mucho internamente.

Sostuvimos consultorio con la modalidad de urgencia con algunos pacientes, pero la mayoría entró en stand-by de los que estaban en tratamiento en ese momento, pacientes que hasta el día de hoy continuamos atendiendo por consultorio.

A partir de allí, durante un buen tiempo, cuando fue cesando la demanda interna, cuando se fueron desarticulando las áreas covid. También con los tiempos nuestros, a medida que nos fuimos contagiando, saliendo y reintegrando, fuimos paulatinamente volviendo a la normalidad del consultorio, pero con una particularidad, las demandas y asistencia psicológica nos desbordó completamente, al día de hoy tenemos muy pocos recursos y mucha demanda, y tuvimos que priorizar la atención de pacientes derivados de este nosocomio.

Eso nos afectó bastante porque durante la pandemia hubo ciertos controles de especialidades que no se hicieron y después la gente acudió masivamente, sumado las vivencias y la subjetividad de cada uno, entonces se incrementó muchísimo la derivación a psicología y la demanda interna terminó desbordando por lo que tuvimos que frenar un poco la demanda externa.

Continuamos trabajando con la atención virtual sobre todo en el 2021, y 2022 fue disminuyendo un poco, se contemplaban los casos, pero es una opción que se sostuvo.

La clínica se mantuvo, la envoltura formal de la atención fue lo que se fue modificando, ayornando a las características de contingencia, a lo que se iba presentando. Una clínica muy del lado de la angustia y sorpresivamente de poner el cuerpo de otro modo.

Salud mental trabajo toda la pandemia y trabajo en las áreas COVID, todos los días, donde estaban los médicos, enfermería, poniendo el cuerpo en ese lugar, el psicólogo no quedó reducido aquí en el servicio, a que le manden una tablet al paciente, también puso el cuerpo en el mismo espacio, se alojó, se ofreció de escucha, ofreció pequeñas pausas a la urgencia, en medio de los protocolos, de que circule algo distinto, que permita humanizar un poco.

También trabajamos con personal aislado, infectado, de manera virtual, que también es poner el cuerpo. Nos permitió valorar el lugar que le da el personal a la institución, fue interesante porque tenían una demanda muy patriarcal a la institución, que me cuiden, que me den, me dejan, yo te doy todo por, fue muy interesante.

En ese sentido hubo más receptividad de trabajar con el personal administrativo aislado, con personal de enfermería muchísimo, y los médicos, no podían perturbarse, no se permitía la mayoría perturbarse las defensas. Pero sí tuvimos gran cantidad de consultas posteriores a pandemia en el ámbito del hospital o de manera particular de profesionales médicos a partir del año 2021-2022, muchos residentes también, pero ya no podemos trabajar mucho a nivel institucional porque ya estábamos volviendo a asumir la demandas de consultorios, demanda de agendas de pacientes.

- **¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones?**

En primer momento un poco fue ver lo que estaba pasando en el mundo, comenzar a evaluar nuestra profesión, comenzar a evaluar nuestra población hospitalaria, la oferta nuestra y decir que podemos sostener y de qué modo lo podemos hacer, y también teniendo en cuenta que dentro de una institución había un plan de contingencia donde teníamos ciertas bajadas, entonces fue como una adaptación constante, lo que tratamos que no se pierda fue la orientación clínica en las formas fuimos adaptándonos, por ejemplo, alguna de las bajadas institucionales fueron que no podíamos permanecer en el servicio más de una persona, lo que nos llevaba a reorganizarnos internamente porque la persona que venía tenía dar las interconsultas en sala, ver si había alguien en guardia; hasta que se admitieron a dos personas, luego el equipo, hasta que el mismo equipo nos fuimos organizando para ver quienes se unían a COVID, quienes asumían seguimiento, pero fue a medida que se fue desarrollando la situación. Lo que siempre tratamos de mantener fue la brújula clínica como te digo, no es una respuesta desesperada donde uno sale a cubrir cuestiones sino de mantener cierta distancia que permita decir esta es la lectura de lo que hacemos de esto y que propuesta tenemos para esto.

Pero estratégicamente implicaba incorporar tecnología; reorganizarnos como equipo; fomentar la comunicación, porque no estábamos todos los días todos; saber qué se había visto; qué había pasado; cómo había continuado un caso; las cuestiones transferenciales que se podía tener, en que un día veía un paciente y el que al día siguiente no tenía que venir y venía alguien más; los horarios; el tipo de abordaje; hacia dónde orientábamos el trabajo; hasta que en un momento dado nos absorbió COVID del todo, y ahí mucho invertimos en colegas, en la institución, en pensar algunas técnicas, en habilitar la palabra, pequeños espacios para hablar de estos casos, de cómo estaban viviendo, como lo estaban llevando. Yo te menciono más la terapia intensiva covid

porque yo me avoque más a ellos, pero toda el área del covid que estaban las otras especialidades tal vez ahí tenían otro manejo y se iba más uno por uno, pero que tengan su propio espacio para catarsis, esa fue nuestra orientación.

- **¿Cómo era la modalidad con la que trabajabas en terapia intensiva COVID?**

Con los médicos, enfermeros y personal de manera presencial en el espacio covid, con los pacientes de manera virtual con las tablets. En ese momento había que coordinar muy bien con enfermería porque teníamos que pensar en los horarios que enfermería ingresaba, que no era todo el tiempo, ingresaba cierta cantidad de horas, entonces ahí ingresaba con la tabla con las llamadas ya establecida, las tablets todas cubiertas, con una protección, no podían salir contaminadas, tuvimos que pedir asesoramiento a infectología. Entonces estaba el paciente con la tablet y nosotros con el celular, y hacíamos las videollamadas. Cuando se ofreció también, la posibilidad de que algunos pacientes se comuniquen este con los familiares establecer esa comunicación, dejamos una tablet en el servicio médico para que se puedan comunicar, fue sorprendente porque la mayoría de los pacientes no quiso, no quisieran que sus seres queridos y demás, no los vean.

Un médico además de la tarea asistencial, del temor de llevar el virus a sus casas y el cuidado, tenía que agarrar el teléfono y el listado de los pacientes que estaban con COVID y darles el parte por teléfono. Pasaba mucho que había familias que venían, se atrincheraban, una cosa bastante extrema

El objetivo fue cuidar a quien nos cuidan, poner el cuerpo desde otro lugar y por otro lado no olvidarnos del recurso, sin el recurso no es posible nada, ninguna otra alternativa y cuidarnos entre nosotros, porque también nos fuimos contagiando, también tuvimos nuestros momentos de salir, de entrar, nuestros temores, nuestras angustias, lo que implicaba venir a trabajar, atender y contagiarnos de hecho, esa fue la apuesta nuestra.

Nosotros en el equipo de Salud Mental intentamos cuidarnos entre nosotros, a la vez que cada uno tenía sus análisis por fuera. Cuidarnos entre nosotros significaba: no saturarnos, estar pendientes de lo que nos generaba a cada uno, considerar situaciones de salud y en función de eso organizar las tareas, si alguien por su condición de salud no podía entrar a sala asumía mayor seguimiento telefónico, alguien que tenía indicado no venir, se mantuvo pendiente de las redes, de los sectores aislados. Cada uno estuvo presente desde donde pudo para no sobrecargar al otro. (23: cuidado del equipo)

Creo que como equipo estamos saliendo de lo que fue la pandemia, uno se va reorganizando e intenta volver a estructuras que conoce, pero sabemos que eso no es posible porque ahora hay algo distinto un encuentro distinto, un volver a pasar por la angustia de cada profesional, pasamos por un cambio, hay una nueva apuesta también.

- **Entiendo, ¿Cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

Sobre todo, la posibilidad de continuar en algunos casos con videollamada o llamadas telefónicas. Considerar también algunas particularidades de cada uno, en una institución donde hay para todos, pero también ver la particularidad de la relación con la angustia, con las condiciones físicas, también en relación con el deseo, con el trabajo.

- **¿Qué concepto tenés de las modalidades de atención psicoterapéuticas**

implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?

Pienso que si lo vemos desde un punto de vista operativo y práctico, permite, habilita posibilidades, pero también considero que no todo caso puede ser sostenido de ese modo, hay casos que pueden llevarse muy bien.

Hemos tenido muchos pacientes con estructura psicóticas y que el tratamiento ha sido fabuloso, poder intervenir con ellos y hemos tenido otros casos de situaciones que fue más importante poner de otro modo el cuerpo, entonces si bien es una herramienta que facilita y posibilita no deja de seguir la lógica del caso por caso.

- En base a este concepto, ¿qué imagen se te representa?

Mientras iba hablando, me atravesaban distintas caras enmarcadas en el teléfono, distintos pacientes, distintas situaciones. Y había situaciones en la sala donde el paciente no podía articular palabras, solo necesitaba ver un rostro del otro lado, alguien que ponga una cara o un cuerpo de otro modo, aunque sea a través de la pantalla, del marco de la pantalla.

También este acercamiento, hasta indiscreto, a veces, que se producía porque de repente se perdía todo un encuadre, todo un contexto, y uno terminaba viendo la cama del paciente, su casa, o donde el paciente pudiera, pacientes en el jardín de sus casas, en la esquina de la casa porque había mejor señal, debajo de un árbol, tirados de sus camas, pacientes en pijama, o con el torso desnudo, desnudo. Era demasiado, demasiado de la intimidad, que un punto, el propio analista, el practicante tenía que sustraer la mirada, pensar bien qué pasaba allí también, ¿no? Hay gente que podía tolerar la imagen, y gente que no. Pero sí, era tratar de sustraerse un poco de la imagen y acotar algo de la mirada también, es un ejercicio. Estar advertido de eso, para tratar de sostener algo del discurso.

- Entiendo, ¿qué ventajas reconoces en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?

La ventaja está en que posibilita y que, en algunos casos, en determinados casos, puede ser una opción muy válida para establecer lazo que puede tener una función interesante a nivel subjetivo, como efecto subjetivo.

- ¿Qué dificultades reconoces en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?

Me parece que, la otra cara de lo tecnológico, se pone desde las dificultades técnicas de depender de ciertas condiciones de conexión, vuelve a poner en juego algo de la desigualdad de mucha gente. Por más que esto se piense como una maravilla, hay mucha gente que ha quedado aún excluida de esta posibilidad porque no cuenta con los medios, y ha quedado en una nueva exclusión, en una nueva vulnerabilidad, porque no solo con la posibilidad de un tratamiento sino también con la posibilidad de continuar con la educación, con una serie de cuestiones, y ha quedado por fuera, esto que se pretenden para todos, nunca se logra. Eso me parece una dificultad, pensándolo así desde lo macro a lo micro.

Y si bien, ha contribuido en muchos casos al establecimiento de lazo, a que exista un otro aunque sea a través de una pantalla, en otros casos ha contribuido a reforzar otros

síntomas. Tenemos pacientes que su vida, su mundo se redujo a su espacio y esto le posibilita seguir manejándose de ese modo, no ceder algo tampoco.

- **Entiendo ¿Cuál sería tu valoración acerca de esta modalidad?**

Creo que nos permitió hacer, y hacer en momentos muy agudos, creo que es parte de la invención que tiene que estar presente en la clínica, creo que es parte también de la apuesta de hacer existir una posición y una práctica valiéndonos de la tecnología. De hecho, es algo que comenzamos a trabajar y a pensar previo a que tengamos la eclosión de casos acá, y a tratar de conseguir algo de esto, ¿no? En el caso nuestro, las tablets las obtuvimos por donaciones.

- **¿Las volverías a utilizar?**

Si las volvería a utilizar, sí, las utilizaríamos, creo que sí, pero advertida de que no se pierda en la lógica de cada caso, y ver qué posibilidades, qué obstaculiza y qué es conveniente para cada paciente.

- **¿Hay alguna conclusión que podrías sacar respecto a las modalidades que implementadas?**

No, creo que un poco lo que te decía, ¿no? Todo ha sido sobre la marcha, ha sido una apuesta a la invención y a la construcción. Pero más allá de servirnos de una tecnología, también estar advertido de no perder la mirada clínica y qué función cumple la tecnología en cada caso, creo que eso es fundamental.

Operativamente nos permitió funcionar dentro de lo caótico. Y bueno, la apuesta a poner el cuerpo, lo que es aún más valioso de esto.

- **¿Habría algo más que te gustaría agregar o que consideras importante y que no te hayas preguntado?**

Creo que estamos aquí, para nosotros es todavía una instancia hasta de reflexión, ¿no? Porque son situaciones en la que pasó lo agudo, pero son los momentos de empezar a pensar otras conclusiones, las decisiones, hasta la misma posición de cada uno, en relación a la institución, en relación a las otras disciplinas, a la interdiscursividad. Y por supuesto, siempre el elemento ahí, como el cuarto elemento del paciente.

- **Perfecto, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 8

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Psicóloga asistente en el hospital

- **¿Cuál es la antigüedad que tenés en el puesto?**

17 años de antigüedad.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el puesto?**

Bueno, yo me desempeño acá en la sala de mujeres, que es el sector de internación de mujeres de la parte de crónico. Esta es la sala de mujeres y consultorios externos dos días a la semana. Y hago juntas médicas, en realidad hacemos juntas interdisciplinarias con una médica psiquiatra, eso lo hago los días martes.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

Era solamente presencial. Antes de la pandemia era solamente presencial.

- **¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Sí, mucho, mucho, mucho.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones implementadas en tu tarea?**

Bueno, durante la pandemia el hospital se dividió en dos, la parte del sector de internado, que no teníamos acceso a otros sectores del hospital. El personal que trabajamos dentro del sector de internación no teníamos contacto con el sector de agudos o guardia. Se dividió como adentro y afuera, digamos, se denominó así.

Se buscó evitar que el sector que permanecía más tiempo con los pacientes internado, tuviera contacto con pacientes del exterior que pudieran contagiar o traer el virus adentro de la institución.

En el sector de crónicos hay una importante cantidad de población longeva, entonces se consideraba que era más riesgoso para ellos, que para la población joven.

Durante el 2020 fue así. Primero, nosotros los que ingresamos acá, ingresamos por otro sector, no teníamos contacto con la gente que estaba trabajando en la emergencia o el sector de agudos. Y yo sí continué haciendo atención de consultorio, que es lo que siempre hice, pero de manera remota, o sea, por teléfono. Muchas veces lo hacíamos acá mismo, o sea, por videollamada. La atención por consultores externos se suspendió de manera presencial. Lo que nosotros hicimos acá fue hacer un listado de los pacientes, contactarnos y decirles que íbamos a continuar la atención tal como la brindábamos, pero de manera remota. Solo en casos de emergencia, en casos de descompensaciones, la atención se hacía de manera presencial, pero siempre por emergencia. Las atenciones programadas eran así, remotas, eso en cuanto a consultorios externos.

Lo mismo pasó con las juntas que hacemos en medicina legal, con las juntas interdisciplinarias. Las empezamos a hacer por Zoom o por videollamada directamente. Inclusive es un sistema que empezaron a usar los juzgados y los destacamentos de policía si teníamos que hacer alguna junta de ahí que estaba detenido, poder conectarlo a través de Zoom o a través de celular por videollamada para poder continuar con la junta que se estaba programando.

Acá en cuanto al personal, lo que hicimos, en ese tiempo, yo ahora estoy como psicóloga sola, no hay otra psicóloga en este sector, pero en ese tiempo éramos dos. El año pasado se jubiló a otra psicóloga que estaba acá. Entonces se formaron dos equipos,

psicólogo, psiquiatra y trabajador social, que rotaban. Veníamos una semana uno y una semana el otro como modo de preservar los posibles contagios de un equipo al otro. Así que en ese tiempo fue así. Y en la semana en que no veníamos al hospital, continuamos con la atención de consultorio vía remota desde nuestra casa.

Se modificó muchísimo mi forma de atención. Al principio, no sé si hay alguna pregunta respecto a esto que a lo mejor te estoy comentando ahora, pero a mí, al principio, debo reconocer que me costó mucho empezar a atender de manera remota. También, sobre todo, no tanto con los pacientes que yo ya venía atendiendo, con los pacientes que ya venían en atención, por ahí fue un poquito más sencillo, si se quiere. Pero los pacientes de primera vez, era muy complicado establecer un encuadre, dar inicio a un tratamiento con alguien que no conocía, que tenía que presentarme de manera remota y explicarle cómo iba a ser a alguien que a lo mejor no me conocía a mí, yo a ese paciente, ni tenía un diagnóstico preliminar de esto. En realidad, muchas veces tenía solamente el teléfono que había pedido atención y nada más, y contactarme y llamarlo. Y bueno, en ese sentido, sí me costó, también sostenerlos a lo largo del tiempo, que se sostuviera la atención y que no quedara en una o dos entrevistas telefónicas, o establecer una relación terapéutica que pudiera perdurar en el tiempo. Con los pacientes que yo ya venía en atención, fue más sencillo, digamos, fue mucho más sencillo, se continuó de esa manera. Eso fue un poco lo que por ahí en ese momento nos planteábamos, y el cómo hacerlo, un montón de preguntas respecto a cómo, ¿no?, cómo empezar a utilizar la herramienta, que en ese momento era lo que nos permitía dar continuidad a los tratamientos, pero que no lo habíamos utilizado nunca como recurso.

- **Con respecto a los pacientes nuevos, ¿cómo se tomaban los turnos? ¿Cómo llegaba un paciente nuevo?**

Acá muchas veces los turnos son con bastante antelación. Entonces, por ahí, los pacientes estaban anotados un mes antes, ¿no?, lo que habían registrado los de atención era el teléfono, y nosotros nos fijamos en ese teléfono y nos contactábamos para pautar una entrevista telefónica. Sí, fue así, digamos... Y... No me acuerdo de qué iba a contar. Sí, y nosotros fuimos haciendo un listado de los pacientes, los que venían ya en atención y los de primera vez, y los... tratando de, digamos, de incluir también, ¿no?

En cuanto a sala, era un poco más difícil mantener este tipo de restricciones. Nosotros acá continuamos atendiendo a los pacientes, porque los pacientes están acá alojados, internados, tomando las medidas, digamos, el uso del barbijo en ese tiempo, todas las medidas, digamos, recomendadas en ese momento, y tratando de mantener y extremar los cuidados.

Pero nosotros mantuvimos la atención individual de los pacientes en ese tiempo, se mantuvo con el distanciamiento con las medidas respectivas, pero no se podía limitar el acceso, porque las pacientes viven acá. Inclusive en el hospital, se tomó una serie de medidas respecto al ingreso de familiares de afuera. Entonces ellas estaban, permanecían, dentro del hospital y el único nexo, quizás si se quiere con el afuera, éramos nosotros. Inclusive, bueno, en ese tiempo lo que implementamos, un poco, en el servicio de crónicos era servir de nexo con algunos familiares, entonces yo muchas veces a través de mi celular y haciendo videollamada con algunas personas que no podían ingresar acá para ver su familiar. Eso sí, hemos hecho mucho.

Inclusive estaba, por ahí cuando vos ingresaste acá, viste que hay una puerta, una reja que ahora está abierta, en ese tiempo estaba cerrado para que hubiera un distanciamiento entre varones y mujeres. Estaba sectorizado. Entonces, también inclusive las relaciones interpersonales que ellos establecen de manera espontánea acá adentro, se veían también limitadas. Solamente estaban las mujeres de esta parte, por un lado, las más jóvenes, y del otro lado están las que tienen más edad.

- **¿Eso también estaba sectorizado?**

Si, sí, también estaba sectorizado. Para evitar que, bueno, si hay alguna paciente que, digamos, que se contagiara, que se infectara, se propagara con más rapidez el virus, en ese tiempo que no teníamos ninguna vacuna ni nada. Nada. Estoy hablando del 2020, ¿no?. Bueno, entonces estaban solamente una parte acá, otra parte al lado con otra puerta, como en grupos así, aislados. Inclusive nosotros tenemos acá una paciente que vive en el Hospital, siempre cuento esta historia porque es una paciente que tiene su pareja acá hace años. Y que su pareja es de la sala de varones, bueno, durante ese tiempo que estaban sectorizados, quedaron ellos aislados, no pudieron tener contacto. Después, se podía acercarse a la reja, pero en ese tiempo lo que hacía ella era dictarme una carta que le pasábamos a través de la enfermería a Hugo, que ella lo bautizó Hugo, y era un contacto o por ahí un mensaje de voz. Entonces, lo grababa alguien con su celular y yo se lo hacía escuchar a la paciente acá. Hemos tenido un poco ese rol de servir de nexo en mucho tiempo.

También hacíamos talleres con los residentes de RISAM que estaban acá rotando. Hemos hecho bastante trabajo. Talleres de lavado de manos, talleres que tenían que ver con traer un poco algunas noticias de lo que estaba ocurriendo en el afuera para que ellos también fueran teniendo contacto con alguna de las noticias, empezar a hablar del COVID, qué era esto, qué podía pasarles, de qué nos teníamos que cuidar. Bueno, toda una serie de cosas. Se trabajó en talleres de información y concientización de lo que estaba ocurriendo.

Bueno, cambiaron muchas cosas en el adentro. Uno tiene que pensar que ellas viven acá, y cambiaron muchas cosas en la medida que ellas no podían salir, no podían hacer sus compras, no podían cobrar la pensión. O sea, a través de la trabajadora social, que podía ir en algunos momentos y traer el dinero, pero muchas de ellas están acostumbradas a salir, cobrar la pensión, comprarse las cosas. Todo eso se suspendió. No hubo más turnos, no hubo salidas, no hubo nada. Y bueno, esto fue complicado en cuanto a ese manejo interno, y a cómo les cambió la vida a ellos estando acá, cómo se restringió mucho. También acá, cuatro pacientes fallecieron en esa época, también por COVID. Cuatro pacientes... mujeres... más longevas. Y bueno, también enfrentarnos y enfrentarse las mismas compañeras a eso, a lo que fue el fallecimiento de ellas.

- **Lo siento por tus pérdidas, fue un periodo bastante complicado.**

Si, fue un tiempo en el que se iba, digamos, pensando y como improvisando, ¿no? porque había cosas que desconocíamos. Entonces, ¿cómo hacemos cuando surge alguien con algún síntoma respiratorio? ¿Cómo lo podíamos aislar acá adentro cuando por ahí no había un sector de aislamiento? Tratar de ver cómo evitar que se propague y evitar y proteger a otras pacientes. Bueno, fue todo un desafío para el médico clínico, para las personas, enfermería, que está a 24 horas, que realmente es fundamental, ¿no? Así que, sí, complicado.

- **Me comentaste sobre muchos cambios que fueron surgiendo en el mismo hospital y en la forma de atención. ¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones?**

Había lineamientos desde el Ministerio de Salud, después en cada hospital lo que se podía ir plasmando de eso, porque cada hospital tiene su particularidad. El Ragone tiene otras particularidades, ¿no? Es una población estable, como te decía, acá, digamos, en otros hospitales no tienen, como acá, ésta sala o la sala de varones. Es una población estable que vive acá. Eso es muy diferente a otros lugares. Y había que tomar otras medidas en cuanto a esa gente, ¿no?

- **Entiendo, ¿alguna de estas modificaciones continúa siendo sostenidas en el servicio?**

El uso del barbijo, por ahí. Sí. Algunas. El barbijo, el alcohol, algunas cosas. Por suerte, el acceso ya es diferente. Ya, vos verás que, inclusive, ahora hay un sector de la sala de varones, como se está refaccionando el hospital, que está con parte del mismo patio de la parte de ULE, que es la parte de los adultos mayores, de la sala de varones, que comparten el mismo patio. Antes eso no estaba, así que las puertas, las rejas están abiertas, el acceso es diferente ahora. Así que en ese sentido se modificó.

¿De lo que continúa? Yo te diría eso, algunas medidas en ese sentido de por ahí de resguardo de nosotros, de protección, el barbijo, el alcohol. Después no, porque no, las pacientes tienen otro acceso para salir al exterior a cobrar sus ingresos, se fue recuperando, retomando los festejos de cumpleaños de los internos, cosas que se hacen que en ese tiempo se suspendió todo, se volvieron a hacer, bueno, todo tipo de actividades recreativas, con el tiempo se volvió todo eso.

- **Con respecto a la modalidad de atención, ¿algunas de estas modificaciones siguen siendo sostenidas por el servicio?**

En consultorios, con algunos casos puntuales, no tanto por una restricción, sí quedaron pacientes que yo tengo en atención en este momento, que no están en Salta Capital y por ahí están en el interior, que pueden continuar de manera remota, pero son uno o dos casos que tengo yo, dos casos en este momento, por situaciones personales, ajenas al COVID, sino por cuestiones de trabajo o de traslado.

- **Respecto a las modalidades de atención que se implementaron durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio ¿Qué concepto podrías formular?**

Creo que fue un recurso muy importante, muy valioso en ese tiempo. Creo que se pudo, se pudo hacer un recorrido muy largo, muy largo, un recurso muy importante, muy valioso en ese tiempo. Creo que se pudo, se pudo dar continuidad a una atención a pacientes que en ese momento fue, lo requirieron, y de manera remota detectar casos que requerían intervención urgente, ¿no? Sí, creo que fue un recurso muy importante.

- **Bien, mientras me lo definías, ¿qué imagen se te representó, qué imagen se te vino a la mente?**

Muchas, sí, pacientes que me agradecieron por ahí en algún momento el haber seguido estando, digamos, a través del teléfono, que lo necesitaba mucho y que me lo

agradecieron en algún momento porque, bueno, ellos me decían: ay licenciada que suerte que me puede seguir brindando atención porque no podemos ir al hospital, no podemos ir a la clínica. Pudieron seguir encontrando un espacio y nosotros ir creando ese espacio a través del teléfono, porque el teléfono fue la herramienta fundamental. Nosotros acá no disponíamos, no tenemos nada. Fue el teléfono lo que utilizamos como herramienta y, no sé qué te iba a decir, y bueno, fue básicamente eso. No sé más, no recuerdo qué te iba a decir.

- **Me comentabas la imagen que se te representaba sobre las modalidades de atención.**

Sí, esa, para mí era el agradecimiento de algunos pacientes que he recibido por no haber interrumpido ese vínculo terapéutico que lo sostuvo en ese tiempo de aislamiento y que en realidad fue muy necesario porque muchas veces fue sostener, brindar acompañamiento en procesos de duelo. Se me viene a la cabeza una paciente que atendía de manera telefónica que perdió en la pandemia a su esposo y la atendía hasta que se fue a Buenos Aires. Bueno, fue, digamos, poder seguir estando a través de un teléfono, ¿no?, brindando atención.

- **¿Qué ventajas reconoces de la aplicación de esta modalidad terapéutica?**

Y por ahí el que se pueda, digamos, continuar con la atención de pacientes que no están en el mismo lugar, pacientes que están en el interior de Salta, tengo una paciente que la sigo atendiendo, ella está en el interior porque están terminando su rotación en la UNSA y, bueno, la sigo atendiendo. Este tema de las distancias, digamos, ¿no? Pienso que es importante acordar, por ahí, un horario un poco más flexible que el de un turno en el hospital, ¿no?, por ahí, el tiempo de espera es mayor. Eso me parece que en este momento es un poco más flexible en ese sentido. El espacio y el tiempo, básicamente, ¿no?, me parece que son las ventajas.

- **Entiendo. ¿Qué dificultades reconoce en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Por ahí al principio con los pacientes que eran pacientes de primera vez, en instaurar, por ahí, un encuadre terapéutico.

También me resultó difícil porque nosotros acá abordamos pacientes, por ahí, con diagnósticos de psicosis y en muchos casos con diagnósticos de paranoia o esquizo paranoica. Entonces, la dificultad era de establecer o de dar continuidad a un abordaje cuando no había ese contacto o ese reconocimiento del otro a través de una voz, ¿no? Y con lo que todo eso, por ahí, se prueba en el abordaje, a lo mejor de un paciente con síntomas paranoides, en esos casos, por ahí, no era tan sencillo, ¿no? Creo que es un abordaje que si se realiza dentro de la estructura neurótica es mucho más sencillo, por ahí, o más fácil, o más aplicable. En el caso de la psicosis, a mí por lo menos, en mi experiencia particular, me resultó más complicado de aplicar. Lo pude hacer, pero no fue sencillo. Recuerdo a un paciente que no quería hablar por teléfono y le pasaba a la hermana, para que la hermana me dijera a mí cómo estaba, pero no se podía... No podía entrevistarle yo, digamos, por teléfono, no accedió nunca. Entonces le pasaba a la hermana el teléfono como para que la hermana me comentará a mí cómo él estaba, pero nada más hasta ahí.

Eso en cuanto a las limitaciones y para mí tiene que ver más que nada con el diagnóstico. Bueno, eso es lo que me pasó. Era un poco más fácil en la estructura neurótica, en trastorno de ansiedad o en depresión, o en ese tipo de patologías. Y por ahí mucho más difícil, sobre todo cuando no me conocían previamente un paciente con la estructura psicótica.

- **¿Qué valoración le darías a estas modificaciones de las modalidades empleadas?**

Creo que haciendo un balance fue positivo. Creo que fue un recurso con el que contábamos, como te decía, fue muy valioso para poder seguir, dar continuidad a los tratamientos en ese momento. Y actualmente me parece que hay muchos colegas que siguen trabajando y han implementado esta modalidad como una forma de atención, de manera más permanente.

- **Hace unos minutos me comentaste que tenías dos casos puntuales con los cuales trabajabas de manera remota. Quería consultarte si lo volverías a implementar o si seguirías trabajando de esa manera.**

Sí, sí, acá en la en el hospital sí. Yo con ellas siempre prefiero de ser posible el encuentro, digamos, persona a persona, si se quiere. Siempre lo prefiero de ser posible. Vuelvo a decir que posibilita los casos en los que no es posible por traslado, por distancia, o por tiempo, o por otras razones, seguir dando continuidad a un tratamiento. Pero bueno, siempre la propuesta de tratamiento y de trabajo mío, si se puede, es en consultorio.

- **Entiendo, ¿Qué conclusiones podrías sacar respecto a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Creo que nos permitió a nosotros, a mí en particular, que tengo ya varios años de ejercicio, de la profesión, me permitió conocer modalidades nuevas. Al principio, no te voy a decir que no con algunas resistencias también en lo personal. Me planteaba, cómo iba a ser, ¿no?, cómo atender de esa manera a un paciente, cuando, por ahí, veníamos con otra formación en cuanto a lo que es la atención. Pero bueno, creo que primero nos llevó, porque no hubo otra forma de seguir dando y atendiendo pacientes en ese momento, a animarnos a conocer y a implementar un recurso que creo que es importante.

- **Perfecto. ¿Habría algo más que te gustaría agregar, que consideras que sea importante y que no te haya preguntado?**

Creo que hablé bastante. Fue complicado, creo que fue un tiempo complicado. Sobre todo, más que nada en las salas de internación y en todo lo que llevó la atención y la contención de los pacientes internados. Y por ahí dar contención al mismo personal, al mismo equipo de salud que estábamos todos atravesados por la pandemia. Entonces fue muy complejo desde todas las aristas posibles, porque el compañero enfermero, el médico, todos teníamos alguna preocupación, alguna inquietud, algún familiar enfermo o alguna persona. Entonces fue muy complicado trabajar en ese momento difícil, cuidarnos, implementar todas estas medidas de volver a tu casa, de sacarte la ropa, de bañarte, de no tocar nada, de todo este tipo de cosas que trabajamos, o salir a la calle cuando no salía nadie y todas estas cosas fueron complicadas. Hoy por hoy, cuando uno mira para atrás y dice, bueno, qué bueno que pasó y qué bueno que estamos acá y lo podemos ahora

vivenciar como algo atravesado y superado en alguna medida. Pero bueno, fue algo complicado.

- **¿Se brindó atención a los profesionales del hospital desde el sector de salud mental?**

Mira, en ese tiempo se hizo una, no lo hice yo puntualmente, pero sí otros colegas, una especie de apertura de atención de manera remota. También hubo un intento, porque no nos podíamos juntar a hacer grupos, ni talleres; la idea no era juntarse justamente en ese momento, entonces se hizo una convocatoria, una apertura a la atención de todo el personal que quisiera. Se brindaba atención por si en algún momento registrara que lo necesitaba o por sentirse sobrepasado, angustiado, movilizado por todo esto. Sí se brindó desde una parte del servicio de psicología.

Acá, nosotros lo hacíamos informalmente, a los compañeros, los compañeros, enfermeros, médicos, residentes, todo lo hablábamos. Todo el tiempo, cada uno. Bueno, a lo mejor algunos tratando de intervenir en lo que pudiéramos, ¿no?

En esa parte del servicio de psicología había un teléfono que se podía, o sea, se podía reconocer que había una línea telefónica donde el que quisiera podía tener una entrevista por si lo necesitaba, ¿no?

Así que bueno, creo que parece que eso serían los cambios que hubo.

- **Bueno, muchísimas gracias por todo.**

Participante 9

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Soy psicóloga clínica del servicio de agudos. Programa de emergencias y consultorios externos del hospital.

- **Perfecto. ¿Cuál es la antigüedad que tenés en el puesto?**

Yo fui residente, entonces empecé a trabajar acá en 2016. Desde que yo entré acá en la residencia en 2013, o sea, ahora son, van a ser 10 años. En junio van a ser 10 años. En 2016 en este hospital prácticamente acá, pero en la residencia en que tenía base en este hospital yo entré en 2013. 10 años. Sí.

- **Perfecto. ¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el servicio?**

Bueno, las funciones que desempeño son valoraciones clínicas, diarias, no sé si se pone como función, pero trabajo interdisciplinario, elaboración de plan terapéutico, control de externación, son diferentes servicios. Entonces, en algunos, establecimiento de tratamiento psicoterapéutico, sostenimiento del mismo, después también juntas interdisciplinarias, abordaje de cuestiones subjetivas, resolución de crisis subjetivas en internación y en laboratorio. Programa de emergencia tiene internación y ambulatorio, porque se atiende el paciente internado en la observación, y la consulta espontánea y ambulatoria del VAR. Consultorios externos es netamente ambulatorio, pero hay una

diferencia, hay pacientes que vienen una sola vez, que está en la junta médica, o que sostienen su tratamiento psicoterapéutico de manera ambulatoria.

- **¿Cuáles son las modalidades psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

La modalidad que usamos siempre es la entrevista clínica, y la modalidad previa a la pandemia era principalmente presencial, y en algunos casos puntuales, pacientes que ya contaban con el teléfono de contacto fijo de los servicios de emergencia, entrevistas por teléfono. Pero principalmente presencial.

- **Perfecto. ¿Se vio modificado su labor durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio?**

Sí.

- **¿Cuáles fueron estas modificaciones?**

Hubo un marcado descenso de la demanda de pacientes. Esa fue la principal modificación. También, otra modificación tenía que ver con el registro o la localización, dentro de la entrevista clínica, si el paciente podía tener o no COVID, digamos. O sea, no solo el registro de la gestión de salud mental, sino también si era un paciente que podía acceder a una entrevista presencial o que había que realizarla de manera remota. Lo que era remoto en el hospital se sostenía básicamente telefónicamente, y en contadas ocasiones por videollamada. La mayoría de las veces era el llamado a teléfono fijo o a la línea de celular, digamos. Esa fue la principal modificación. Incluso pacientes que venían sosteniendo tratamientos psicoterapéuticos, como decirlo, estando estables, disminuyeron su asistencia, digamos. Era como que el abordaje se orientó principalmente a la atención de la crisis que consistía en un cuadro ya establecido, ya con conocimiento de qué tipo de patología se trataba, o cuadro de atención de primera vez.

- **En ese momento, ¿cómo se organizaron para brindar la atención? Me comentaba que tenía la línea fija, la línea de celular, ¿cómo fue su organización interna?**

En el momento de la pandemia, en el hospital, a diferencia de otro tipo de instituciones, tuvimos que modificar, no podíamos dejar de brindar atención, digamos.

Hubo organizaciones que abarcaron dos ámbitos diferentes. Una es la atención en el consultorio externo, donde por convención institucional se restringió la asistencia, o sea, los que suspendieron la asistencia presencial. Y acordamos entre los psicólogos hacer como una valoración de nuestros pacientes y pautar con cuáles era necesario pedir la atención vía telefónica, o sea, no con todos, había pacientes que estaban estables y podían prescindir, digamos, de un tratamiento hasta que restablezcamos la asistencia. Y había otros que no, que había que hacer un seguimiento telefónico. Y a su vez, de esos, cuáles requerían si o si lo presencial.

En este caso de lo presencial, algunos profesionales, porque no todos los psicólogos de este hospital trabajamos en el servicio de emergencia, nos servíamos del servicio de emergencia para recibir los pacientes de manera presencial. La guardia, el servicio de emergencia, siempre estuvo activa, digamos.

Lo que sí hacíamos fue la instrucción para la colocación de elementos de protección, que tenían que ver con el barbijo, la cofia, el camisolín, la escafandra que nos poníamos, o sea, de esa manera hacíamos la atención presencial, con disposición de un espacio abierto, con la distancia. Pero eso requería que para acceder a esa asistencia había un filtro, digamos. Era que nosotros valorásemos que era necesario y era imposible que el paciente se asista virtualmente, digamos. Sí o sí este paciente requería de atención en lo presencial. Eso como te digo, lo que es consultorio externo.

Después, lo que es el abordaje del servicio de agudos, del servicio de emergencia, se creó también, en este hospital en particular, lo que era un servicio, por decirse, mixto. En el sentido de, había un aislamiento para pacientes COVID con psicopatología aguda y un sector de pacientes agudos sin patología COVID. La internación se dividió así, porque la puerta de entrada al hospital es el consultorio externo y el servicio de emergencia. Entonces, lo que hicimos fue afinar el criterio respecto de si el paciente era probable que tenga el COVID o no.

En algún momento se intentó hacer que vengan con hisopados, pero había situaciones de emergencia en salud mental en donde eso no podía ser resuelto y el paciente debía ser asistido. Entonces, se hacía un pequeño triage, que es esa valoración de las enfermeras, donde se hacían las preguntas, digamos, protocolizadas respecto de si había vivido en el extranjero, si tenía síntomas. Una vez que algo de eso se descartaba, recién pasaba a la entrevista con los profesionales. Y nosotros todos vestidos, digamos. Todos preparados. Y si el paciente ingresaba, se corroboraba eso que había dicho en la entrevista con un hisopado. Muchas veces el paciente no registraba, digamos, o no podía acceder al triage y registraba que tenía COVID. Y bueno, nos hablaban. Después, bueno, eso como que se fue flexibilizando. Pero sí había...

Ay, ya me acordé de esta modificación. No te la dije antes. No sé si se recordás que el gobierno dispuso como lugares de aislamiento para algunos COVID positivos. Algunos eran en hoteles, otros eran como en una carpa que había en el centro de convención. Bueno, en algún momento, en este tipo de situaciones, surgía un episodio agudo de crisis de angustia, o una desestabilización psicótica, o crisis de abstinencia. Y ahí nos solicitaban intervención. Hay un celular en donde están como los referentes tanto del interior como de Capital, de los hospitales. En ese momento la gente del comité de crisis por COVID también estaba en ese celular y se solicitaba la intervención. En ese punto, priorizaban los psicólogos la intervención telefónica y el psiquiatra hacía la valoración por videollamada, indicaba el tratamiento y la medicación. Y la gente encargada del confort de las personas alojadas en estos lugares, administraba el tratamiento. En contadas ocasiones, los psiquiatras tuvieron que ir presencialmente a la evaluación. Esa fue otra modificación, que la demanda no era de la gente del domicilio o derivada de un hospital, sino que de estas personas que estaban aisladas, digamos. Que estaban aisladas por COVID en estos lugares o que venían de viaje, por eso estaban en hoteles, que había dispuesto el gobierno o porque estaban en esas carpas, en esas cosas. Esa fue otra modificación, era una demanda nueva, digamos. Esa es una realidad. Pero ahí armábamos nosotros, los psicólogos, como una especie de grilla.

Y me acordé de otra, mirá, que no me había acordado. Bueno, armábamos como una grilla que, independientemente del psicólogo que estaba de guardia en ese momento, los otros profesionales también estaban disponibles para esa atención remota, de esta gente que estaba aislada, digamos. Y después se armó un proyecto, salió desde el Servicio de Psicología, un proyecto que se llamó Cuidar al que cuida. Un proyecto como de

intervención interna con los profesionales y la gente no profesional que trabaja en el hospital. O sea, las mucamas, la gente de limpieza, la gente de administración. Porque en muchas ocasiones, el tener que venir a trabajar o el percibir que se estaban exponiendo a un tipo de enfermedad, generaba crisis de angustia, de ansiedad. Entonces, se hicieron actividades grupales, siguiendo protocolos, con determinada cantidad de personas, en un espacio abierto. Y esas eran presenciales, porque eran de los mismos profesionales. Para las enfermeras también se produjo momentos como de pausa activa, como para tratar de cuidar la salud mental de los compañeros. Y eso lo llevamos adelante algunos psicólogos.

Particularmente, fue una cuestión de poder organizarnos. Porque el hospital también se dividió en dos. Nosotros tenemos una característica poblacional, yo estoy hablando del hospital en general, no solo de mi servicio. Nosotros tenemos un hospital en el que tiene gente que vive acá. Entonces, dentro de lo que fue la organización de nosotros como psicólogos, pues bueno, quienes estamos haciendo guardia, estamos con los pacientes que ingresan, digamos, no podemos ingresar al internado crónico, porque nosotros podemos llevar el virus adentro. Entonces, nos vamos a destinar al abordaje de lo externo, digamos, de lo externo o de lo breve. Porque las internaciones en agudos suelen ser las internaciones breves. Y otros profesionales se van a designar al abordaje de lo interno, que son los pacientes que están en el crónico, o sea, en las unidades de larga estadía, y también del proyecto de Cuidar al que Cuida. Esa fue la organización entre nosotros los compañeros.

- **Entonces, por un lado el hospital se divide entre los internados crónicos, quienes viven acá, y por el otro lado, guardia, consultorios externos, y la gente que ingresa por consultas breves.**

Si, así fue.

- **¿De qué manera fueron establecidas estas modificaciones?**

La verdad que fue mucho, se trató de buscar acciones que se estaban implementando en otros lados, combinado con el ingenio, también con las conversaciones que, acá se estableció un comité también como de crisis para lo que fue COVID, algunos psicólogos participaron. Entonces, los criterios se iban estableciendo como en una combinación, entre lo que se sacaba del lineamiento del Ministerio de Salud, lo que sucedía en otros lugares, como te digo, el ingenio, de poder ver que hay cosas que acá funcionan distinto, entonces hay que adaptarlas. Y algunas de estas cosas están escritas.

- **Perfecto. Entonces, esto que me comentaba de cómo ustedes se fueron dividiendo, y de este proyecto que nació de Cuidar a quien Cuida, también fue un lineamiento que nació de los propios profesionales.**

Sí, sí, sí.

- **Bien, ¿Cuáles de estas modificaciones continúan siendo sostenidas en el servicio?**

Algo que se instaló, y yo creo que excede a lo que es este hospital, me animaría incluso a decir que es una cuestión que abarca hasta el mismo abordaje clínico, digamos, en general, es la posibilidad de realizar una entrevista de manera remota. Eso incluso a veces favorece muchos procesos. En nuestro caso en particular, no solo con lo que son

los pacientes, el abordaje individual, sino la articulación con otras instituciones, el trabajo en equipo, la valoración de si es pertinente una derivación o no.

En este punto me parece que es algo que favoreció. No sé, se me ocurre decir, porqué no lo pensamos antes, digamos. Si bien como se decía antes, había gente que tenía el teléfono de la guardia del hospital y llamaba por ahí urgencia, no era algo que pensábamos que era sostenible, digamos. Ahora es como una intervención esporádica. Y porque el paciente lo demandaba, digamos. Y porque tenía el teléfono, tal vez si no nos llamaban, nosotros los llamábamos. Pero ahora sí, nosotros hemos llegado a hacer, de pacientes de Cachi, estando en guardia, valoraciones por teléfono para ver si esa... porque el médico clínico se topaba con un intento de suicidio, por ejemplo, y antes de derivarlo, bueno, evaluar, digamos, y hacerlo por teléfono.

Entonces, por ahí, yo hago particularmente guardia los días domingos, entonces fines de semana, por lo general no hay nadie de psicología y de salud mental los fines de semana en las instituciones del interior, principalmente. Entonces, bueno, pero hay un intento de suicidio el sábado y el domingo en Cachi, o en Cafayate. Bueno, entonces, hagamos la evaluación y vemos si el paciente está para ser derivado, o puede ser contenido en el hospital y que lo valore la psicóloga que va el lunes. ¿O no? Y hay psicólogo en tal lugar. Entonces puede esperar o puede ir a su casa y volver, digamos, ¿no? Eso también aliviana mucho lo que es la cuestión de la demanda para nosotros, porque nosotros somos el único hospital de referencia de salud mental de toda la provincia y países limítrofes. Entonces, los recursos no solo humanos, sino también materiales quedan muy acotados. Actualmente, en observación para la internación en emergencia tenemos cuatro camas. Entonces, una derivación con una internación que podría ser en otro lado, porque no es de riesgo, sino que necesita un corte, aislarse de la familia, una cuestión así, puede ser sostenida en otro lugar y no venir para este lado. Así que eso sí que sostuvo.

Después también en lo que tiene que ver con consultorio externo, particularmente en lo que son juntas, que son juntas de valoración. El hospital tiene un convenio que realiza las evaluaciones interdisciplinarias en casos, por ejemplo, de detenidos en una cárcel federal por delitos, por ejemplo, de narcotráfico. Entonces, las valoraciones que nosotros hacemos, es decir, que esa persona está en condiciones estables de salud mental para acceder a un juicio o una audiencia o lo que sea que le toque. Y hay muchas, por ejemplo, de las personas evaluadas, que son detenidas y tienen una causa acá en la frontera, en Pocitos, en Salvador Maza, pero tienen una detención domiciliaria en Mendoza, en Buenos Aires. Entonces, a esas personas, como la causa es de Salta, del juzgado federal de Salta, no las hacen venir para que las evaluemos, ni siquiera para el juicio, hacen un juicio virtual y los evaluamos nosotros, como institución pública de Salta, también de manera remota.

- **¿Y eso antes no se hacía de esa manera?**

Y eso antes no se hacía. Yo, la verdad, desconozco cómo se hacía antes, porque yo fui a participar de eso recientemente, de la pandemia, digamos. Pero no sé antes si esas personas estaban detenidas acá o venían acá o cómo era la cuestión de esas evaluaciones, digamos. Pero es algo que sí se sostiene. También hay pacientes con internación, con una medida de seguridad; medida de seguridad se llama a una orden como de protección, que establecen los juzgados de ejecución y detenidos, que son juzgados penales, para pacientes que son inimputables. O sea, que cometen un delito, pero que tienen las condiciones de inimputabilidad por alguna afectación mental.

En estos pacientes, en el curso de lo que es su internación o su tratamiento, más internación, se solicitan juntas, conjuntas se llama porque hay un servicio médico en Ciudad Judicial y nosotros que estamos acá en el hospital, para evaluar cómo es la condición mental de ese paciente después de que se accedió a un tratamiento y a una internación. Y antes, estas juntas se hacían, por ejemplo, yendo. Sí o sí se lo tenía que trasladar al paciente a Ciudad Judicial. Bueno, actualmente, el paciente está acá internado, digamos, y hay que hacer la junta, bueno, la hacemos virtual. Entonces, se conecta al equipo médico de Ciudad Judicial y nosotros, y el paciente, y las hacemos virtuales.

Otra modificación, perdón que me olvide, tiene que ver con la digitalización de las historias clínicas, que todavía se mantienen. En una parte esto es como un avance muy importante, por otra parte, es un obstáculo porque el soporte, tanto técnico, o sea, la red de internet, como de los materiales, de las computadoras y eso, es muy escaso en este hospital. Entonces, hay como una especie de avance, pero después hay obstáculos porque, como que no todas las computadoras soportan, digamos, la conexión. Lo que tenga que ver con informes, u oficios judiciales que lleguen, o certificados, o estudios, no son fáciles de cargar a los sistemas. Entonces, hay información que se pierde, que se queda bollando.

Después también está la brecha generacional entre los mismos profesionales, desde los secretarios, o sea, de la gente de administración, hasta los enfermeros, hasta los médicos, digamos, hay, cómo se diría, hay aptitudes para la tecnología que en algunas personas están muy restringidas, digamos, ¿no? Y hay algunos, por ejemplo, que ingresamos hace poco que somos por ahí más duchos con eso, ¿no? Y que podemos darnos maña, digamos, no necesitamos la computadora porque tenemos el link, cargamos el celular, traemos nuestra computadora, pero igualmente hay como una brecha, y capacitaciones en los que el sistema informático hemos tenido miles. Pero por ahí no se trata de capacitar, se trata de, bueno, si no se puede no se puede, no es falta de voluntad, digamos, sino que bueno, no, está esa brecha.

Hay gente que apenas usa el celular, digamos, como pedirle un montón no sé, que escanee una cosa, que la suba, que la apunte, que la guarde, que... ya se pierde. Como la firma digital, hay como un programa de firma digital que tiene para avalar con el colegio de escribanos, ¿no? Bueno, eso lo tienen habilitados los psiquiatras, los psicólogos no, no tenemos lo que es la firma digital. Eso entiendo que es así en todos los establecimientos de salud, no únicamente con nosotros en este hospital. Entonces lo que solíamos hacer en los informes que teníamos que mandar era, bueno, equipo a cargo y nombre de nosotros, digamos, matrícula y listo. Y a la buena fe de que nos quieran creer, digamos, o que por ejemplo estos datos no se reporten ni se peguen en el informe yo no hice. Porque bueno, estas firmas digitales los psicólogos no van a tener.

- **Entiendo, respecto de las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleaste en el periodo de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. ¿Cuál es la concepción que tenés? ¿Cómo la definirías?**

A ver, me parece que tiene que ver mucho con el caso por caso. Yo al menos he podido valorar casos en donde es correr la mirada, o sea, únicamente poner la escucha y la palabra en juego, habilitaba una dinámica psíquica que en una entrevista presencial se daba de otra manera. ¿No?

Recuerdo particularmente una paciente, mujer joven, con un cuadro de una neurosis grave, histeria grave más precisamente, en donde señalarle que tenía que hablar

por teléfono y no venir, y que cuando hablaba tenía que hablar, si no yo no podía hacer nada, habilitó efectos terapéuticos que con venir y ella desplegar escenas delante mío, lo único que hacía era un sostenimiento del síntoma. Entonces, con ella, la indicación incluso en lugar de lo presencial, fue que se mantenga telefónicamente. Porque era un modo de obligarla a hablar, que hable, no importa de qué, que hable. Esto apaciguó un montón una especie como de resistencia que surgía en los momentos en que ella venía a la consulta, que han llegado a ser semanales, venía de una vez a la semana, hasta todos los días de la semana, en una cuestión muy actuada y escenográfica de sentarse delante mío, mostrarse perpleja o interceptada, en una cuestión como de simulación, que lo cierto es que no favorecía nada el tratamiento. Entonces, instaurar esto de que no podía venir, porque ninguno podía venir, no era que ella únicamente no podía venir, no podía venir nadie y que yo me disponía a escucharla, pero escucharla, no a verla. Entonces ahí yo sí podía hacer algo escuchándola. Y ella, bueno, tuvo que hablar. Y eso la apaciguó un montón. De hecho, no te diría que tiene el alta porque es una paciente que, si uno le suelta la mano prontamente, capaz que haga algo para que uno la vuelva a tratar. Sin decirte que tiene el alta, es una paciente que viene una vez cada dos meses, digamos, ya no precisa de ese ojo que la mire y no sé qué. Y tal vez sino hubiese sido un tratamiento de muchos años. Muy difícil en realidad. Muy difícil. Porque los momentos así de llegar a hacer como crisis, de convulsiones, cosas totalmente simuladas en realidad, pero que buscan no querer saber de lo que le está pasando. Entonces, las intervenciones ahí sí son muy complejas. Entonces, al ir, o iba a terminar en esto de decirle que no tengo nada que hacer, o iba a terminar con un acting de ella.

Desde el punto de poder correr la mirada y poner únicamente el escuche y la voz, hizo con esta paciente un efecto que para mí es paradigmático, digamos, de lo que fue la pandemia.

Hubo otros pacientes en donde era totalmente necesario sostener, exponer el cuerpo, digamos. Pacientes en condiciones de vulnerabilidad muy marcadas, no sólo por lo precario de los objetivos, yo recibiendo por ahí una psicosis no estructurada, digamos, sino con diferentes síntomas que, bueno, estaban en situación de calle, que el acceso a la medicación era muy complejo, donde el riesgo a sobre ingesta de medicación o de consumo compulsivo de alcohol era muy concreto, entonces hacerlo venir y que venga dos veces, tres veces, digamos.

En ese punto, creo que sí hubo algo que se puso en juego, fue algo de la invención de cada profesional, y también una agudización del criterio, de que no para todos es lo mismo.

- **Entiendo, respecto a la atención brindada en ese momento, si tendrías que armar una definición sobre cómo fue esta modalidad, ¿cuál sería?**

No sé, como una experiencia que prioriza la palabra y escucha. No se me ocurre la definición conceptual en este momento. Podríamos configurarlo como una experiencia que prioriza la escucha, la palabra y que resulta efectivo. Igualmente hay una diferencia entre virtual y remoto. Por ahí habría que distinguir esto de lo virtual como... en mi caso, significa o tiene mucha referencia a la imagen, ¿no? Lo virtual. El remoto me parece que explica más bien la referencia a una distancia, o pone en juego la presencia-ausencia. Por ahí, esa distinción entre virtual y remoto me parece que es como lo distinto. Para mí es más orientador eso, es decir, que es remoto o virtual. Porque lo virtual también es una presencia, una presencia en la imagen. Virtual, presencial, no son cosas que se oponen.

- **Perfecto, ¿trabajaste ambas modalidades, remota y virtual?**

Sí, yo videollamada, no. Con mis pacientes en particular, respecto de lo que era el consultorio, no. Llamada telefónica. Y con virtual era... o el consultorio acá externo, digamos, con la cuestión de las juntas o en estas evaluaciones que nos pedían desde el servicio de emergencia.

- **Bueno, en este concepto de las modalidades. ¿Qué imagen se te fue representando a medida que lo definías?**

Bueno, no, esto que te decía de la diferencia entre poner distancia y la imagen. De hecho, me parece que la cuestión de la virtualidad es una imagen siempre presente. Por el celular, no hay posibilidad de que algo falte, digamos. En ese momento eran pantallas por todos lados. Y con imágenes en todos lados. En cambio, en lo remoto, está la voz, pero no está la imagen. Y uno ahí con esto, bueno, al menos algo falta. Lo descompleta, digamos.

- **Perfecto. ¿Hay alguna ventaja que puedas nombrar respecto a estas modalidades implementadas?**

Por ahí la facilitación de establecer algunos criterios. No todo es para este hospital. No todo tiene valor de urgencia. El acceso, por ahí, pensando a nivel institucional, o el trabajo incluso con colegas. Bueno, hacemos una videollamada y supervisamos el caso. No hay que esperar a que vengan para acá, o que nosotros vayamos para allá. O encontrarnos, esto es como más inmediato. Esto de la pandemia puso en juego algo de eso. De lo inmediato. A nivel, como te digo, de trabajo entre el profesional y eso.

Un salto a la burocratización, en un punto, trabajar virtualmente con el poder judicial. De hecho, también los oficios y los informes los mandábamos por mail. Es un facilitador de esas cosas.

- **¿Y alguna dificultad que puedas destacar?**

Bueno, esto que te mencionaba, dificultades que por ahí vas viendo del orden de lo material o de lo técnico. Particularmente con los pacientes que yo asistía telefónicamente. Yo tengo un solo teléfono, no tengo dos teléfonos, tengo uno solo. Es mi celular personal. Entonces lo que yo hacía era ocultar el ID de mi teléfono, y llamaba desde ahí. ¿Qué pasaba? Había pacientes que tienen bloqueada la llamada de números desconocidos. Entonces no me atendían. Entonces yo ahí generaba una devolución que decía, bueno, no se puede realizar la consulta. Tarde o temprano, ese paciente optaba, o venía a la guardia porque sabía que me iba a encontrar y en ese punto yo le advertía, bueno, yo lo voy a llamar en tal horario de un número desconocido. El número desconocido soy yo. O, si se comunicaban con lo que era la administración de acá, el mismo mensaje. Bueno, usted tiene un horario, en tal día, tal hora, la licenciada va a llamarle desde un número desconocido, atiéndala. Pero eso generaba contratiempos, desencuentros.

Después, lo que eran atenciones por videollamadas, se designó un teléfono para la guardia, particularmente con WhatsApp. Y de ahí hacíamos las llamadas institucionales. Yo, si no podía comunicarme con mi teléfono, utilizaba el teléfono de la guardia. Pero yo particularmente, que tenía acceso, utilizaba el teléfono de la guardia y me comunicaba y mandaba un mensaje. Éste es un número institucional, usted tiene turno

tanto, la licenciada lo va a llamar desde un número desconocido, tal día, tal hora, por favor, atiéndela. Entonces, por ahí, algunos contratiempos, que también son debido a lo material.

Ojalá la institución nos hubiera puesto para todos un celular aparte, por tan imposible en un tercer mundo y en un hospital como este, donde los recursos son muy limitados.

¿Qué otras dificultades? Por ahí lo pude notar después; después que empezamos a pasar de la pandemia, noté muchos abandonos de tratamiento. Como por ser tan obedientes con el aislamiento y toda la cuestión, pacientes que llegaban con cuadros muy agudos por abandonos de tratamiento. Por no venir. Nuestra labor de psicólogo particularmente en este hospital, es interdisciplinaria del día a 100%, digamos. Y los abandonos de los tratamientos muchas veces son los abandonos psicofarmacológicos de los tratamientos, que producen consecuencias que dan los cuadros. Entonces, era como, hay que ahora hacer con la consecuencia de eso. Porque ante una descompensación, el efecto después de algún tipo de estabilización, puede no ser completo, y quedar algún tipo de deterioro. Como un avance de la enfermedad, decimos nosotros.

- **Entiendo, ¿Qué valoraciones podés dar de estas modalidades de atención?**

Para mí la valoración es positiva. Yo no veo un detrimento en la modalidad en sí misma.

- **Bien, ¿hay alguna conclusión que puedas hacer respecto a las modalidades implementadas?**

Y la conclusión que podría sacar, es que todo se trata de ingenio en realidad. Cuando uno quiere asistir, y quiere atender, y tiene curiosidad por saber, curiosidad clínica, y no la curiosidad morbosa, sino la curiosidad clínica, se trata de ingenio. Cuando hay una pandemia, uno ve cómo va. Hasta el punto de poner el propio cuerpo, bueno, buscar su traje, y voy y atiendo.

- **¿Hay algo que te gustaría agregar, que considerás que es importante, que no te haya preguntado?**

Una cosa que me olvidé, es que en este hospital se hacen hisopados. Y en su momento, algunos psicólogos, lo que hacíamos era estar en el momento de la devolución de los resultados. Porque había personas que venían a hisoparse, que el resultado positivo lo recibían de una manera muy conmoviente. Entonces, nosotros, algunos psicólogos, nos turnábamos.

Este año, por dios, yo vine de domingo a domingo. Entonces, la devolución de los resultados, lo que hacíamos era justamente también un momento de brindar información. Cómo tenía que hacer, dónde tenía que internarse, porque era para poblaciones generales, no era para pacientes con padecimiento mental. Si bien es cierto que muchos pacientes que ya se asistían en este hospital, venían a hacerse el hisopado. Entonces, ahí también teníamos como más precisión en las indicaciones, porque muchos cuadros podían complicarse con la cuestión de salud mental. Así que bueno, hacíamos un abordaje mínimo de la urgencia del momento. Esto fue hace un par de meses.

También hacíamos como un ordenamiento de la gente que venía a hisoparse, estableciendo criterios de quiénes sí tenían que hisoparse, porque por ahí venía toda la familia. Y nosotros teníamos determinada cantidad de reactivos para hacer. Entonces, no podíamos hisopar a todos, ni tampoco tenía sentido hisopar a todos. O sea, se hisopaba al que tenía síntomas, y si salía positivo, se sabe que toda la familia se tenía que aislar lo mismo.

- **Que interesante ¿Habría algo más que te gustaría agregar?**

No.

- **Bueno, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 10

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Psicóloga en la unidad de salud mental del Hospital Mariano Infantil.

- **¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

Yo entré en el 2018, a 19, 20, 21, 22, cinco años, van a ser este año.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el hospital?**

La función principal es la asistencia. Esa asistencia clínica psicológica, se brinda tanto en espacios de internación como consultorio externo.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicológica que empleabas antes de la pandemia?**

Siempre han sido presenciales, digamos. Es decir, sube una interconsulta a hospitalización, y de ahí se va a sala, pueden hacer las entrevistas. Eso en lo que es hospitalización, tomar entrevistas presenciales en las salas de internación. O, en el caso del consultor externo, en la consulta con pacientes que vienen a la consulta externa, también es presencial.

- **¿Se vio modificada tu labor durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Sí, lo que surgió con la pandemia, o sea, durante la pandemia, no se sostuvo en mi caso, por lo menos hasta ahora, pero sí te hablo de ese momento en que estuvimos transitando la pandemia, por una cuestión de cuidado de los pacientes se empleó la llamada telefónica, sobre todo en los pacientes que tenían el diagnóstico de sospecha o diagnóstico confirmado de COVID positivos. En ese caso, lo que hicimos fue optar por un método de quien revisará al paciente, el médico, que sí o sí tenía que revisar al paciente, nos facilitaba un número de teléfono y nosotros hacíamos un seguimiento telefónico del paciente que estaba internado acá en el hospital. Eso fue como una variación, digamos, de lo que era la atención, porque antes sí o sí ibas a la sala, pero había algunos casos donde sí había que ir, digamos, y bueno, en ese caso utilizaba un equipo de protección, barbijo, cofia, camisolín, etc. Y en los casos de, pacientes que estaban muy angustiados, sobre todo porque la situación de COVID, creo que el mayor impacto que generó en la

gente era el aislamiento, o sea, el aislamiento generó un impacto muy grande, no solo a nivel social, sino también de que el que se enfermaba tenía que estar aislado en una habitación, sin la visita de los familiares, con los médicos que iban a hacer una intervención, una revisión muy puntual o un seguimiento muy puntual, el paciente estaba aislado durante esos 15 días, no recuerdo cuánto eran, y eso mismo, digamos, al menos lo que yo observo, daba mucha angustia a los pacientes.

- **En ese momento ¿se atendían solamente a los pacientes que estaban internados o se seguía tratamiento con pacientes que venían por consultas externas?**

No, en ese tiempo se cerró todo lo que fue consultorio externo, o sea, no existía la consulta espontánea a salud mental, porque en general eso fue en todos los ámbitos, consultores externos se cerraron, pero en mi opinión salud mental también es como la segunda línea, o sea, no es como una consulta médica, por ejemplo, las consultas médicas y urgencias se atendían, pero salud mental quedó un poco fuera del tablero, porque bueno, mientras menos contacto tuvieran las personas entre sí, eso evitaba que el virus se disipara, digamos. Entonces por ahí lo que fue salud mental pasó como a un lugar secundario, digamos, en lo que es la atención, y se primaban las urgencias médicas orgánicas, pero al mismo tiempo había mucha gente afectada psicológicamente, por todo lo que eso implicaba, digamos. Pero se cerró todo lo que era consulta externa, y eso dificultó también la cuestión de seguimiento de pacientes que estaban en la atención. Sí se apeló, un tiempo, a hacer seguimientos telefónicos, de casos que hayan llegado por la guardia, que no tenían que ver con COVID, tanto los de COVID como los no COVID. A veces había urgencias que llegaban por la guardia, y en este caso se hacía un seguimiento telefónico, lo cual era difícil porque a veces no te lograbas conectar o al paciente no le interesaba mucho hacer un seguimiento a veces, sobre todo en casos sociales.

- **¿Cuáles son los casos sociales?**

Son casos de abuso, casos de maltrato, que tienen su diferencia, lo psicológico en ellos, pero tienen mucho componente social en el sentido de el niño si está en situación de riesgo o no, si está con la persona que es la agresora, o si hay padres que realmente tienen la custodia de los chicos, pero no tienen los elementos para poder sobrellevar adelante esa crianza, entonces hay que hacer un seguimiento, ese sería un caso por ahí social.

Estas consultas disminuyeron. Abuso, maltrato infantil, disminuyeron durante la pandemia. Pero bueno, alguna vez caía uno que otro caso a la guardia, y ahí se hacía un poco complicado el seguimiento.

- **Entiendo, cuando se presentaban los pacientes a guardia, ¿lo atendían presencialmente o telefónicamente?**

No presencialmente, porque el paciente cuando ingresa le hacen un triage, así es como una valoración, si no tiene fiebre, tos, bueno, pasa el observado y ahí se lo puede intervenir desde las distintas disciplinas, pero pasa primero el paciente por un triage. Según eso decían, bueno, paciente con sospecha de COVID o no, y si no era, bueno, directamente usabas el barbijo y entrevistabas.

Siempre se hace un triage, o sea, el sistema de guardia es así: paciente que viene a solicitar atención, se hace un triage, en el que se toma la temperatura, se le pregunta por síntomas, dónde le duele, la presión y demás, y eso determina si es un paciente de urgencia o no. Y ahí te dicen los pacientes, que puede ser paciente COVID, paciente con enfermedad respiratoria, no sabes cuál, si es tuberculosis, si es COVID, no sabes, solo te advierte que es un paciente con enfermedad respiratoria. Entonces, ya tenés que tomar ciertos cuidados.

Ahora, con el tema, cuando fue el COVID, el triage tomó un valor aún mayor, o sea, poder notar que ese paciente tenía sintomatología asociada a COVID, permitía que se active un circuito, que en general pasaba directamente a la cuestión médica. Después, en los segundos momentos, se podía solicitar su intervención psicológica si fuese necesaria, pero cualquier consulta espontánea, que llegara la guardia, se hacía el triage, y si era por otra cosa que no sea COVID, entonces ahí te decían, bueno, pacientes que llega a anexo se niegan COVID, con temperatura estable, bueno, ahí podías ir a entrevistarlos presencialmente con protección, claramente.

Todo paciente se atiende, es para ubicar cuál va a ser la línea de intervención el triage. Y al paciente le toman todos los signos vitales y demás, le hacen una pequeña entrevista, y bueno, queda en el observado, y ahí te dicen, venga con barbijo, venga con equipo de protección, solo barbijo, y ahí te va ubicando.

- **Y en los casos de COVID, ¿cómo se procedía con la atención psicológica?**

Telefónicamente más que virtualmente. Y acá hay que decir algo también, que este es un hospital público, ¿sí? Viene gente de todo tipo, y también los usuarios del sistema de salud público también son personas carentes. Entonces, ¿qué nos pasaba? Es que el paciente no tenía teléfono. O no tenía para hacer una videollamada, tenía solamente para llamadas. Entonces, ahí hay un punto de complicación también, y en relación a los seguimientos también, paciente que no tenía internet, entonces no podía sostener una videollamada, porque te consumía los datos de WhatsApp, o vivían en zonas del interior donde no hay internet.

Entonces, en nuestra provincia, todo bien con la virtualidad, pero lo cierto es que hay pacientes que no tienen recursos, aunque pareciera extraño de creer, hay pacientes que no cuentan con recursos porque a veces no tienen teléfono. O pacientes que vienen del campo, porque el hospital es una zona de referencia de la provincia, entonces tenes pacientes que venían o por COVID, porque se complicaba, entonces en la provincia no había cómo poder afrontar la situación, porque los pacientes críticos los mandaban para acá, a Salta. Y luego el seguimiento era nulo, porque se va a un paraje donde no hay señal, no hay nada. Entonces por ahí el seguimiento se hacía con el agente sanitario, que pudiera ir a ver. Pero eso me parece un punto también importante de considerar, que gran parte de los usuarios del sistema de salud no tienen a veces los recursos para sostener una atención virtual.

- **Estas modificaciones que se dieron en el servicio. ¿De qué manera fueron establecidas?**

Mira, ha sido... Yo te voy a decir cómo yo lo veo. Ha sido todo muy artesanal, porque creo que la pandemia ha sorprendido a todos. Hablando macro y micro, nosotros, pensándolo un poco, como un bloque del mundo, del tercer mundo, que eso nos limita

mucho en cuanto a recursos, ya sean tecnológicos, todo un sistema que ayudaría para poder sostener o inventar nuevas formas de respuesta; eso como un factor económico, e históricamente nuestra sociedad ha pasado por muchas cuestiones adversas, como... el golpe militar, no sé qué cosas más. La verdad que no manejo mucha historia. Pero sí carecíamos de recursos, tanto económicos como simbólicos, creo yo, como sociedad, para poder hacer frente a esto real que sucedió, digamos, que aconteció de repente. Entonces no había lineamientos claros, porque nuestro país, nuestra sociedad, no estaba preparado para esto. No sé quién puede estar preparado, pero bueno, tampoco teníamos una experiencia de dónde agarrarnos. Un virus que de repente se propaga y pone en riesgo la vida de todos. No había camas de terapia intensiva suficientes, no había medios ni recursos humanos suficientes, no había una cuestión de soporte tecnológico suficiente, no había medicación. Ha sido todo muy artesanal y en lo que fue salud mental, nosotros acercábamos la propuesta de cómo podría ser la atención, a la Gerencia o a quien esté en la Dirección del Hospital.

Sí hubo algunos lineamientos generales y también lo que cada uno podía proponer.

Lo que a mí me queda como experiencia es que ante la contingencia no queda más que inventar, que fue lo que pasó a nivel macro institucional, a como se podía dar respuestas a las distintas situaciones que ni siquiera sabíamos que podían ocurrir.

- **¿Podrías indicarme cuales fueron los lineamientos institucionales y los que ustedes propusieron?**

Bueno, institucional era la atención de pacientes y proveer el equipo necesario para que esa atención pueda ser realizada que básicamente fue el EPP, 1, 2 y 3, barbijo, cofia, bueno, proveer el equipo, digamos, la vestimenta.

Después, no sólo se modificó cómo íbamos a atender al paciente, sino también cómo íbamos a estar en el hospital. Incluso hubo una cosa muy loca. dadas las condiciones del virus, la forma de evitar que se propague era reduciendo el contacto. Era como la primera línea para hacerle frente. Entonces, eso por ejemplo conllevó a toda una estructuración del hospital en donde se armaron, todo el hospital, en todos los servicios, no solo los de salud mental, no recuerdo el nombre técnico, pero eran tres grupos, es decir, el hospital funcionaba con un grupo diez días, de todas las especialidades, una vez que se cumplían esos diez días, ese grupo salía y llegaba un segundo grupo, que cubría otros diez días, eso implicaba horas de estar en el hospital.

Nosotros particularmente en el servicio somos 14, creo, son tres psiquiatras, es decir, somos no sé si 11 o 12 psicólogos, no me lo recuerdo muy bien, ahora somos 14, se jubilaron, renunciaron, pasó de todo, pero éramos 11 psicólogos ponele, tres psiquiatras, menos, y encima porque algunos compañeros estuvieron de licencia, por riesgo de vida, entonces éramos muy pocos psicólogos que teníamos que hacer esas jornadas.

Venía diez días al hospital seguido, lo cual implicaba cubrir guardias, plantas, fines de semana, noches, o sea, fue como un trabajo muy agotador, en vista de disminuir el contacto para que el hospital no se quede sin recursos, es decir, salud mental. Imagínate que estábamos nosotros todos en un estar, nosotros somos servicios interconsultor, es decir, que nosotros no estamos en oncología nada más, que ahí prestamos servicio, ¿no?, salud mental tiene la particularidad de que atiende a todos los hospitales, es decir, que

nosotros andamos por todas las salas, de oncología nos vamos a obstetricia, de obstetricia nos vamos a la guardia de niños, de guardia de niños nos vamos a la guardia de adultos, de guardia de adultos nos vamos al SIM 1 y SIM 2, donde están internados los niños.

Nosotros atravesamos todos los servicios del hospital y en una cuestión concreta básicamente nos movemos por todos los lugares llevando y trayendo bichos desde la UTI pediátrica hasta la NEO donde están los recién nacidos.

Era un problema cuando la primera línea era reducir el contacto. Entonces nos armamos así, no eran “cuadrillas”, pero bueno, era como trabajaba así el hospital. Entonces bueno, eso fue una modificación de la estructura del hospital, de su funcionamiento. Cubrir plazos de 10 días cada uno y descansabas 20 por decirlo así. Descansar quiere decir también, si contrajiste el virus, tener el tiempo de no diseminarlo y recuperarte en esos 20 días. Esa fue por ejemplo una gran modificación del funcionamiento. Ese fue un lineamiento del hospital. Luego se fue modificando, venías una semana si y una semana no, bueno ahí se iba rotando.

Nosotros acercamos la propuesta de la atención telefónica a los pacientes que tenían COVID positivos. Y en caso de suma urgencia, bueno, una entrevista presencial. Por ahí los casos que no eran COVID, que no otras internaciones, sí íbamos presencialmente a tomar la entrevista.

- **¿Hay alguna de estas modificaciones que se continúan sosteniendo en el servicio?**

A partir de esto se creó en el hospital., bueno, no se si se creó, o ya no le venían de antes y no se le daba tanto uso, pero sí tomó como mucha más fuerza los consultorios virtuales y el consultorio externo, el seguimiento virtual, que hoy en día se usa mucho con pacientes del interior que vienen por alguna enfermedad crónica a hacerse los controles acá, al hospital y después quedan con seguimiento virtual. Y ahora hay un espacio donde vos podés ir, conectas la computadora y hablas con el paciente.

Pero en mi opinión, para salud mental es un poco difícil, porque hacer un seguimiento externo virtual, implica una inversión, porque la atención psicológica no es la misma que la médica. El médico puede preguntar dónde te duele, cómo estuviste, cuánto vómito hiciste, bueno. En cambio, el fin de la entrevista psicológica es distinta, porque lleva otro tiempo, y bueno, hasta si se quiere, pregunta o requiere un espacio más íntimo, digamos. Eso implica que no puede ser una entrevista donde estás compartiendo con otros colegas, acá una computadora, acá otra, acá otra, sino otro tipo de espacio de aislamiento.

- **¿Es una sala compartida con varias computadoras?**

Si, exacto. Y por ahí se emplea la llamada telefónica, también, como recurso. Pero bueno, esos son, creo yo, que son dos elementos que quedaron como recursos, que todavía falta perfeccionar.

- **Considerando estas modificaciones que se dieron en la atención, ¿cómo podrías definir a las modalidades de atención que se implementaron durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Y bueno, para mí, por un lado, es positivo, porque es una forma de atención que permite tener más alcance, en cuanto al seguimiento de un paciente, no perderlo, usar los recursos tecnológicos de los que disponemos, digamos, está bueno, me parece que es algo positivo. Y me parece que falta trabajar mucho, al menos en lo que es salud mental.

- **Entonces sería una forma de atención que permite tener un mayor alcance, permite tener continuidad con el paciente, pero que falta perfeccionar.**

Si.

- **¿Qué elementos consideras que se deben perfeccionar?**

Bueno, eso creo que me parece a mí que es algo personal, de cada profesional. Algunos son adeptos, a algunos les gusta, otros no. A mí, personalmente, en lo que es mi labor, yo prefiero presencial. Porque me parece que cuando uno toma una entrevista psicológica, simultáneamente interviene mucho registro. Depende de la línea teórica que aborde también. Lo cierto es que al menos yo trabajo desde un discurso psicoanalítico que tiene que ver eso, con la transferencia, con la mirada, con la voz, con el tiempo, con el espacio, cómo uno hace jugar esos elementos. Y acá no te olvides que también es un hospital materno infantil. Materno, vos podés llamar a una persona, por teléfono, para hacer un seguimiento, como está, pero para un niño, es importante el uso de los objetos en tan temprana edad. El niño, en un principio está más que adosado a las palabras, está adosado a los objetos. Entonces, una atención virtual con un niño, yo la verdad que no le encuentro la vuelta. ¿Por qué? Porque los objetos son importantes. Cualquier cosa puede ser un objeto. Pero bueno, sí es necesario un espacio donde sí, a veces uno hace jugar los juguetes, los objetos, “tomá esta vez te lo llevás, traémelo la próxima”, qué objetos elije, qué juegos se montan. Eso en lo virtual, hay una distancia insalvable que bueno, no sé, se está estudiando, entiendo yo. Y qué se puede hacer con eso.

- **Bien, entiendo, pensando en la definición que me diste sobre las modalidades de atención ¿qué imagen se te representa, ¿cuál es la imagen o pensamiento que se te viene a la mente, al hablar de estas modalidades?**

Que están muy bien en cuanto a poder continuar un lazo, pero me parece que a mí hay que ver caso por caso, qué se quiere, qué es lo que se está cuestionando, cuál es el problema.

Me parece que depende del tipo de atención que quieras dar. Si es un seguimiento nada más, me parece que puede ser. Si es un tratamiento puede ser, pero hay que ver cuáles son las condiciones en este caso. Un autismo no lo vas a seguir por atención visual. Una psicosis, no lo sé. Problemas de regulación de conducta, ahí tiene que haber algo real que opere, que es el espacio, el tiempo, el objeto.

- **Entiendo, pero pensando en los tipos de atención que se brindaron durante el periodo del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, tenés algún recuerdo, o imagen que se te venga a la mente**

Sí, iba a decir ninguna. Justamente las imágenes son algo que se borró del plano. O sea, cuando vos haces una atención virtual, no tenés lo visual. Pero a ver, ¿qué me

quedó como huella de experiencia respecto de la atención? ¿Me lo explicas? No entiendo, ¿qué me quedó como imagen o qué pienso yo de lo que pasó?

- **Si, hace unos momentos me definiste la atención que se brindó durante el ASPO como una forma de atención que permite tener un mayor alcance, una continuidad con el paciente, pero que hay que seguir trabajando en ella. Mientras me lo comentabas, ¿hubo algún recuerdo, imagen que se te representó en la mente?**

Si me preguntás la imagen, para mí fue la soledad. La soledad, no sé si es una imagen, pero la soledad en cuanto a... no se podía trabajar interdisciplinariamente. Hubo mucho tiempo que estuvo inactivo, lo que fue el contacto con salud mental, la apelación a la intervención en salud mental en el hospital, porque se primó básicamente lo orgánico. Partir los grupos, la jornada laboral, más bien la organización laboral y la jornada laboral, eran horas solos en el servicio, o sea, no podías estar con tus compañeros. Entonces, de repente hacías 24 horas solo en todo el hospital. La soledad del hospital, los pasillos estaban vacíos, no había consultas, no podías salir. Cada quien estaba en su búnker, no podía haber contactos con los profesionales. Y el paciente que se lo restringió de todos sus aspectos, digamos, aquel que tenía COVID y tenía que estar aislado, que se lo restringió de todo, incluso hasta a veces de inventar cómo podía ser ese contacto. Todo quedó reducido a nada, a cortar todos los lazos posibles. Y cuando somos seres sociales, vivimos en función de los otros, nos constituimos en función de los otros. Y bueno, todos, pacientes como profesionales, muy solos.

Yo creo que eso ha sido como el aspecto subjetivo o el impacto, al menos en mí ha calado profundamente.

- **Entiendo. ¿Qué ventajas reconoces de la aplicación de la modalidad psicoterapéutica que se implementó en ese momento?**

Primero, la invención, digamos, poder crear y pensar nuevas formas de reinventar la profesión. Ya se venía reconociendo la atención virtual, pero ahí hubo como un empuje a poder pensar de qué manera responder al llamado del otro.

- **Bien, ¿qué dificultades reconoces en la aplicación de estas modalidades?**

Y bueno, las que te decía, en relación a salud mental, bueno, uno cuando está con un paciente juega en distintos aspectos la mirada, los objetos, son cosas que van a estar ausentes, en algunas ocasiones, con niños, con mujeres.

- **Perfecto, ¿y qué valoración tendrías de estas modalidades?**

A mí me parece que hay que ver caso por caso, hay gente que le sirve, hay gente es más que pide virtual, igual aún pudiendo ir, viviendo en la misma provincia, hay gente que pide la atención virtual, hay gente que no, que no le gusta. Me parece que la valoración va a estar en función de cada situación que se presenta, no se puede generalizar.

- **Bien, ¿hay alguna conclusión que podrías sacar en relación a estas modalidades de la atención psicoterapéuticas empleadas?**

Que depende, depende del para qué, depende de la persona, puede jugar a favor o puede ser un obstáculo. Me parece eso, no me animo a decir que es lo mejor que le pasó a la humanidad, o decir que no sirve, me parece que hay que ver. Me parece que sí tiene mayor alcance, pero hay que ver qué se busca. Eso va a depender de cómo uno entienda su práctica. Hay gente que debe estar feliz, le parece mejor, y hay gente que no.

- **Bien, ¿habría algo más que te gustaría agregar, que creas que es importante y que no te pregunté?**

No, hemos hablado bastante.

- **Te agradezco muchísimo por el tiempo y la predisposición,**

Bueno. Muchísimas gracias. Estoy agradecida, me di cuenta que hubo cosas que no había hablado, me costó ubicar una imagen porque no lo había pensado antes, creo que hay que investigar el tema, hay que estudiarlo. Hicimos como que no pasó nada, la gente estaba tan apurada a volver a la normalidad que ni se habla, nosotros acá no volvimos a hablar de lo que pasó, ni cómo afectó a los pacientes.

- **Muchísimas gracias.**

Participante 11

- **¿En qué puesto te desempeñas?**

Yo soy psicóloga asistencial, psicóloga clínica asistencial del hospital.

- **¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

14 años.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente?**

Atención de pacientes, tanto hospitalizados como pacientes que vienen de manera ambulatoria o por consultorio externo. Después soy integrante de dos comités dentro del hospital, comité de bioética, comité de seguridad del paciente, que es un comité que tiene la función de trabajar en mejora de calidad y de atención en todo el hospital en general, estableciendo algunos protocolos o algunas pausas de acción en relación a esas dos problemáticas; bioética y la seguridad del paciente.

- **Bien ¿Cuáles son las modalidades de atención que utilizabas antes de la pandemia?**

Esas dos, la de hospitalización y consultorio externo como modalidad.

- **Antes de la pandemia ¿la atención psicoterapéutica brindada era presencial?**

Sí.

- **Además de la presencialidad, ¿había alguna otra forma de atender?**

Siempre fue presencial.

- **Entiendo, ¿Se vio modificado su labor durante la pandemia?**

Sí, de hecho, elaboramos un protocolo de atención remota a partir de la pandemia, en marzo-abril del 2020. Es un protocolo interno, propuesto por el servicio de salud mental, para atención remota en caso de que pacientes tengan diagnóstico COVID positivo. Hacíamos atención virtual a través del teléfono particular del paciente, sobre todo en los pacientes que estaban en salas de aislamiento. Eso en el marco de la internación, eso fue el primer momento. Y en ese primer momento se suspendió toda atención de consultorio externo. O sea, la medida fue como muy extrema en los inicios. Entonces se suspendió consultorio externo hasta octubre-noviembre del 2020. Lo que se sostuvo es la atención de hospitalización, como decía, pacientes COVID positivos con atención remota. Y después se habilitó ambulatorio también, con atención remota hasta que se habilitó presencial definitivamente a fin de 2020.

- **Bien, entonces estas modificaciones fueron implementadas desde el servicio de salud mental.**

Sí, un protocolo propuesto por el servicio. Elaborado y propuesto a la gerencia por el servicio.

- **¿Hubo algún lineamiento de parte del hospital, del ministerio de salud?**

No, en ese momento no había nada escrito. No, los protocolos de atención remota aparecieron mucho después.

- **Con respecto al protocolo de actuación que me comentabas. ¿Cómo era? ¿En qué consistía?**

Bueno, nos comunicábamos con las personas, con los médicos o enfermeros o los especialistas que solicitaran la consulta de salud mental, también lo hacíamos vía telefónica por los internos que tenemos en todos los sectores. A partir de ahí teníamos conocimiento sobre cuál era el motivo de la consulta, a qué se debía el pedido. Y a partir de ahí establecíamos un medio de contacto con el paciente. O sea, consultábamos si el paciente tenía un teléfono particular o si podía tener acceso a algún teléfono que pueda ser prestado por el servicio. En el inicio, en algún momento, se destinó a los sectores COVID, especialmente dentro del hospital, se dispuso de un teléfono celular para esos sectores, para que los pacientes que no tenían un teléfono particular puedan tener uno, que sea del hospital, pero que tenga un acceso. Obviamente, esto cumplía con las medidas de higiene, porque podía circular por otras habitaciones. Fue poco tiempo, pero sí hubo en algún momento el recurso de un celular del hospital para los pacientes. Eran los menos, los pacientes que no tenían teléfono particular, la mayoría tenían. Entonces, una vez que nosotros establecíamos ese contacto, teníamos ese medio, a través de enfermería, a través de los mismos médicos, nosotros nos comunicábamos directamente con los pacientes que estaban hospitalizados, a través de su teléfono celular, y hacíamos las entrevistas de manera telefónica.

- **Bien, me comentabas que esto duró más o menos hasta octubre, noviembre.**

Sí, con distintas frecuencias, digamos. Hubo momentos en donde hubo una mayor demanda, hubo momentos en donde no habían pedidos, digamos. Así que eso fue como

variable. Y también, a medida que se iba conociendo sobre las medidas de seguridad, hubo casos que atendíamos presencialmente a un COVID positivo con los equipos. Eso lo determinaba la urgencia. Había pacientes que no respondían al teléfono, o que no se podía establecer una intervención por teléfono, por la urgencia o subjetiva del paciente, los recursos psíquicos del paciente en ese momento. Entonces, lo hacíamos personalmente. Nos equipábamos, como los médicos, y entrábamos a las salas donde estaban los pacientes. Así que hubo como una mixtura de intervenciones en esas modalidades.

- **Bien, después de octubre-noviembre, ¿cómo prosiguió?**

Bueno, ya se habilitó consultorio externo. Entonces, bueno, pudimos retomar la atención presencial de pacientes ambulatorios sin síntomas respiratorios. Esas medidas se preservaron para todo el hospital, las medidas de resguardo. Y también en las salas de internación, también pudimos atender de manera presencial en las salas de bajo riesgo. Y las medidas de cuidado las mantuvimos por lo menos hasta la vacunación, hasta la primera dosis de vacunación del equipo de salud, principalmente, que inició en enero del 2021. Y habremos sostenido esas medidas de resguardo por lo menos hasta marzo, si no me equivoco, del 2021.

Y después, bueno, ya las medidas de barbijo, ya no el equipo completo, pero sí, qué sé yo, el doble barbijo, esas medidas de atención presencial ya con el refuerzo de la vacuna, digamos. Usábamos barbijo máscara y también todo, un camisolín, botas, guantes, digamos, en un equipo completo, como el equipo quirúrgico. Que eso lo usamos durante prácticamente un año en pacientes COVID positivos, siempre en esos pacientes, en otros pacientes barbijo más que nada. Pero ya después con la vacunación, a un paciente COVID positivo ya empezamos a restar ese equipamiento, y ya teníamos una atención más despojada de toda esta protección que también generaba una dificultad en la cercanía con el paciente. Porque, bueno, nosotros teníamos una distancia de por lo menos un metro y medio. Y además con todo el equipo a veces no teníamos una visión clara, ni el paciente de nuestra cara. O sea, era toda una incomodidad física, que dificultaba a veces las entrevistas.

Pero bueno, lo fuimos sorteando a eso hasta que hubo otros elementos de cuidado, sobre todo la vacunación y mayor información. Todo eso se fue construyendo en cuanto a todo el sistema de salud, de cómo eran los contagios, cuáles eran las medidas de protección. Y bueno, se fueron disminuyendo, hoy por hoy preservamos el uso del barbijo como medida de protección, sobre todo en las áreas de internación, en los casos más respiratorios, digamos. Pero ya tengo cuatro dosis, ya para el COVID, entonces es como que hay menos riesgo de contagio en ese sentido.

- **Entiendo, me comentaste que se cerró el consultorio externo durante el aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, ¿qué sucedió con los pacientes?**

Yo diría que en un 80 o un 90% se suspendió la atención. Hubo casos excepcionales que, sí, por la capacidad de pacientes que nosotros tenemos fue muy bajo el porcentaje de consultorio externo. Pacientes de consultorio externo, estamos hablando de pacientes que no requieren de urgencias, digamos de internación, que no requieren este tipo de intervención, que sostuvimos, o por lo menos yo en lo singular, sostuve tratamiento con adolescentes. Sobre todo, de manera virtual, fueron tres adolescentes que sostuve tratamiento ambulatorio, por una demanda clara, o de la familia, o de los

adolescentes, de los propios pacientes, de continuar con el tratamiento en plena pandemia en un momento más rígido, digamos, de aislamiento.

- **Entiendo ¿Alguna de estas modificaciones continúan siendo sostenidas por el servicio?**

Sí, sí, la atención virtual continúa vigente, pero bueno, ya, digamos, el foco es otro, de pacientes. Los pacientes que sostienen atención virtual, porque son pacientes que son del interior, que han tenido alguna internación acá, y provienen del interior y requieren algún tipo de seguimiento, entonces se sostiene esa modalidad de trabajo, a través de la atención virtual. O por ahí, pacientes que se mudan y hasta hacer la transferencia del lugar de residencia, también se sostiene.

Pero bueno, es otro el sentido que tiene ahora, porque ahora la atención virtual tiene un sentido más de orientación y seguimiento, más que de tratamiento propiamente dicho, como fue en ese momento. En ese momento tenía la función de sostener tratamientos terapéuticos. Hoy por hoy, es más seguimiento, o sea, orientaciones, por ahí cuando tenemos también a colegas del interior, que por ahí consultan por algún paciente, se dan orientaciones desde acá. Seguimiento de un paciente y coordinación con los centros del interior, básicamente. Hospitales del interior, centros de salud, pero es más por la dificultad de acceso del paciente al hospital, eso ha quedado como motivo de atención virtual. Que el paciente no tenga acceso al hospital porque es del interior, porque le queda lejos. Pero siempre lo que buscamos es referenciarlo, hacer una transición, si se quiere, ¿no?

- **Me comentabas que la atención había sido remota, ¿A qué te referís con atención remota?**

A atención telefónica, o videollamadas. Depende del recurso que tenga el paciente. Porque había pacientes que solo podían recibir llamadas por línea, por ejemplo, que no tenían WhatsApp. Entonces, no había posibilidad de hacer una videollamada. Había pacientes que no tenían el recurso de Zoom, por ejemplo. Entonces, bueno, eso se fue definiendo en función de los recursos de cada paciente.

- **Contemplando estas modalidades de atención psicoterapéuticas que utilizaste durante período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio ¿cómo las definirías?**

¿En qué sentido?

- **Conceptualmente, si tendrías que definir las modalidades de atención psicoterapéuticas, ¿cómo lo harías?**

Es que fueron muy variadas. O sea, no puedo centralizarlas en una sola. Porque como te decía, había atención presencial con equipo, había atención virtual telefónica, estaba el procedimiento de videollamadas. O sea, era como muy variado. Me parece que fue plural la respuesta de la atención. Fue muy plural en función de, in situ, la situación y los recursos de cada paciente, durante la pandemia. Y lo mismo en las urgencias. O sea, no era lo mismo atender al paciente que estaba en crisis de manera telefónica que hacerlo presencialmente con el equipo. Eso se evaluaba en cada caso. Es muy difícil. Si yo pudiera, tendría que definir las diría que fueron distintas formas de atención que se caracterizan por la flexibilidad, flexibilidad que tuvimos que implementar nosotros para

acomodarnos a esa singularidad y esas situaciones tan variables y tan imprevistas que trajo la pandemia.

La atención remota fue un recurso sumamente necesario de cuidado, tanto para los pacientes como para nosotros como equipo de salud. Y creo que fue un medio que resultó indispensable en este momento. Pero acotado y limitado, no era para todos los pacientes. Y en cuanto se pudo volver a la presencialidad, el equipo, nosotros como equipo de salud, de salud mental, no dudamos en la preferencia de la presencialidad en la atención.

- **¿Podrías comentarme un poco más sobre estas limitaciones?**

Para mí, depende mucho de la singularidad del paciente, me parece que para seguimientos funciona muy bien, para tratamiento no se, porque falta el encuentro cara a cara.

- **Entiendo. Contemplando estas definiciones que me diste, ¿qué imágenes se te representan, se te vienen a la mente?**

Bueno, recuerdo estar atendiendo desde mi casa, en particular a pacientes con los que yo sostenía un tratamiento, eso recuerdo. Nosotros cubríamos guardias en el hospital 24 horas y teníamos seis días de aislamiento en el hogar, eso fue el régimen que implementamos durante un tiempo y en ese tiempo recuerdo esto, atender desde mi casa, los pacientes que estaban hospitalizados los atendían los profesionales que estaban de guardia en ese momento, pero bueno, uno asumía el tratamiento de un paciente ya no hospitalizado, lo seguían en esos días de aislamiento. Así que bueno, eso recuerdo.

Recuerdo también haber intentado atender a una paciente por teléfono y su llanto era tan persistente y tan permanente que no podíamos lograr una comunicación, que en ese momento dije ya basta y me cambié y fui a verla presencialmente. Eso también recuerdo. Bueno, nada, movilizante. Fue movilizante todo esto. El periodo de pandemia. Pero bueno, creo que armar el protocolo, que lo armamos con cierta urgencia, nos ayudó a nosotros a encontrar una vía. El protocolo de detección remota fue una vía de protección mutua, tanto para los pacientes como para nosotros. Y eso lo sostuvimos mientras era posible. Cuando no era posible, estábamos presencialmente.

Y en algunos casos tenía la posibilidad de hacer videollamada, era gracioso porque se filtraba, lo que era mi casa, mi vida y mi historia. Y como eran adolescentes, por ahí me preguntaban ¿tenés perro? ¿tenés hijos? O sea, de repente se filtraba mi vida en las sesiones. Y que era inevitable. Lo mismo del lado de los pacientes. Me mostraban dónde vivían, cómo eran sus habitaciones, qué cosas tenían colgadas en la pared. Era una apertura, digamos, de lo que es una consulta o una sesión a la vida privada, física, y en imágenes. Bueno, es llamativo, hasta gracioso en algún punto porque había una paciente que saludaba a mis perros cada vez que me llamaba. Y era que le muestre qué estaban haciendo mis perros. O bueno, que por ahí mis hijos me tocaban la puerta, “mamá”, yo estaba en plena sesión, esas cosas que era difícil separar lo privado del trabajo en ese momento, estando en casa. Acá pasaba distinto, pasaba de guardia, eso no sucedía. Pero estando en mi casa sí me pasaba que me costaba esa distinción de ámbitos. Esa era como una dificultad que la fui sorteando, creo que sí hubo una apertura a lo más íntimo, si se quiere, a un espacio más íntimo de cada quien en esa llamada. Y aparte en un contexto de aislamiento absoluto tenía un plus, el entrar en otra casa. No podías moverte, no podías

salir a ningún lado, entrar a otra casa a través de la virtualidad y tenía un plus de contacto, de interacción, que estaba tan limitado que en ese momento era muy grato.

Seguir en contacto, seguir vinculados, sí generaba alivio. Y para mí también, yo tenía pacientes con ideas suicidas, o conductas autolesivas, entonces para mí también verla, escucharla, seguir trabajando, poder contener una situación así tan crítica, a mí también me aliviaba porque sabía que había puntos críticos que sostener ahí. Entonces, una paciente, por ejemplo, hay una de esas que más me acuerdo, que la sigo atendiendo hoy, la atendí antes de la pandemia, durante la pandemia, y hoy sigue siendo mi paciente. Y bueno, cómo se va transformando el vínculo terapéutico y la relación a partir de estas contingencias que vamos pasando en la vida misma y hay un lazo que une, en el vínculo, en la transferencia, se puede decir que no es igual a partir de esta historia en común, atravesada por la pandemia. Ha marcado una diferencia, frente a otros pacientes que he visto posteriormente. Hay pacientes que tienen mi teléfono particular a partir de la pandemia y lo siguen teniendo y, bueno, y obviamente que el modo de comunicarnos cambió porque en vez de sacar turno en el hospital y de avisar en el hospital que no van a venir, y en vez reprogramar el turno me manda un mensaje de WhatsApp a mí, ¿no? Y porque se ha generado eso también de “no hay problema, le cambio el turno”, son los menos, porque claramente son los menos con los que se ha sostenido este tipo de vínculo, de lazo, pero hay un trato mucho más directo. O sea, ellos ya quedaron con mi teléfono particular. Y si bien hay un ordenamiento, o sea, no me llaman a cualquier hora, no me mandan mensajes a cualquier hora, o sea, hay un ordenamiento de tiempo, que fue acordado de alguna manera y fue pautado, entonces, como que marca una cercanía, pero con ciertas estructuras, digamos. O sea, sin romper un poco con algo de ese encuadre que tratamos de establecer con los pacientes. Así que bueno, pero ha sido como una construcción y hoy por hoy, bueno, así hay pacientes que me siguen, así es como me llaman para mandarme, qué sé yo, un cambio de horario, que me felicitan por el día del psicólogo, qué sé yo, a mi WhatsApp. Eso circuló de otra manera y bueno, creo que también estuvo bueno. Ya con el ritmo habitual, obviamente ya mi teléfono particular no se lo voy a dar a todos los pacientes. Fue esa contingencia, digamos.

- **Entiendo, con respecto a estas modalidades ¿reconocés ventajas en su implementación?**

El acceso. Hoy por hoy es raro una persona que no tenga un teléfono celular, son los menos, se me ocurre, qué sé yo, pueblos originarios, esas gentes muy del campo, del interior, que puedan no tener acceso a esto. Pero si no, la mayoría de la gente tiene este recurso disponible, entonces, o por llamada de línea o por llamada de WhatsApp, podés establecer un contacto. Me parece que eso es una gran ventaja. El acceso.

- **Bien. ¿Y dificultad?**

Y como dificultad, la principal limitación es que no hay un encuentro cara. Que no está esa apuesta del cuerpo con la que nosotros también trabajamos, nuestro tratamiento, nuestra intervención. Y ese movimiento que significa ir a una consulta. El movimiento que significa para una persona salir de su casa, ir para allá, hacer un pedido a un profesional, en este caso de salud mental. Hacer un pedido, ese movimiento que implica correrse del lugar en el que está, de su cotidianidad, me parece que también es algo que perjudica en esto de la atención telefónica. Ese movimiento, no está en el encuentro cara a cara, no está en la apuesta del cuerpo. Me parece que eso es lo que más perjudica de alguna manera, por eso nosotros no dudamos en retomar la presencialidad

en cuantos pudimos. Y no es nuestro principal modo de interacción, digamos. Sigue siendo la presencialidad.

- **¿Cómo valorarías estas modalidades de atención que utilizaste durante ese periodo?**

Para mí es una alternativa. Alternativa cuando no está la posibilidad de un encuentro cara a cara.

Es positivo, por supuesto, me parece que es una herramienta que nos ha servido muchísimo durante la pandemia, pero que es acotada, que es limitada. O sea, que ha tenido sus beneficios, pero también sus restricciones. Entonces, como una herramienta más, pero no como una herramienta prioritaria, digamos. Como una herramienta alternativa.

- **Perfecto. ¿Habría una conclusión que podrías sacar respecto a estas modalidades?**

Que hay que hacer uso cuidadoso. Evitar la masividad de que todo sea remoto, que todo sea virtual, digamos. Favorecer el encuentro cara a cara, propiciarlo, buscarlo, que ese sea el primer movimiento. Y luego, si esto no es posible, por miles de razones que puede haber, bueno, el recurso de la virtualidad está, mientras uno pueda hacer uso de eso. Pero no como primera instancia.

- **Bien, perfecto. ¿Y habría algo más que te gustaría agregar, que consideras importante y que no te haya preguntado?**

No, no, me parece que está muy bueno poder pensar esto, estas prácticas, estas nuevas modalidades, investigar sobre esto, creo que me parece re importante porque fue un quiebre, fue un punto bisagra, y para nuestras intervenciones también, cómo tuvimos que inventarnos, reinventarnos, repensar nuestras prácticas, repensar nuestras intervenciones a partir de la pandemia. Entonces me parece que eso pueda quedar plasmado en un trabajo de investigación, me parece que está buenísimo. Porque se instala de alguna manera como una alternativa, por lo menos para mí.

- **Sí, la idea es también eso, ver si es una herramienta viable y si se la puede utilizar en casos de que volvamos a tener situaciones parecidas o en los que la presencialidad sea más difícil, o ver en qué se puede mejorar, como esto que me comentabas de que, por ahí, la comunicación con otros hospitales o centros del interior es más directa e incluida, entonces se puede evitar trasladar a un paciente de urgencia, que capaz no es una urgencia como tal.**

Claro, en eso sí, tal cual, ha favorecido esa comunicación interinstitucional, con centros de salud, con hospitales del interior, inclusive tratamos de que esto también sea a nivel nacional, pero hemos tenido pocas oportunidades para conversar algunos casos, con, por ejemplo, con el hospital de Garrahan, tuvimos una comunicación también. Me parece que eso todavía hay que trabajarlo más porque nos hemos abocado mucho al paciente. Me parece que es un recurso que podemos trabajar muchísimo también entre profesionales, supervisar casos o coordinar seguimiento. Me parece que puede ser mucho más fluido en ese punto trabajar también entre profesionales, entre hospitales, entre centros asistenciales, con una mayor coordinación de pacientes que rotan, que van y vienen, o derivaciones, me parece que hay que potenciarlo más. Se usa, pero podría ser mucho más de lo que se usa ahora. Nosotros acá tenemos una sala de telemedicina.

Tenemos cuatro computadoras habilitadas con cámara y los headset. Pero bueno, por ahora son cuatro y se está utilizando, pero se podría utilizar mucho más. Me parece que se podría hacer mucho más. Acá, las computadoras que tenemos en los consultorios no están equipadas, por eso son esas cuatro que tiene el hospital.

- **Claro, ¿cómo se gestiona la utilización de las máquinas?**

Bueno, hay administrativos organizando ese lugar, están de manera permanente. Ellos gestionan los turnos a pedido de la demanda del profesional. Si el profesional se acerca para pedir contacto con un paciente del interior, o para pedir seguimiento, se acuerdan los turnos desde ahí. A veces ellos mismos le informan a los pacientes cuándo se establece ese turno virtualmente, cuándo se va a conectar el profesional, les mandan un mensaje horas antes o días antes para que el paciente recuerde que está este turno. Se ocupan los administrativos de ese nexo con el paciente, pero esa demanda, hoy por hoy es la demanda del profesional. Porque, bueno, hoy por hoy tiene una lógica de seguimiento, no está abierto a la demanda del público. No cualquiera que quiera una consulta virtual puede pedir un turno. No, está a demanda de un seguimiento, de un requerimiento del paciente, a demanda del equipo de salud, el que pide esa instancia de atención virtual. Telemedicina funciona de 8 a 20. O sea, tenés posibilidad de hacer atención en cualquier horario del día. Es un horario bien amplio. Tenemos registro del sistema, o sea, el sistema nacional de telemedicina, además del registro local y propio del hospital, interno del hospital, o sea, que se registran las atenciones. Así que eso, seguramente el Ministerio de Nación dará los números en algún momento sobre cómo está siendo la atención virtual en distintos lugares del país. Nosotros sí tenemos, estamos dentro del sistema de telemedicina, que es el sistema nacional.

- **Qué interesante recurso con el que están contando en el hospital.**

Sí. Yo tuve una paciente hasta hace un mes. Estuve con atención remota con sesiones virtuales, ya era un tratamiento, porque es una paciente que suele ir al interior y volver. Tiene ese movimiento. Entonces, no era para derivarlo porque igualmente iba a volver presencial. Ahora se vuelve a ir y yo vuelvo a hacer atención remota porque en algún momento vuelve. Y así, es una paciente que trabaja fuera de la provincia, pero va y viene. Entonces, por eso sostengo tratamiento, en este caso excepcional. Pero en otros casos, por ejemplo, hemos hecho telemedicina con pacientes que hemos derivado al interior y hemos trabajado la derivación con el equipo del interior que la recibía. Informando cuáles eran las condiciones de la paciente, qué era lo trabajado acá, cuáles eran las orientaciones que sugeríamos para trabajar en el interior. Entonces, se hizo también en espacio de telemedicina, esa transferencia hacia un hospital del interior. Que es lo que yo creo que hay que usar más. Más aún.

- **Perfecto, ¿habría algo más que te gustaría agregar?**

No.

- **Bueno, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 12

- **¿En qué puesto se desempeña actualmente?**

Responsable de Comunidad de Gestión de Salud Mental. Del H.P.M.

- **Bien. ¿Cuál es su antigüedad en el puesto?**

Siete años.

- **Perfecto. ¿Cuáles son las funciones diarias que desempeña?**

Mmm jefe de Servicio, organización de recursos, gestión y clínica.

- **¿Clínica sería consultorio externo?**

No, clínica y asistencial.

- **¿Cuáles son las modalidades psicoterapéuticas empleadas antes de la pandemia?**

¿Psicoterapéuticas? ¿A qué te referís?

- **Me refiero a cómo era la atención. Si era presencial, si era virtual o mixta.**

Ah, antes de la pandemia teníamos atención presencial, en consultorio externo y en hospitalización.

- **Bien. ¿Se vio modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Si, durante la pandemia.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones?**

Principalmente la atención virtual, remota, que fue al principio por teléfono. Durante la pandemia el seguimiento fue en un momento exclusivamente telefónico, a excepción de cuadros agudos que se atendieron en forma presencial, con el equipamiento sugerido por las normativas.

- **¿La atención remota se realizaba solo mediante llamadas telefónicas?**

Llamadas telefónicas y por decisión de algunos profesionales, por videollamadas. Y también por las llamadas de sus propios dispositivos.

Hubo una transición breve que fue mixta y después se vuelve a la presencialidad.

- **¿Cómo fue la atención mixta?**

Se atendió presencial y virtualmente.

- **En este periodo, ¿también se atendían a los pacientes que eran de consultorio externo o solo a los que estaban hospitalizados?**

A ambos.

- **Perfecto. Los pacientes de consultorio externo eran los que ya venían con tratamiento, ¿O también se tomaron nuevos pacientes en ese periodo?**

En general son pacientes que ya estaban con tratamiento. Hubo excepciones.

- **¿Estas modificaciones cómo fueron implementadas? ¿Fueron por lineamientos ministeriales, del hospital? ¿Fueron propuestas por los profesionales?**

Estuvieron basadas en las recomendaciones que hizo el Ministerio de Salud de la Nación. A partir de allí, la institución decidió la modificación de las intervenciones adaptándolas al perfil del paciente.

- **Bien, ¿Hay alguna de estas modificaciones que continúan vigentes?**

No. Lo que se hizo es abrir consultorios virtuales y trabajos por telemedicina. Desde dispositivos y espacios físicos destinados por el HPMI.

- **¿Y cómo funcionan estos consultorios virtuales?**

¿En qué sentido?

- **¿Cómo se gestionan los turnos? ¿A qué pacientes están destinados?**

Hay personal administrativo destinado específicamente a la programación de las agendas. Y otra cosa que hay también son espacios de comunicación virtual para consultas entre profesionales del HPMI y de salud mental, y trabajadores de la salud mental del resto de la provincia. Eso es para consultas, derivaciones, supervisiones. Y por supuesto, el regreso de la atención presencial.

- **Entiendo, pensando en lo que fueron las modalidades de atención que se implementaron durante la pandemia, ¿Cómo podrías definir las?**

¿Definir en qué aspecto?

- **Conceptualmente, más que nada, cuál sería tu definición o tu concepción sobre las formas de atención implementadas.**

Para mí era una modalidad de intervención adaptada a las necesidades del paciente y en consonancia con la época.

- **Pensando en esta definición, ¿qué imagen se te viene a la mente? ¿O recuerdo?**

Son muchas, pero ¿sobre qué voy a hablar?

- **Sobre la atención.**

Ah, sobre la atención. La incomodidad, en principio, de los pacientes y de los profesionales, sobre todo, cuando trabajas con niños. El niño no quería hablar, no permanecía al teléfono. Por los padres y por los profesionales, ¿no? No sabía bien cómo operar en esos casos.

- **Estoy intentando imaginarme la situación, ¿podrías describirla? por favor**

En ese caso, yo estaba haciendo el reemplazo de la jefatura, por lo tanto el descontento me lo comunicaban a mí. En ese momento, yo trabajaba en una institución donde se atendía telefónicamente. Por lo tanto, para mí, en general fue como yo te digo, como jefe de servicio en ese momento, mis colegas estaban un poco sin saber bien qué hacer en algunos puntos, porque no estaban acostumbrados a la atención telefónica.

- **Bien. Y, desde tu experiencia de trabajar remotamente, ¿cuál es la imagen que se te representa?**

Para mí, es una modalidad de intervención, o sea, distinta. No es ni mejor ni peor, sino muy distinta, complementaria a las otras, como es una intervención en un consultorio, en una guardia. La atención telefónica es otro tipo de intervención. Un recurso más, si querés, para adaptar a lo que me estás preguntando.

- **Bien, mientras me comentabas esto ¿qué imagen se te represento?**

Particularmente ninguna.

- **Bien, ¿alguna otra imagen o recuerdo que se te vino a la mente?**

No.

- **¿Qué ventajas reconoce en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Reducir la posibilidad de contagio en situaciones especiales, contagio de enfermedades en situaciones especiales; posibilidad de intervenir con pacientes que tengan disminuidas su capacidad de traslado. Posibilidad de realizar un seguimiento remoto de pacientes que no son de la capital, de la provincia.

- **¿Qué dificultades reconoce en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Dificultad fundamentalmente en el trabajo con niños y pacientes con diagnósticos determinados, no sé si se le describa como determinados, psicosis, por ejemplo. O la necesidad del uso de otros elementos en los tratamientos como son juguetes, elementos de diagnóstico. Y el cuerpo profesional. Bueno, eso.

- **Entiendo, ¿Qué valoración podría darle a esta modalidad implementada?**

¿Valoración cuantitativa?

- **No, más que nada cualitativa, según tu criterio ¿cuál sería?**

Me parece positivo, porque es una ampliación de los recursos terapéuticos disponibles para la asistencia a pacientes.

- **Perfecto. ¿Habría alguna conclusión que podría sacar respecto a estas modalidades implementadas?**

Sí, que es una modalidad complementaria, pero que considero no puede ser única. Debe ir acompañada de la asistencia presencial, de forma eventual o continua.

- **¿Consideras que fue efectiva?**

Si, por supuesto, hizo efecto en los pacientes, que es lo que se busca en terapia.

- **¿La volvería a utilizar?**

Si, y es algo que se continúa haciendo, pero con el criterio del profesional de en qué casos o momentos. No es para todos y es complementaria.

- **¿Habría algo más que le gustaría agregar? ¿Algo que consideres importante que no te haya preguntado?**

No, creo que no. Lo que me viene a la mente es la dificultad real en pacientes por no tener acceso a la tecnología. Trabajaba con una población de recursos muy limitados, y quedó en evidencia que no es accesible a todos. Gente que no tenía conexión, o no tenía celular, no tenía wi-fi o no tenía datos, o señal. Mucha gente se desplazó a otros lugares para poder tener señal. Pero creo que nada más.

- **Perfecto. Muchas gracias por su tiempo.**

Participante 13

- **¿En qué puesto te desempeñas actualmente?**

Bueno, yo soy médica, soy psiquiatra, soy médica legal. Trabajo en el hospital como psiquiatra infantil, pero tenemos alguna actividad transversal con el hospital de adultos neonatal. Entonces, atendemos a pediátricos y embarazadas con problemas de salud mental. Tenemos guardias activas y guardias pasivas. Son tres psiquiatras y tenemos que hacer la cobertura de varios hospitales de la provincia. Un montón.

- **¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

Yo hace 23 años que trabajo en la parte pública. Trabajé 12 años en el hospital Ragone y desde el 2012, con el cambio de la ley de salud mental, se desarmó el único dispositivo de la provincia que atendía niños y adolescentes hasta los 17 años. Se desarmó porque no se consideraba, y me pasaron a mi sola. Yo trabajaba en forma interdisciplinaria con fonoaudiólogo, pedagogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Y eso se desarmó. Esto fue desde el 2012, cuando se implementa la ley de salud mental, se vino a desarmar cosas. Y ahí ingresé en este hospital, como soy especialista, en el área de especialidades médicas. Dependía de médicos. Y después la jefa, la licenciada B, sostenía un servicio de psicología y al ingresar un médico, pasaba a formar una unidad de gestión. Entonces, pasé a depender de psicología.

- **Bien, ¿qué funciones desempeñan diariamente en tu servicio?**

Yo hago consultorio externo todos los días. Y si llega a haber una urgencia, en las guardias pediátricas y obstétricas, se hace asistencia. Puede ser que la urgencia devenga de cualquier consultorio, de cualquier especialista, o de las guardias, al mismo tiempo

que estás haciendo consultorio. Y a veces, cuando haces consultorio, te llaman de las dos guardias.

- **¿Cuáles son las modalidades de atención que empleabas antes de la pandemia?**

Yo trabajé en la pandemia más que nunca, digamos. Antes de la pandemia fue por consultorio externo, con asistencia de pacientes, en forma personal, digamos. Y, bueno, como te digo, la asistencia a las guardias, y como todo estaba activado en presencial, se asiste, así como en este momento, se asiste a los pacientes que lo requieran, de los pisos, de las guardias o de los consultorios.

- **¿Se vió modificada tu labor diaria durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Si, con la pandemia los pacientes no podían acceder al hospital, porque los transportes se habían suspendido. Yo tuve que dar mi celular a todos los pacientes. Se activaron recetas virtuales. Se activaron circuitos impensables, muy estresante. Asistir también a muchos profesionales, a pacientes que no teníamos en cuenta, yo como psiquiatra, tuve que asistir a muchos colegas, que iban muriendo los parientes médicos, o, me tocó asistir a una compañera que murió la hija en el momento del parto por COVID, y se quedó a cargo de los nietos. Pero, bueno, la continuidad del trabajo era las 24 horas, porque no podía atender al teléfono todos los pacientes, entonces hasta las 10 de la noche seguía atendiendo gente, porque la angustia es como que se descomprime cuando vienen al hospital, que vos le das un espacio y una escucha. Y cada paciente quería un turno, entonces le iba dando turnos por horas en el día. Y, bueno, había que ser genérico, tener a los compañeros, y a los gerentes también, porque el valor que fue en ese momento fue el espacio. Entonces peleábamos por el espacio y el distanciamiento. Había que hacer circuitos de pacientes con COVID, circuitos con pacientes sospechosos, y circuitos de distanciamiento de metro y medio entre pacientes y entre colegas. Entonces, imponer circuitos de durlock, de vidrios, lugares donde se cambiaban los profesionales, y eso generó mucha angustia. Porque, yo viví una discusión de todos los gerentes de las guardias de adultos, y les pedí por favor que discutieran afuera, porque no sabía cómo, viste, desde el imaginario cómo hacer para evitar. Hubo también mucha discriminación de las personas que se contagiaban, muchos conflictos familiares de los médicos que venían al hospital, y muchas separaciones también de parejas de médicos que no querían que el médico entre a la casa. Entonces tenían que alquilar de otro lado. Así fue. Una guerra vivimos.

- **Sí, bastante intensa la situación. Me comentabas que había distintos tipos de circuitos, el circuito de pacientes con COVID, el circuito de pacientes que no tenían COVID, y el circuito de los profesionales. ¿Me podrías comentar cómo era cada circuito?**

Bien. En la guardia de adultos, cuando llegaba un sospechoso COVID, se usó las instalaciones del lado de donde es el programa donde es adicciones, al lado. Entonces, el profesional que tenía que cambiarse, hisopaba y daba positivo, el paciente quedaba aislado en ese sector. Y nosotros teníamos que asistir por teléfono a la persona, porque quedaban totalmente aislados, solos quedábamos, sin poder visitar familia. Entonces entraron en una crisis de angustia impresionantes. Y temor nuestro de asistirlos, porque teníamos que cambiarnos, salir a la calle para verlos al lado. Y después, era mucho trabajo

el cambiarse. Todo lo que tuvimos que aprender para vestirnos, cómo sacarse la bota, pantalón, era como mucho tiempo para cambiarse y descambiar. Bueno, eso después del circuito de COVID.

Después los que entraban en un proceso respiratorio agudo, se anuló todo lo que era soporte nutricional, que es la prioridad de la provincia por la desnutrición que hay. Eso se anuló, y hasta ahora se sostiene así. La prioridad en la pandemia era, uno el espacio y otro era el oxígeno. Entonces, las habitaciones que tenían bocas para el oxígeno, era prioridad. Nosotros estábamos en el cuarto piso y teníamos dos bocas de oxígeno, que jamás necesitamos los dos, no lo registras. Era la provisión del oxígeno, todo se desesperaba por oxígeno. Yo tuve la situación, también con un compañero que hizo COVID y se desmayó y no encontramos oxígeno siquiera. Y bueno, si vos eras profesional, no podías venir a la guardia, tenías que ir a tu clínica, a tu hogar. Es como que quedabas sin circuito. Nosotros acá estábamos viendo circuito interno y sub-interno y si se pasaba a vos, no te contenía el hospital. Hubo como dos momentos, en un momento dijo que sí y en otro momento que no, por la cantidad de demanda que había.

- **Y ustedes como profesionales, ¿a dónde asistían en el caso de contagiarse?**

Tenían que quedarte en casa y dar los síntomas, se daban por un WhatsApp que instaló la provincia. Eran tantos los casos que aumentaban, que se activó el COVID por celular, por el WhatsApp. Entonces vos tenías que ir poniendo tus síntomas. También hubo mucho abandono de personas en el tema de las aseguradoras de trabajo. Si vos tenías síntomas y demás, no te cubrían los días. Yo tuve COVID en julio del año pasado y me dieron un día de reposo. Tuve que venir a trabajar con síntomas. Porque ya no se consideraba y ya estaba vacunada. No nos consideraron que trabajamos durante la pandemia. Entonces, después de la pandemia, hubo un repensado en cuanto apostás al trabajo y cuánto apostás al hospital. Y bueno, después hubo un reflejo para mi sintomático en lo económico, que se ve en este momento. Como que los médicos quieren un resarcimiento económico. Por ejemplo, docentes ya lograron que no se les cobren muchas las ganancias y los médicos no lo logran. Pero yo pienso que es por el tiempo que le dedican los docentes a los gremios, porque han estado de vacaciones. Entonces cuando vos estás asistiendo y asistiendo, tenés que dejar de lado todo lo que es la pelea política, lo gremial, la económica, que en eso a veces no tenemos mucha esa lectura. Pensar que el Estado te va a proteger por lo que hiciste. Porque ese es un síntoma general que yo vi en los médicos. Que se quieren ir, que los residentes no quieren buscar residencias médicas, que la residencia de salud mental del hospital no tiene médico hace dos años, no tiene ni psiquiatra. Entonces, como que no apuestan a la formación de este lugar. Perdón, me olvidé por donde andábamos.

- **No hay problema, me comentabas sobre el circuito del hospital.**

Bueno, eso fue la parte de adultos. Tenías entonces el circuito de los agudos, que iban a donde es soporte nutricional, terapias agudas, intermedias, de acuerdo si les requería o no oxígeno. En la parte pediátrica también fue igual.

Nosotros, en salud mental, no podíamos internar pacientes psicóticos, todo lo que fue la pandemia. Hubo muchos chicos muy agresivos en sus casas. Yo les decía a las mamás, que les permita la policía, cuando no se podía ni ir a la plaza, y un paciente con síntomas y con retraso mental, con retraso madurativo, que son muy agresivos, tiene que salir a caminar y no los dejaban. Entonces yo lo que hacía era, a manera artesanal, un

justificativo para permitirle a la mamá que vaya con el celular y se lo muestre a la policía, porque la policía le decía “no, no puede andar por acá”, que le muestre que es un enfermo mental, y que le deje caminar. A ese punto. No sé, yo he hecho cosas increíbles realmente, como mandar agentes de sanitario del interior, y del que tenía celular, permitirles que se comuniquen, que dejen las recetas en las farmacias, y en las farmacias se desesperaban, porque no podían entregar medicación si no tenían recetas. Y bueno, a nivel familiar ha habido muchos conflictos, los chicos en la escuela, y bueno.

Bueno, en las guardias pediátricas, los pacientes llegaban y directamente eran aislados, se hacía el hisopado. Acá, cada vez que vos tenías síntomas, tenías un circuito que todavía está, qué si hacías síntomas, venían y te hisopaban. Cada vez que tenías una licencia, te tenías que hisopar. Ya al último a mí me hacía sangrar.

Dentro de lo que fue el circuito nuestro de salud mental, nosotros hicimos como comisiones, porque no podíamos estar todos juntos, entonces venía un psiquiatra a la mañana y otro solo a la tarde, o, no sé, uno por semana era, porque si vos te contagiabas o morías, tenías que tener cuidado de no contagiar al otro. Entonces se hicieron como burbujas, y fue justo que enfermó a la jefa, y la psicóloga. A mí lo que me afectaba era el silencio, no había pacientes en el hospital, era una guerra silenciosa. La gente que moría se los entregaba en bolsas y no podían hacer velorios, no ponían despedirse de los familiares, se los cremaba, entonces también era asistir a los que participaban en este tipo de velatorios, que no había velatorios, solamente había cremaciones. Entonces no había una despedida, una transición. Entonces estaba atenta al silencio, te acompañaban las palomas, los gatos; me vestía y me quedaba acá y no venía nadie, la bulla de la gente extrañaba yo. Mi marido trabaja también acá y se contagió de COVID. Los que teníamos pareja médica acá en el hospital no se consideró nada, o sea, ni que vivíamos en la casa para hacer el diagrama de las burbujas, ni nada. Se suspendieron las licencias, eso también fue muy fuerte, porque tenías derecho supuestamente a tener. Se suspendieron las licencias. No podían pagar nada.

También se observaron muchas dermatitis, muchas lesiones de manos por la cantidad de alcohol con que se lavaban. Bueno, los niños sin escolaridad, quedaron en casa, quedaron en una situación atemporal, y eso se está sintiendo, la repercusión de la nota este año. Bueno, nunca viví tanto terror a la muerte, o sea, todos estábamos atravesados por la muerte, convivíamos. El grupo, el equipo de profesionales, estaba para definir situaciones, porque era replantearse de acuerdo a los que se iban enfermando, e íbamos siendo cada vez menos. Y nos enfermamos todos, en diferentes momentos, entonces teníamos que hacer Zoom para conversar, uno se quedaba en este consultorio, el otro se iba allá al Jumbo, y bueno, eso también fue fuerte.

Y bueno, hay cosas que me he olvidado porque han sido muy fuertes. Viste como que hacés una selección en el pensamiento. Yo vi morir mucha gente, muchos médicos tenían que asistir y bueno, la orden era, tenés que seguir adelante, seguir y seguir, y cuando llegaba la mañana, atrás donde está el canchón, marcabas el dedo, te quedabas en el auto, y mucha gente quedaba angustiada y llorando, porque no sabías si daba salir del hospital, no sabías si ibas a volver a tu casa. Y bueno, vos tenías que pararte, supuestamente nosotros asistimos y teníamos que contener a los demás, y muchos se pidieron licencia así, por problemas cardíacos, por problemas respiratorios, pero era como impensable volver a trabajar, y mucha gente se fue del hospital, o sea, salieron de la salud pública directamente, perdieron el trabajo y no les importó. Pero bueno, nunca más se habló de cómo te sentiste y cómo la pasaste. Es como que la verdad es que tenés que

seguir y ya está. Yo como el sábado hago guardias activas de 8 a 20. Entonces vos vas, como decirte en las trincheras, que son las dos guardias, y los médicos estaban destrozados. Entonces tenías que medicarlos, muchos médicos con ansiolíticos, con antidepresivos, porque no podían dormir. Y el otro día, lo mismo, tenés que seguir adelante. Y los médicos que asistían, porque te obligaban a asistir a los respiratorios agudos, entonces tenían más posibilidad de enfermarse. Yo tuve dos colegas psiquiatras que se internaron en el Papa Francisco, porque ahí era donde se internaban a los médicos, en una escuela atrás del Papa Francisco, quedaron aislados. Y bueno, muchos fuimos a asistir, los que estábamos ahí, pero desde el auto, desde lejos, haciendo señas por la ventana. Yo trabajaba en la Monte Carmelo, que es una clínica psiquiátrica, y ahí un compañero vivía solo y nos fuimos a asistir a la casa y no llegó al edificio abajo, no llegó a la puerta, se desmayó atrás del vidrio y no lo podíamos sacar. Y era ir a buscar un tubo de oxígeno de la clínica para el mismo compañero, porque no encontrábamos oxígeno. Eso fue terrible, no encontrábamos oxígeno (llora).

- **Tomate el tiempo que necesites... Fue una situación muy complicada, dolorosa, muy nueva. No estábamos para nada preparados.**

Si, sí. Pero bueno, yo creo que te hace más resiliente, pensás la vida desde otro lugar, valorando más los momentos, los vínculos, eso fue lo positivo, digamos. Se valoró el vínculo de, capaz de las llamadas por teléfono, de saber cómo está, de llamar a tus propios compañeros, amigos. Se integraron más las madres, los colegios. Y por ahí, en lo que es la presencialidad, cada uno hace su vida. Yo creo que eso estuvo bueno, estuvo positivo, por sacar algo bueno. Sería la contra moneda de lo que es la muerte, ¿no? Valorar la vida.

- **En el hospital, ¿también se favorecieron los lazos?**

Sí, yo creo que sí. Porque hubo como una separación y se vio quién estuvo al lado tuyo en ese momento. Y quién, cómo decirte, te dejó solo. Y sí, hay situaciones, suponete, nosotros tenemos el círculo médico, un lugar donde se encuentran los médicos, que es un camping. Y ahí fue un momento, un lugar de encuentro. Hay situaciones que nos han ligado a sobrevivir un momento, y te ligan en la amistad para siempre. Sí, porque vos has estado al lado de esa persona. En eso ha habido situaciones muy dolorosas para los médicos. Yo lo que veo es que han quedado resentidos. Resentidos por el que no se jugó al estar con vos en ese momento. Al que estaba internado con el respirador, y vos pedías “me podés traer un agua del kiosco”, porque la familia estaba atrás del vidrio. O sea, yo tenía compañeros arriba internados y las familias atrás del vidrio de la entrada, te pedían si les podías llevar ropa. El guardia recibía la ropa, pero la dejaba en el piso. Entonces vos tenías que asistir a los pacientes, llamar por teléfono y asistir a tus compañeros. Era así.

Yo bajé de peso, no sabes cómo. Y más si tenías niños, con la virtualidad, con los enfermeros, era estar todo el tiempo tratando de asistir a los chicos, haciendo tareas, tratando de leer, porque hubo común desfase en las escuelas, exigían que sigan del mismo ritmo. Y sí, yo vi mucha diferencia, y desconsideración, en los tiempos que se tendría que haber dado a las mujeres. Ya sea enfermero, de limpieza, médico, psicólogo. La mujer, durante la pandemia, tenía que trabajar, no solamente acá en el hospital, sino que las mujeres tenían que trabajar, asistir y lavar cuando tenían empleada, no podían ir las empleadas a la casa. No podían mandarlo a la maestra particular, tenías que hacer de maestra, porque la tarea te la mandaba con virtualidad.

Entonces, desde mi lugar, tenía que ir considerando a todos mis pacientes todo el tiempo, porque hay muchas mamás que son analfabetas, entonces no podían leer y sostener lo que la virtualidad exigía. Yo lo que hice fue priorizar los espacios y los tiempos, me acomodaba en el tiempo del día y decía, bueno, “en esta época de la mañana veo la urgencia del hospital” y después a la tarde en mi casa tenía que asistir a mis pacientes del consultorio privado, que me quedaba también por asistencia virtual.

Pero bueno, creo que lo que estuvo bueno es que me escucharon bastante los gerentes, que pedían sugerencias; pero después cambió a la gerencia y la sensación, es como el dolor de los que están todavía en convocatoria pidiendo aumento y pidiendo que no nos descuenten tanto impuesto a las ganancias, que el impacto es la desconsideración de lo económico, es como que no se sienten escuchados, como que acá no pasó nada. Hace poco el ministro presidió los gremios, y a los médicos de acá, cuando él era gerente, no los recibió. Entonces, yo creo que eso también viene a significar un estrés postraumático. Y muchos han optado por irse a centros de salud, a salir del escenario del hospital. Yo todavía apuesto a seguir adelante. Para mí lo más fuerte fue cuando cerraron el servicio de salud mental de adolescentes de la provincia. Eso fue devastador por la cantidad de pacientes que quedaron dando vuelta y el Ragone de no acepta el ingreso de adolescentes. Yo hacía una guardia de 24 horas el jueves y hacía 30 horas durante los otros cuatro días. De lunes a miércoles, y el viernes repartía las 30 horas. Entonces, yo condensaba a todos los adolescentes que no entraban acá, de 15, 16, 17, y los atendía en el Ragone el jueves. El gerente me dijo “acá no quiero más este problema de los adolescentes, así que te quitó la guardia”. Entonces, me quedé sin la guardia, que era el mayor ingreso de la guardia. Entonces, cuando yo pedí una guardia acá, se molestaron y me dieron como castigo el sábado. Pero bueno, ahora he logrado que ingrese otra compañera para hacer reemplazos. De esta forma, son tres de planta y uno de reemplazo. O sea, yo siempre tengo la lógica de ante un no, para mí es un sí. Pero bueno, ya tengo 52 años y te cansa. La política de la provincia, te cansa. Nosotros vamos cuatro psiquiatras que han venido de Córdoba y se vuelven. Así que bueno.

- **Entiendo. Quería preguntarte un poco cómo fue esto de los circuitos. Me comentaste que los pacientes con COVID se atendían virtualmente, ¿como se procedía con los pacientes que no tenían COVID?**

Sí, también virtualmente.

- **¿Y en el caso de los profesionales?**

Presencialmente. A menos que tuviesen COVID. Y en el caso de los profesionales, te pedían que asistieran a sus familias, a sus hijos, a las enfermeras. Y por la transversalidad, también tenías que asistir a la gente que limpia. Los que limpiaban no daban a vasto. Ha habido tantos circuitos que me pierdo ya, circuitos de enfermería, circuitos de espacios, donde no se podía ir por un pasillo, tenías que ir por otro pasillo. Los pacientes estaban encerrados en sus habitaciones.

Y bueno, yo ahí me doy cuenta, por ejemplo, en oncopediatria, los chiquitos tenían que estar cada uno en su habitación. Y hay una parte donde vos abris la ventana, y hay un corredor que al frente de la pared es gris. Yo decía, “si pintamos las paredes para tener otra cosa”, y bueno, no nos aceptaron eso. Vos ves el patio y ves grises, donde tendría que haber actividad cultural y municipal donde se grafiquen. Ha habido muchas contradicciones, porque dicen, bueno, pongamos una mesa, una sombrilla o una glorieta,

donde tenés en donde sentarte de forma distanciada y aislada, más allá de la pandemia, donde puedas recibir a tu familia, donde puedas cambiar a un niño. Acá no hay donde, no hay cambiadores. Vos vas a un baño en Brasil y tenés pañales, tenés cambiadores, tenés toallitas. Acá tenés uno solo en un baño, no hay espacio de lactancia, y bueno, hay un montón de espacios que faltan de por sí. O que le des una mesa con colorcitos, o algún librito, y no están todos los chicos con el teléfono.

- **Bien, me comentaste que hubo muchos cambios. ¿cómo fueron implementados? ¿Vinieron de la gerencia, del ministerio, desde los propios profesionales, de los pacientes?**

No, yo me imagino que fueron órdenes ministeriales, que se distribuyeron el tipo de población que iban a recibir. Gerenciales, porque justo había cambio de gerente, acá hay cuatro gerentes. Y bueno, ahí nos distribuyeron los espacios y los circuitos.

- **¿Alguna de estas modificaciones continúan vigentes?**

Sí, sí. En la parte pediátrica se hizo terapia intermedia y se dio prioridad a lo que es la continuidad de la pared que tiene el oxígeno. O sea, el oxígeno es lo primordial. El mayor bien de la colmena, digamos. Pero bueno, hay espacios que no se han devuelto. Hubo una avivada de los espacios ganados y no devueltos. El soporte nutricional no tiene espacio. Nosotros atendemos anorexia en ambulatorio y no tiene ninguna cama. Porque lo que prima en este momento y durante la estacionalidad del otoño es lo respiratorio.

- **¿Y en cuanto a las modalidades de la atención?**

Y pasó decayendo, de la presencialidad hasta la nula presencialidad. Se incrementaba la virtualidad. Y bueno, lo virtual fue en el momento que era plena pandemia. Cada uno tenía su celular, no te explico, al rojo vivo, eran 20 o 30 llamadas. Llamaban los profesionales, los pacientes, los parientes, los pacientes chiquitos, los niños te llamaban y decían “doctora, estoy aburrido”, “doctora, quiero verte”. Entonces vos tenías que hacerle videollamadas.

- **¿Con respecto a las modalidades de atención hubo alguna modificación que se mantuvo?**

Los psicólogos han creado un espacio de soporte técnico con virtualidad. Y eso quedó. Como que la gente que vive en el interior, por ahí les benefició hacer una entrevista virtual. Yo no hago, yo soy de escuela vieja, yo te tengo que sostener con la mirada y con la presencia. Para mí, pasar de un hospital donde yo escribía, y me enseñaron a escribir, y a veces dejar la lapicera para sostener el espacio para pasar a una computadora mientras estoy atendiendo, ya para mí esto es traumático. Con mi forma, y a los viejos, les cuesta. Yo no hago consultorio virtual.

- **Las recetas virtuales, ¿se siguen empleando?**

Se siguen haciendo. Hay servicios que hacen recetas virtuales. Eso lo vamos a incorporar nosotros. Eso lo hablé ayer con M para sumarlo, porque hay secretarías que hacen recetas virtuales.

- **Bueno, podemos decir entonces que es algo que quedó de la virtualidad.**

Sí, sí. En mi experiencia, el paciente necesita un espacio y una presencia. Porque de esa forma no das tantos psicofármacos. Yo soy muy mezquina de dar psicofármacos. Entonces, si yo sostengo la virtualidad, voy a secuenciarlo en una cantidad y lo voy a sostener en el tiempo. Y si vos lo hablas al paciente, lo escuchas, le das otras opciones para que tenga. Pero eso tenés que hacer mucha psicoeducación. Y eso yo no sé si se aprende en virtual.

Enseñarle a la mamá, que un chiquito, suponete, recién vino un niño que tiene mucopolisacaridosis. Yo atiendo a muchos chicos que tienen enfermedades raras, metabólicas. Entonces, es algo que el niño pueda hacer en el espacio con los elementos que tenga. Entonces, vos le decís, bueno, no tiene juguetes, vamos a ir al super, vamos a traer cajitas, vamos a guardar los juguetes en la caja. Le vas a ayudar a que haga la milanesa, y pegue la milanesa al lado tuyo. Entonces, vos trabajás momentos de apego con la mamá, lo que se pueda.

Yo hace poco le decía a la mamá, si yo cometo un error en la presencialidad, puedo cometer el doble con lo virtual. Suponete, le digo a mi mamá con chiquito que adoptó, o incluso, han muerto muchos hijos, y han quedado muchos abuelos a cargo de nietos, por la droga, o por estar presos, o por el COVID, que son las tres variantes. Y le digo, mirá mamita, la medicación le da mucho apetito, porque despierta apetito, los psicofármacos. Entonces, le tenés que dar en la heladera, la opción de que él abra y tenga gelatinita, manzanas, “no tengo heladera”. Bueno, le vas a cocinar, o fijate en hacerle las sopitas, para que la noche le den la sopa, porque yo les enseño a cocinar. Y me dice “yo no tengo cocina”. Entonces yo digo, qué indicación voy a dar desde la virtualidad, y a veces me da vergüenza, o a veces yo tengo que ver qué olor tiene el paciente. Si tiene olor a leña, yo no le puedo hablar de la cocina. Los olores te dicen mucho de los pacientes, la falta de higiene, si tienen baño, si hay abandono, si se rasca la colita, se van a jugar un ratito, y vos vas viendo.

Pero bueno, es clínica vieja de la observación. No sé cómo hacerlo con lo virtual. Bueno, ese niño yo lo logré justificadamente, le logré dar una atención, toda la discapacidad, y ella me dice “compramos un colchón”. Entonces yo digo, no tiene cocina, no tiene heladera. Le estoy dando pastillas para dormir y no tiene colchón. Tenía que crear un clima de intimidad, decirse las cosas acá, si no duerme, que no tiene para comer, para contar esa intimidad. O le decís, “mira mamá, acá (gesticula escribir en recetario), ¿entendés lo que te estoy poniendo?” y te dicen “no se leer”. Entonces, ¿cómo vas a sostener un mensaje de texto? Yo no lo hago con ningún paciente. Los chicos jóvenes sí. Si hacen entrevistas virtuales. Tendré que aprender.

Vi que la pandemia te dio como un, te puso en un acting, todo el tiempo tenías que ir renovando formas de trabajo. Tenías que ir implementando e inventando todo el tiempo.

- **En ese tiempo que estuviste trabajando de manera virtual, ¿sentiste que tuviera un efecto en los pacientes?**

Vos sostenés de un lazo y sostenés de algún tipo de un espacio terapéutico. Pero lo que el paciente quiere es la presencialidad para crear este campo donde se siente escuchado. Yo pienso que cuando doy una indicación de un psicofármaco, tanto para aumentar una dosis, como para bajarla, necesito sostener mucho a la madre. Y si yo le digo por un mensaje que hoy sale la mitad, por ahí la mamá te dice, “pero a mí me da

miedo, tengo miedo que le vuelva el brote”. A todas les digo, bueno, cualquier cosa, pero mándame un mensaje. Y no te lo mandan. Esperan a venir y contarte. Sí, esa opción sí se da. Yo les doy la opción de que hagamos una videollamada. Pero me dicen que prefieren venir, y vienen. Pero sí la opción se la da.

Pero creo que en su momento sirvió, era la única forma de comunicación.

- **Respecto a las modalidades de atención psicoterapéuticas implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio ¿qué definición podrías armar conceptualmente? ¿Cómo lo podrías definir?**

Bueno para mí, la atención virtual es un espacio donde se escucha y se da un tiempo. Respetando el distanciamiento, con el beneficio de no ser trasladado el paciente. Donde el paciente siente que no queda fuera de la red, porque todo lo que es lo tecnológico es estar dentro o fuera de la red. Entonces, no se sienten aislados, son parte de esto. Un sistema de contención y asistencia.

- **Pensando en esta concepción, ¿qué imágenes se te representan? ¿Qué se te viene a la mente?**

Los chicos que se subían a los árboles para tener señal. Y la falta de... por ejemplo, las escuelas públicas entregan libros y entregan colores. La falta de material que tenían los chicos en las casas. Entonces dibujaban en el piso, en las paredes. Dibujaban en la arena, en el fondo de la casa. La maestra decía que haga un dinosaurio y el chiquito le hizo un dinosaurio en la tierra. Y la maestra lo reta. Y bueno, los pacientes en los cerros se subían a los árboles para tener señal. Donde había señal, las maestras se desplazaban para tener señal. Las psicopedagogas se desplazaban en los cerros para tener señal y se llevaban a los chicos donde tuvieran señal. Donde tenían wi-fi. El lugar donde no quedaban, aislados.

- **¿Hay alguna ventaja que puedan reconocer de esta modalidad de atención?**

Si, sostener un tratamiento, psicofarmacológico. Después de la pandemia no aceptaron más las farmacias, el mandar fotos de recetas. Estuvo mal, se podría haber sostenido eso. Y bueno, como ya te dije, sostener un espacio, un espacio de escucha. Y otra cosa es cuando hacías, bueno yo hice algunas videollamadas, entrabas en la casa del paciente. Veías las situaciones económicas, me he quedado sorprendida de las casitas tan humildes que tienen y la alta tecnología que tenían. O sea, vos veías rancho, sin puertas, sin cortinas, no tienen baño, no sé, condiciones humildes extremas. Pero tenían su celular los chicos. Cada uno tenía su celular. Porque el que no tenía celular, viste, quedaba aislado. Como que en los chicos exigieron, dejó una impronta. La tecnología en los chicos fue algo, bueno, en consecuencia, no fue tan beneficioso, porque después quedaron con ese vicio. De la cantidad de horas que están con el celular. La violencia que se transmite, bueno. Hay mucho que hablar de eso.

- **¿Qué dificultades reconoces en la aplicación de estas modalidades de atención psicoterapéuticas implementada?**

Dificultades, bueno, esto que yo te decía, por mi formación, el tipo de asistencia que yo prefiero es la presencial. Pero siempre se les da la opción, si quieren que me llame, después de las 9 de la noche, le doy un tiempo. Después de las 9, cuando yo termino de trabajar, te mandan mensajes o graban mensajes y yo se los respondo cuando puedo.

- **Bien, ¿qué valoración le darías a estas modalidades implementadas?**

Es buena, pero es una herramienta más y hay que saberla usar. Porque también hay limitación de tiempo. Así como los chicos, han quedado con el vicio de la tecnología y de los juegos, el paciente es como que se autoriza a llamarte en cualquier momento. Cuando antes jamás le daba yo mi celular al paciente. Entonces también hay limitación de los horarios y de lo privado. Como una impronta de “estoy en crisis me tiene que atender ahora”, pasa algo y me llaman a cualquier hora. Entonces eso ha costado regular. La provincia tiene una sola cama para internar pacientes de salud mental. Entonces para no llegar a la internación, tenés que bancarte que te llaman a cualquier hora. Yo estoy de guardia pasiva y los pacientes saben que estoy de guardia pasiva, diez días al mes, entonces es cuando más te llaman, y preferís asistirlo a las 2 o 3 de la mañana, medicarlo, meter dosis, para no llegar al hospital. Si no tenés un circuito, no existe un área. En este hospital te obligan a estar de guardia pasiva. Preparar, usarte como escudo para que el paciente no venga.

- **¿Habría alguna conclusión que podrías dar respecto a la modalidad en que se implementó o la forma de trabajo durante la pandemia?**

Durante el momento de la invasión del virus, toda comunicación fue habilitada, presencial, virtual, por classroom. Pero después, cuando pasó la pandemia, la sensación es de no querer escucharnos. De no vernos a nosotros, no nos escuchan, no podemos ir a la gerencia. Actualmente persiste la modalidad de comunicación por mail en el hospital. Antes no usabas el mail. Pero, bueno, mi sensación es como que antes vos tenías más valor y uso de la palabra. Yo te decía algo y era así. Y ahora hay como dobles mensajes. Entonces, por ahí se prefiere mandar un mail, o yo tengo como el registro de lo que te dije. Porque si no te lo doy por mail, es como que el otro se olvidó, te anula tu palabra, no te creyó, se da lugar a la duda. Entonces, yo veo que todos se están mandando mail y hay muchos grupos y subgrupos creados. Hay mucha lucha desde el hospital de querer sostener sus derechos. Los médicos están muy manoseados. Entonces, en la tecnología es como que prima lo escrito, la foto, el mensaje, también la violencia, porque hay mucha violencia por las redes. Te queman, te exponen, se meten en tu vida antes. O sea, todo lo tecnológico le gana a las palabras. A la palabra verbalizada, digamos. “Pues si yo te dije”, “bueno doctora, usted no me escribió, usted no me mandó un mensaje, no lo tengo escrito”. ¿Me entendés? Esta mamá tiene un nieto y una sobrina, se lo veo a los dos. El hijo tiene 30 años con la esquizofrenia, entonces yo lo traté hace 15 años atrás. Y es una mamá que se olvida las cosas, tiene tres enfermos mentales en la casa, entonces le digo yo pedí turno para mayo, “no, pero usted acá me escribió”. ¿Viste? Es lo escrito lo que va. Esa es mi percepción.

- **¿Con respecto a las modalidades de atención implementadas?**

Creo que estuvo bien, sirvió en ese momento, es una herramienta valiosa, yo soy de la vieja escuela por eso me siento más cómoda atendiendo presencial, pero creo que sirve y sirvió en ese momento.

- **Recién me dijiste que los médicos estaban como muy manoseados. ¿A qué te referís con esa expresión?**

Nosotros tenemos un grupo de WhatsApp de los autoconvocados. Cuando el hospital y la provincia necesitan asistencia, porque se ha dado también la otra modalidad

que se abrió después de la pandemia, es la asistencia a través de la fundación del hospital. Hay un sistema en red, y pone que los médicos vayan al interior, se asiste al interior. Eso está bueno, digamos, porque hay presencialidad. Y después tenés un sostén, porque vos tenés que crear y después sostener. Nosotros en salud mental no nos hemos sumado a eso. Manoseados, es como decir, políticamente, por un lado, está bueno que la gente sea asistida personalmente por el especialista, pero, por otro lado, cuando vos decís, quiero pedir algo, te dicen “no, esperalo por ahora”. Cuando se esperó que se baje el impuesto a las ganancias, yo tengo un impuesto a las ganancias de \$100.000. Cuando entré al hospital, era la única psiquiatra infantil en la provincia. Entonces, vos decís “che, no doy más, mándame a alguien, o bájame las ganancias”. Entonces te dicen “espera, espera, espera”. Eso, es ese manoseo, esa cuestión de usarte políticamente cuando lo necesitan. Y después no te cuidan.

Hay un descuido, hay un abandono, y yo lo he visto mucho, principalmente a psiquiatras que han ido a Orán, porque salud presta a los médicos al Ministerio de Primera Infancia. Entonces, los chicos que entran a los hogares tienen que entrar por las guardias para ser revisados por los médicos, porque no quieren contratar. Entonces, salud ofrece su equipo al Ministerio de Primera Infancia, y en Orán pasó que lo ofreció a Justicia. Entonces, ¿qué hacen los jueces? Se imponen que tenés que hacer pericia a los narcotraficantes. Entonces, ¿qué haces? Terminar la residencia, tenés tu título, y te vas de esta provincia, porque no te cuidan. Y más las cabezas masculinas, digo yo. Hay mucho machismo. No es lo mismo ser médico que médica. Me dicen que no me siga quejando. Acá, el niño Wichi, tiene que hablar la madre en presencia del padre. La mujer no habla, habla el hombre. Y eso se sostiene.

Antes tenían, hablando de los espacios, las madres que venían del interior, de comunidades, tenían un lugar que eran las salas donde estaban internadas junto con los bebés. Y esa parte se sacó por el COVID. Y después no se devolvió más. Entonces, ya están en un hotel, tienen que caminar hasta acá para darle la teta al chico. Bueno, no sé, hay muchas cosas que se usaron después de la pandemia. Era un lugar donde las mamás se sentían contenidas, aprendían a coser, aprendían a hacerle la ropa a los bebés, aprendían a cocinar, se les enseñaba autocuidado. Y vos veías que cuando estaban internadas mucho tiempo, ya tenían como otra posición ante el hombre. El hombre se volvió a su casa, ellas se quedaban solitas acá, ya no se vestían con sus indumentarios, sino se permitían vestirse con pantalón, que no se les permite. O sea, tema de abuso, lo que es impresionante, en esta provincia lo que es abuso. Pero bueno, son lineamientos masculinos.

- **Entiendo, ¿habría algo más que consideras que no te pregunté y que sería importante agregar?**

Yo pienso que haber atravesado una pandemia, y si la sobreviviste, te deja secuelas y también enseñanzas. Y te advierte formas de vida, formas de distribución de espacios, formas de comunicación. Con los pros y los contras que eso conlleva, ¿no es cierto? Pero todos estamos formados por si viene algo más grave. Como que te viene a advertir el clima y la vida y los virus que no todo es estable. Te viene a advertir la vida que, lo que tenés lo puedes perder, y lo que adquiriste lo tienes que distribuir. Entonces, me parece que la gente aprendió a vivir como más el presente. Como que los viejos antes decían, bueno, vos tenés tu casa y no te pasa nada, tenés tu techo. Es como que te pasó un huracán por encima y tenés que volver a construir. Y está todo bien, así es la vida, te enseña a reciclar. Antes decías, “yo tengo este grupo de amigos”, ahora no, te hacen algo, cambias. Esto del cambio, del reciclado, te abris a otra cosa.

- **Bueno eso sería todo, te agradezco mucho por tu tiempo.**

Participante 14

- **¿En qué puesto te desempeñas actualmente?**

Soy psicólogo de acá de este hospital, hace nueve años, psicólogo asistencial

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en tu sector?**

Trabajo en la atención de pacientes de consulta externa, consultorio, que se reciben por demanda espontánea por derivaciones. Atención de pacientes en seguimiento en sala, son pacientes que por algún motivo han sido internados por el servicio nuestro o por otro servicio, donde demandan interconsulta, y las atenciones, bueno, en las diferentes salas, en todos los ámbitos del hospital, en el servicio de salud mental cubre, como ya te habrán contado otros colegas, las diferentes áreas de salud mental, tanto en urgencias, también trabajamos con guardias activas, yo trabajo también con guardias pasivas, con urgencias subjetivas y atención a pacientes con requerimiento de atención psicológica.

- **¿Qué son las guardias activas y pasivas?**

Guardia activa significa que estamos acá en el hospital. Las guardias pasivas son cuando vos estás de guardia y te llaman porque necesitan tu atención. Entonces es una guardia, pero pasiva, vos estás atento al teléfono. En cambio, la guardia activa es la que estamos acá en el hospital. En este hospital, hay otros lugares donde hay guardias pasivas o no hay guardias. Bueno, en este hospital por el tipo de complejidad y demás, tenemos guardias activas. Es decir que siempre a las 24 horas hay disponible atención presencial en la clínica.

- **Entiendo. ¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

¿La modalidad de atención? En verdad, la modalidad de atención era la misma, en realidad ahora lo que hay es como un retorno a la modalidad de atención presencial. Lo que cambió quizás, sí podría pensar, es que se incorporaron algunas variantes de la atención, como el consultorio virtual. Pero en verdad, la modalidad de atención era la misma, seguimos atendiendo y las variantes que tuvo la pandemia fue, si en un periodo agudo donde hubo más posibilidad de atención virtual, cambiaron los circuitos en general. Las salas se reorganizaron porque había salas que eran exclusivas para pacientes COVID. Y la posibilidad de la atención telefónica. Incluso para los pacientes con COVID, por ejemplo, cuando teníamos la posibilidad, directamente pedíamos un teléfono del paciente y nos comunicábamos telefónicamente. No atendíamos presencialmente, salvo que los médicos hagan un pedido exclusivo de que vamos ahí y entonces lleguemos con el EPP, que es la protección estándar para COVID, el equipo especial digamos, pero si no, se

podía atender virtualmente al paciente porque era una alternativa que podía ser para salud mental que no necesita una intervención digamos directa sobre el cuerpo del paciente.

- **Entonces, antes de la pandemia la atención era presencial, durante la pandemia fue virtual y con la posibilidad de atender presencialmente con el equipo de protección a pacientes de modo excepcional, y ahora se retoma a la atención presencial**

Si, fue así, pero los que eran atendidos de manera virtual eran los pacientes con sospecha de COVID pero no todos los pacientes, si había un paciente que no tenía síntomas respiratorios, nada, se lo atendía presencial con barbijo, pero había quedado como prevista la atención virtual exclusivamente para pacientes donde se tenga una sospecha de COVID. Es decir, que tenía que tener un síntoma respiratorio, algún síntoma compatible con COVID, o estar directamente internado en la sala COVID.

- **Ah, entendí que en el momento más agudo de la pandemia sólo se atiende presencialmente a pacientes por solicitud de los médicos.**

No, no, la atención desde el principio que fue, sí, fue pasando por diferentes etapas. Yo hay una cierta etapa que tampoco te voy a poder contar personalmente la experiencia porque yo estuve con una licencia por grupo de riesgo, yo tengo medicaciones cardíacas entonces en un primer momento estuve con esa licencia, igual si trabajaba, pero virtualmente, después retome cuando ya había vacunas y demás ya se podía retomar digamos, pero hubo un periodo en que no. Pero ese periodo en que sí estuve, la atención era siempre, desde que yo pude, al menos en mi experiencia personal, siempre la atención estuvo pensada en doble, porque no solamente se atendía desde lo virtual, sino también presencial.

- **Bien, y estas modificaciones que se fueron implementadas, ¿partieron desde lineamientos institucionales, ministeriales, de los propios profesionales?**

Las dos cosas, del servicio y también institucional. Hubo, yo creo, que hubo un movimiento de los servicios de salud mental. También hubo un movimiento a nivel, más allá de las barreras institucionales, digamos, un movimiento hasta teórico, no todos en ese momento, no sé todos, pero muchos profesionales salimos, yo por ejemplo atiendo mucho en el campo privado también, y en ese momento muchos salimos a pensar la práctica, a poner en cuestión la práctica y a escribir sobre el tema y a poder estudiar, qué se ponía en juego en la atención virtual. Yo particularmente, por ejemplo, cuando empezó la pandemia, escribí un artículo que se publicó en la revista de Córdoba que se llama... Era sobre el acontecimiento de la pandemia. Y digamos, poniendo en tensión un poco esto, ¿qué argumentos teóricos teníamos para sostener una práctica que pueda ser virtual o no, digamos, ¿no? ¿Y por qué? Digamos, por supuesto, ¿no? Nadie podía atenderlo, los pacientes no iban al consultorio, habían riesgos reales, cuando esto empezó todavía no había vacuna, entonces era salir a pensar nuestra práctica, qué íbamos a hacer con esos pacientes, pacientes que estaban a veces muy angustiados, se generaban nuevas demandas

que también era difícil atender, entonces bueno, casi a nivel masivo lo que pasó con los psicólogos, todos salimos como, algunos más, otros menos, otros no, otros decidieron directamente pasar por alto esa oportunidad, pero en mi caso entré como en una masividad de gente que salimos a atender virtualmente y a investigar sobre eso y a buscar posiciones, entonces, para pensar de qué se trataba esto de la atención virtual, si podía tener efecto, si eso podía ser duradero. Si en un análisis, alguna de las preguntas que se hacían era si una terapia o un análisis, en particular yo trabajo en el psicoanálisis, podía empezar de manera virtual, porque a veces para algunos era la postura de que se podía pasar, según el caso lo requiriese, a alguna modalidad virtual cuando el paciente no estuviese, pero que en general debería estar el cuerpo presente. Empezamos a tener casos que no, que los pacientes empezaban, seguían y continuaban y todo se daba de manera virtual. Y tuvo efecto también, por supuesto, en las instituciones. En las instituciones o servicios teníamos argumentos para decir “existe esta manera de dar atención, se está haciendo, se está trabajando de esta manera” y acá en el servicio se propuso particularmente la posibilidad de hacer de lo igualmente, a menos que sea necesaria, si o si, la verdad que sea presencial.

- **Con respecto a la atención con el paciente ¿Consideras que generó efectos?**

Sí, sí, sí, desde mi punto de vista sí es efectiva la atención virtual, se juegan, por ejemplo, desde mi punto de vista, en la virtualidad se juegan dos de los objetos que aisló Lacan, por ejemplo, que son el objeto exótico y el objeto invocante, es decir, la mirada y la voz. La mirada cuando es una videollamada, digamos, y la voz, que tiene, digamos a nivel libidinal también un efecto diferente y en la atención la presencia de una voz es una forma de la presencia, también en una presencia está la voz un poco recortada del resto del cuerpo y en algunos casos es posible, no en todos los casos, pero en muchos casos es posible tener un efecto con eso y sostener un análisis. O una atención, incluso una urgencia, hay pacientes acá hospitalizados que estaban en crisis muy solos porque quedaban demasiado solos, esperaban la llamada o podían sostener esa llamada y en esa llamada encontrar la facilitación de la situación que estaban pasando y poder hacer algunas elaboraciones. Así que sí, en mi caso sí he encontrado efectos clínicos, digamos, a partir de la implementación de la llamada.

- **La atención virtual, ¿era telefónica, por video llamadas?**

Las dos opciones llamadas o videollamadas. Y no para todos los pacientes lo mismo, porque hay pacientes que, por ejemplo, requerían sí o sí de la imagen, y otros pacientes que no querían saber nada de la imagen y que necesitaban solamente la voz. Entonces, era un poco artesanal para cada quien la resonancia que tenga.

- **Bien, también quería consultarte cómo se manejaron con la administración de los pacientes ¿Se tomó nuevos pacientes?**

Claro, en general se trabajaba, en el periodo más agudo se trabajaba con los pacientes internados y se cerró todo lo que es la consulta externa. O sea, las demandas

que se tomaban, las demandas más urgentes, digamos. En un segundo momento, todo esto fue paulatino, se pasó por diferentes momentos, pero en el primer momento sí se cerró directamente los consultorios externos. Se empezó a trabajar con emergencias, solamente. Después, paulatinamente, se fue reincorporando la atención de consultorios externos. Entonces, primero se hizo con turnos con distancia de media hora para poder limpiar el consultorio. Entonces, se redujo el flujo de pacientes, el tránsito de pacientes hospitalarios de esa manera, hasta que se retomó la atención al 100%.

- **¿Cómo prosiguió la atención?**

Eh, perdón, cuando... Ah, ¿cuándo se abrió el consultorio externo? No, no, en el consultorio en general había una opción en realidad que permaneció, pero en general el consultorio era presencial, había una opción de virtual, pero para pacientes que no estaban acá en Salta. Estaba también esa opción para pacientes que estaban cursando un cuadro agudo o aislamiento. A la par, yo cuando estuve en el tiempo que estuve, esto por ahí capaz que otros no tuvieron la experiencia, yo cuando estuve aislado participé también de un pequeño grupo de atención donde nos comunicamos con personal del hospital que estaba aislado o con COVID y que requerían atención psicológica. Y tenemos atención virtual telefónica también para los mismos compañeros.

- **Perfecto. ¿Hay alguna de estas modificaciones que se implementó que continúan hoy en día?**

Por ejemplo, la presencia del consultorio virtual. Sigue habiendo consultorios virtuales disponibles, que habitualmente se utilizan para pacientes que están en otros lugares.

- **¿Hay algo más que te gustaría profundizar?**

No.

- **Bueno, con respecto a estas modalidades de atención psicoterapéuticas que se implementaron durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, ¿cómo podrías definir las? ¿Qué concepto darías?**

Perdón, otra cosa que sí te iba a decir. Lo que sobre todo se incrementó, digamos, se incrementó y eso perdura, son los elementos de protección. El uso del barbijo en sí mismo, digamos, los cuidados al momento de circular por el hospital. Todas esas cosas sí se fueron modificando y creo que dejaron una huella indeleble porque antes era más habitual saludar a un paciente con la mano, o darle un beso incluso. Desde entonces eso prácticamente se volvió algo más difícil. No es claramente, se sigue saludando con el puño, o nada, o se lo hace pasar al paciente. Pero esas, por ejemplo, son cosas que digamos, no tan como normas, pero que de manera no calculada permanecieron.

- **Entiendo, como que de alguna manera se instauró o permaneció ese distanciamiento entre ustedes.**

Claro, el otro empezó a ser alguien que de repente, se instaló esa idea de que el otro te puede contagiar algo, más masivamente. Que antes uno no lo tenía tanto en cuenta, decía bueno, sí, la gripe, las enfermedades comunes, qué sé yo, pero te saludabas igual después de ponerte un alcohol en gel, pero hubo una cosa un poco más de maximizar todo cuidado.

- **Entiendo. ¿Cómo podrías definir o qué concepción darías respecto a las modalidades de atención que se implementaron durante Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

Bueno, me parece que fueron... Diría que han sido, la atención virtual es una forma de brindar atención, no solo seguimiento, sino tratamiento, por un lado, empujada por lo que ocurría a nivel masivo. De alguna manera, creo que también con ciertas resistencias, con resistencias por parte de los profesionales, de la institución, de todos creo que hubo como... y creo que esto, y lo digo no solo en el hospital materno, digo como a nivel masivo, apareció la resistencia, la posibilidad de adaptarse a un nuevo escenario, porque en verdad, yo creo que incluso ahora deberían sostenerse más cosas de las que había, capitalizar más cosas de lo que nos enseñó la pandemia y que creo que no se capitalizó todo, o sea, hay cosas que se abrieron y se volvieron a cerrar, que hubiera estado bueno que permanezcan. Por ejemplo, el hecho de que el consultorio virtual sea... Es un poco electivo, pero no está instalado como un empuje a sostener una atención virtual permanente. No está usada solamente como un... Queda cercenada al último recurso.

- **Entiendo, me comentabas que hay otras cuestiones que capitalizar más, ¿cuáles serían?**

Esto, ¿no? Disponer lugares espaciales en el hospital, por ejemplo, para mí tendría que haber lugares espaciales mejor acondicionados para atención virtual, con cámaras y con disposición para que también sea atención con imágenes, con privacidad y con el espacio o en los mismos consultorios, en los consultorios, por ejemplo, externos, en las computadoras ninguna tiene cámara, por ejemplo, ningún sistema que permita... La misma consulta externa podría haberse modificado para ser híbrida. Eso no ocurre, digamos. Sino que como es un lugarcito, chiquitito, destinado a, bueno, en tales casos de urgencia, se puede acudir a eso. Pero creo que se podría haber empujado un poco más a cambios más instalados que permitan una cosa más fluida para la virtualidad.

- **Perfecto, cuando hablemos de esto de las modalidades de atención, la concepción que tenes, ¿hay alguna imagen que se te representó o recuerdos?**

La ciudad vacía, eso es lo único que se me representa. Los lugares vacíos, ¿no? Un hospital como este que tiene tanto flujo de gente y de repente, el eco de los pasos. Cuando iba uno por el pasillo había mucha soledad, incluso en el tránsito entre que uno salía de su casa y venía al hospital, nadie afuera, nadie acá en el hospital, era como que los profesionales de la salud, estábamos acá, pero había con un vaciamiento, una idea un poco angustiante y la sensación de miedo en general.

- **¿Qué valoración tenés de las modalidades psicoterapéuticas de atención implementadas?**

A mí me parece que es algo con lo que hay que contar, ¿no? Como lo planteaba yo, se juegan cuestiones vinculadas al cuerpo a partir de los objetos, del objeto voz, del objeto mirada, que son los que plantean, como yo te decía, que incorpora Lacan en el seminario 10, sumado a los tres objetos freudianos, que son el objeto oral, el objeto anal, el objeto fálico. Y a partir de eso, digamos que hoy por hoy, además son objetos fundantes de esta época, porque estamos en una época de la mirada, tiene permanencia. Hay que contarlos en la clínica y hay que ver qué se puede hacer con eso digamos, en una manera de presencia. Entonces para mí es fundamental, bueno, hay gente que puede no tener atención virtual, pero me parece que está bueno pensar, que es algo que ya se instaló en la vida de los sujetos. En Europa incluso muchos analistas ya de entrada ofrecían antes de la pandemia una atención que uno podía elegir presencial o virtual. Acá nos llegó un poco más tarde, digamos, descubriendo los efectos que eso tenía, pero creo que ciertamente puede tener efectos. Sí creo que es muy importante también el cuerpo, y que no reemplaza totalmente la atención virtual a la atención presencial, pero que es un buen recurso en ciertos momentos de una terapia, de un análisis o cuando no es posible transmitir de otra manera, pero que es un recurso que sí hay que tener en cuenta y que hay que instalar, estudiar y darle espacio.

- **Entiendo, ¿qué ventajas reconoce en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

De repente uno puede atender pacientes de todo el mundo, tengo pacientes en Francia, pacientes en Bolivia, pacientes en España, entonces de repente, Sí, por supuesto, abre, no al 100% pero abre las fronteras. Entonces, de repente uno quiere atenderse o atender a alguien en otra parte del mundo y lo puede hacer.

- **Bien. ¿Y dificultades en implementación?**

Y dificultad en implementación... que la tecnología no esté acorde, pasa que todos hemos sufrido que se te cae el wifi, que la red no anda, que el otro se queda sin datos, sin batería, yo pensaba que con ciertas mejoras tecnológicas esto cada vez se va a parecer más a lo presencial, también es eso, en el momento que estamos, hoy lo vemos como que estamos en la última tecnología pero realmente falta muchísimo para tener algo que, una experiencia que pueda ser mejor en ese sentido le veo una dificultad en la disponibilidad de los recursos tecnológicos y por otra parte, si veo la desventaja de que la gente al tener esa posibilidad, puede hacer menos esfuerzo en llevar el cuerpo a otro lado, que eso se me da en caso quedarse muy enamorado de la virtualidad tampoco lo veo como algo demasiado bueno porque también colabora a cierto aislamiento. Que cuando se cruza con algo, depende de cómo es el aislamiento, porque si es un aislamiento que tiene que ver con la enfermedad, está bien, pero a veces se cruza con algo propio, el aislamiento es más singular.

- **Bien, ¿Tienes alguna conclusión que puedas sacar respecto a la implementación de estas modalidades psicoterapéuticas de atención?**

Creo que sí, que fue un acontecimiento de la pandemia que favoreció a la implementación de algo que llegó para quedarse, que sobre esto no se puede hacer marcha atrás, se puede ir solamente para adelante, pero marcha atrás no se va a hacer. Un ciclo que no se puede cerrar si bien algunos tengan resistencia o no, la vía es que esto se instale cada vez más, que quede en la posibilidad de las atenciones virtuales como algo, como una posibilidad siempre.

La virtualidad también instaló una modalidad de participación en espacios en los que antes no podíamos participar. O sea, de repente la Escuela de Orientación Lacaniana, por ejemplo, abrió toda una serie de seminarios que se hacen virtualmente, se podía hacer cursos en Buenos Aires, en Córdoba, muchos gratuitos, otros pagos, uno podría participar, se hizo una conferencia de la más importante que vendían desde Europa y retransmitían acá, o sea, abrió un campo significativo en cuanto a la formación también. La formación y eso, que uno pueda hacer un comentario en Madrid al tiempo que está teniendo pacientes en Salta. Entonces, sí. Y una lógica espacial diferente. Así que sí, yo creo que en ese sentido también podemos posibilitar.

- **¿Había algo más que te gustaría agregar, algo que consideras que fue importante y no te pregunté?**

Sí, y agregaría que a nivel clínico, a nivel de los pacientes, se abrió un recurso nuevo, una posibilidad con efectos sorprendentes. Porque en algunos casos permitió atender a pacientes que no hubieran podido ser atendidos presencialmente, y para algunos pacientes este repliegue que hubo generó efectos inesperados porque se yo, algunos pacientes adictos que de repente no sentían la necesidad de salir a buscar el objeto de consumo. Algunos pacientes psicóticos donde el otro ya no se les volvía tan encima, entonces podían trabajar mejor, estar estabilizados. Abrió una puerta a las posibilidades de trabajo de las empresas, por ejemplo, alguna empresa que de repente tenía un montón de gente trabajando y poder encontrarle la vuelta, porque en realidad no hacía falta que estén en un lugar y que pudieran hacerle lo mismo desde sus casas, entonces abrió todo un mundo virtual nuevo, o terminó de expandirlo ese mundo que estaba ahí, digamos, le dio un empuje inédito y como te digo, creo que son consecuencias que no tienen marcha atrás.

Con estas cosas uno puede hacer un montón de cosas, no se puede resistir y decir que lo mejor es lo de antes, que siempre hay un toque nostálgico en la mayoría, pero en verdad es algo que ya está instalado, no creo que sea algo que uno pueda mirar para otro lado y decir bueno, esto va a seguir funcionando, uno quiera o no, si uno se ayorna en eso, empieza a estudiarlo, a trabajar, a cómo torcer eso para hacerlo efectivo o sirva para trabajar, está bueno. Después cada uno decidirá cómo seguir trabajando, si toma pacientes de afuera, si no, qué hace con eso, pero a mí me parece que es una herramienta muy interesante.

- **Y que, a fines prácticos, dio sus efectos en los pacientes.**

Sí, sí, a fines prácticos, sí, yo he sostenido pacientes muy críticos, muy difíciles, con paranoia, con erotomanía, durante todo el periodo de pandemia, que empezaron y continúan hasta hoy en virtualidad.

- **¿Aún continúas trabajando con pacientes en virtualidad?**

Sí, sí, sí, yo trabajo mucho con pacientes en virtualidad.

- **Bueno, eso sería todo, te agradezco muchísimo por el tiempo y el espacio para compartirme un poco tu experiencia.**

Bueno, éxito con tu tesis, me parece muy interesante el tema y más allá de todas las cuestiones positivas que yo le estoy dando la virtualidad también hay que tener en cuenta que no es para todos, no lo pensaría ni como un ideal tampoco, como el ideal de la virtualidad, pasemos todo a virtualidad, es un recurso más que se está desarrollando y que no hay que mirar para otro lado porque ya está acá, pero así lo vemos pensando, me parece buenísimo también que lo estudies porque fue un fenómeno que nos cruzó, todos salimos a ver de dónde podíamos aprender de esto, dónde podemos encontrar recursos para seguir trabajando y está bueno, está bueno tocarlo.

- **Bueno, muchísimas gracias.**

Participante 15

- **¿Cuál es el puesto en el cual te estás desempeñando actualmente?**

Yo soy licenciada en psicología, trabajo en el sector de salud mental del Hospital Oñativia.

- **Perfecto. ¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

Yo comencé en el 2014.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente?**

Hacemos atención por consultor externo todos los días. Realizamos interconsultas de la parte de internación. Tenemos UTI, que es la terapia intensiva, UMI, que es la unidad media, y la sala común de internación. Contención psicológica, algunos indicadores patológicos. Bueno, lo que es el hospital tenemos la parte de diálisis, que son aproximadamente entre 90 y 100 pacientes. Y esos son los pacientes crónicos, que están de manera anual, por así decirlo. Entonces necesitan seguimiento todo el año. Por un lado, bueno, hay días que vienen compensados, que no hace falta que vayamos a verlos, y otros días que sí, que están angustiados por algún problema o por alguna situación del momento, nos solicitan que vayamos a verlos. Después tenemos que hacer actos psicológicos para el Ministerio de Salud. Así que ahí, bueno, los citamos a los pacientes,

los entrevistamos, conocemos su situación actual, con quién están viviendo, y si realizan actividad o un trabajo.

- ¿Qué es la unidad media?

Bueno, la UMI es como una sala, un espacio de internación que surgió en la pandemia, por la gran cantidad de demanda. La UTI estaba ocupada básicamente por dos pacientes de COVID, entonces se necesitaba hacer otro tipo de terapia, con bastante tecnología también, donde se internaban algunos pacientes con COVID o con otras patologías. Pero no es lo mismo que la terapia intensiva, que tiene obviamente otra supervisión médica, o sea, otra urgencia. La terapia intensiva, como siempre, es la unidad, digamos, de mayor cuidado y complejidad. Y después esta una media, entre la sala común de internación y la terapia intensiva, una media.

- Entiendo, ¿cuáles eran la modalidad de atención que empleabas antes de la pandemia?

Antes de la pandemia teníamos consultorio externo, bueno, lo que te comenté de la hospitalización. Se citaba a los pacientes con su turno a través del sistema, venían por ventanilla. Además, las espontáneas también teníamos que atender, derivación de otros centros, nosotros somos especialistas en trastornos de la alimentación, por ende, nos derivan de otros centros, obesidad nos derivan de otros centros, diabetes, bueno, todo el perfil del hospital se atendía de manera presencial. Surge ese concepto, ¿no?, de atención presencial, de atención virtual.

- Sí, es un interesante planteo.

Bueno, fue algo que sucedió que cambió nuestra forma de trabajar en ese momento.

- ¿Cómo se vio modificada tu labor con la pandemia?

Bueno, cuando arrancó la pandemia, todo lo que es salud mental, que somos en el equipo, no somos muchos, somos cuatro, dos psiquiatras y dos psicólogas, se nos ocurrió seguir atendiendo por teléfono, obviamente que ya nos llegaba de Buenos Aires cómo estaban atendiendo los psicólogos allá, y bueno, decidimos seguir con la atención remota, pacientes muy angustiados, que no se nos podía dejar de lado. Entonces comenzamos a conseguir los números de teléfono. Teníamos teléfonos todos, había un teléfono particular del servicio, se usaba para hacer las llamadas y todo, y si no, bueno, más adelante, yo utilicé mi teléfono personal. Y, bueno, nos organizamos, organizamos las llamadas diarias, cuántos pacientes íbamos a llamar por día, si se hacían videollamadas, si se hacía la llamada normal, y esa práctica se sostuvo varios meses hasta que se abrió, digamos, la posibilidad de que el paciente pueda venir al consultorio con protocolo, ¿no?, con distancia, ambientes abiertos, con barbijo, bueno, con todo el protocolo que ya todos sabemos. Rápidamente nos adaptamos. Como que no nos costó tanto, digamos, bueno, hay que llamar pacientes, se los llamamos.

Teníamos pacientes internados por COVID, había que llamar a los familiares, o esos pacientes que estaban en una situación de angustia, de todo lo que significaba un diagnóstico de COVID, se los hablaba por teléfono, o nos vestíamos de forma adecuada y les íbamos a ver a la sala. Obviamente teniendo en cuenta que había, o sea, el menos riesgo posible, ¿no?, con cautela en ese sentido.

Pero bueno, nosotros como salud mental era como, bueno, dar charlas a enfermería, dar charlas a los médicos y habitólogos. Tuvimos varias reuniones donde nos juntábamos, hacíamos equipos con el psiquiatra y nosotros de psicología hacíamos equipos de a dos y dábamos charlas, no sé, a kinesiología, por todo el tema de la pandemia, que era un tema que angustiaba, que preocupaba, entonces, bueno, conversábamos, tratamos de generar un lugar de contención. Bueno, eso sí, realizamos, me parece que estuvo bueno en ese momento de pánico, de incertidumbre, brindar ahí un espacio para que la gente pueda hablar y sentir que no estaba sola, digamos, en un principio, ¿no?

- **Bien, entonces, por un lado, continuaron con la atención con los pacientes, y por otro lado, también hicieron contención para los profesionales.**

Claro, sí, sí, yo tuve que atender a colegas, digamos, enfermeros, compañeros de trabajo, que estaban muy mal porque habían perdido un familiar directo, porque tenían un familiar internado, entonces, una situación de angustia y, sobre todo, obviamente, que uno veía en la tele y se asustaba mucho más, digamos. Entonces, nosotros hablábamos de nuestro lugar, que obviamente, siendo psicólogos, podíamos afrontar distinto las situaciones

Hicimos charlas grupales de todos los servicios y se brindaba el teléfono por si había alguna demanda individual. Y sí hubo, tanto de psiquiatría como de psicología, tuvimos mucha demanda de parte de nuestros compañeros.

- **¿Cómo era la modalidad de atención con tus colegas?**

Era presencial y virtual, ambos, depende de si tenía síntomas o había estado expuesto.

- **¿Cómo determinaban cuando era videollamada, cuando era llamada telefónica?**

Bueno, en principio, pensamos que videollamada era mejor porque, bueno, ahí podías ver al paciente y después, bueno, por motivos, por ahí la calidad de internet no es tan buena, por ahí se corta y qué sé yo, nos resultaban mejor las llamadas. A través de WhatsApp, generalmente, nuestros pacientes tenían internet, entonces, bueno, podíamos mantener conversación. Una pandemia donde la gente se asustó mucho, todas nuestras patologías se agravaron. Trastorno de obesidad, trastorno de anorexia, de bulimia, ataque de pánico, depresión. Pacientes que venían un poquito mejor, bueno, se aislaron muchísimo, se encerraron en su cuarto, entonces, fue difícil, digamos, como ver cómo desde psicología les decíamos, bueno, no se encierren tanto, cuando los médicos les decían encerrate lo máximo, son pacientes de riesgo. Todos nuestros pacientes son pacientes de riesgo en la pandemia. Diabetes, tiroides, depresión alta, todos nuestros pacientes tienen esas patologías y en ese primer momento eran pacientes de riesgo. Entonces, una persona que les decía, son pacientes de riesgo, no veas a nadie, y como psicóloga y el aislamiento social sabemos que genera, digamos, mayores problemas psicológicos. El estar solo, no contar con nadie, no tener que ni siquiera conductas de higiene, digamos, bañarse, etc., etc., pues como se agravó ese, no sé si mandato, ese consejo de no salgan, no salgan, bueno, por la parte psicológica es que empeoró la situación. Porque los pacientes estaban con mucho miedo, solos, con miedo, digamos, mis pacientes de diálisis me decían, tenemos miedo de salir a la verdulería, tenemos

miedo de hacer esto, pues somos pacientes de riesgo. Llega un poco que decía, bueno, pero con el barbijo bien puesto, tratando de contrarrestar un poco, porque es difícil seguir viviendo en esa situación, no, de que somos pacientes de riesgo, no podemos hablar con nadie, no puedes salir de tu casa y viendo el celular que por ahí se transmite, toda una cuestión, digamos, muy paranoica, ¿no?

Bueno, toda esa locura, los pacientes de riesgo del hospital, la padecieron, mucho más, no. Así que, bueno, básicamente nos adaptamos, que es también el perfil nuestro, ¿no?, como psicólogas, es tener la capacidad para enfrentar situaciones nuevas, y también, bueno, suma obviamente cómo venís trabajando, ¿no?, o sea, si el equipo está unido, la misma mentalidad de trabajo, entonces, bueno, no nos costó. Y también obviamente que, al tener un buen grupo de trabajo, tener esa contención, o sea, estábamos todos en la misma, en el momento que no podía salir nadie, poder salir y encontrarnos con otra persona, como que eso también nos ayudó a no caer, digamos. Y psicólogo uno tiene que saber que, si el paciente está mal, uno queda, digamos, al margen. Yo creo que personalmente me había afectado la pandemia después de que pasó. O sea, decaer, digamos, de decir, bueno, fue difícil. Al principio fue como, bueno, a ver qué hay que hacer, qué hay que adaptarse, tenemos, bueno, el oficio, pero después, fue difícil, digamos, estar acá en el hospital, toda la gente estaba muy, muy, bueno, había un miedo real, ¿no?, mucha gente murió. Tengo compañeros de trabajo que perdieron familiares directos, no solo padres, digamos, como diría, bueno, padres, no sé, ancianos, no, gente joven, hermanos, primos, tíos, o sea, también todas estas pérdidas fueron duras. Fue difícil en ese sentido la pandemia, pacientes también mías, que me decían perdí a mi marido, gente joven, 40 años, 45. Entonces, situaciones, digamos, traumáticas que se fueron, digamos, de a poco, todo fue modificando y nos fuimos adaptando, pero fue difícil al principio. Ante la pérdida, ante la muerte, no hay mucho consuelo. Creo que respondimos.

- **Si, fue un momento difícil.**

Si, pero creo que respondimos.

- **Si. Me comentaste que la modificación de atender de manera remota, por videollamada o telefónicamente, partió de ustedes.**

Nosotros nos ayornamos rápido porque obviamente que, desde el lado de nuestra práctica que es psicoanálisis, estamos en mucha conexión con lo que estaba pasando en Buenos Aires. Entonces, nuestros, no sé, psicoanalistas referentes nos decían, bueno, estamos haciendo videollamadas, estamos haciendo atención remota. Entonces, aprovechamos también para ir tomando todos esos consejos y aplicarlos a Salta. Y apenas se fueron abriendo los canales de comunicación, rápidamente dijimos, atendemos por teléfono, yo traigo ese teléfono que me sobra de mi casa, y no esperamos, digamos, que el gerente decreta, simplemente pusimos los teléfonos y le llamamos a los pacientes. Fue más rápido.

- **Bien, ¿hay alguna modificación que se produjo por la implementación de lineamientos institucionales o ministeriales?**

Bueno, el Ministerio de Salud. Sí, me acuerdo que realizaban cursos para capacitarnos cómo atender, y sí, hizo también bastante desde ese lugar.

- **Bien, ¿alguna de estas modificaciones continuará siendo sostenidas por el servicio?**

Personalmente, yo prefiero presencial, pero si tengo pacientes que atienden por teléfono, qué sé yo, que nosotros tenemos pacientes del interior que están por allá, a dos, tres horas del hospital, y se lo puede llamar por teléfono y se puede hacer una atención perfectamente. Esas son como preferencias mías, pero de que se puede llevar a cabo una contención, una entrevista psicológica por teléfono, se puede. Eso capaz que antes no lo tenía ni siquiera, digamos, como una opción, yo, ¿no? Entonces, como que ahí, porque hay paciente complicado de diálisis que viene tres días en remis, y está por teléfono, se le está brindando una atención, y bueno.

- **Entonces, ¿tienes pacientes a quienes les brindas atención telefónica aun después de la pandemia?**

Claro, seguimos, seguimos. No por consultor externo, generalmente esos son presenciales, pero la atención puede ir de pacientes que están hospitalizados o pacientes que están en diálisis que les cuesta venir a turno por una cuestión de su salud, se puede realizar las llamadas sin problema.

- **Bien, pensando en las modalidades que empleaste durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio ¿cómo podrías definir las?**

Claro, nosotros hacíamos atención telefónica durante la pandemia porque estaba prohibido salir, ¿no? Entonces fue algo de que los problemas psicológicos seguían. Entonces, ¿cómo hacíamos para atender ese paciente que necesitaba de la atención nuestra? Entonces dijimos bueno, por teléfono. Tanto videollamada como telefónica, o digamos, una llamada normal, es un modo, una forma de atención, los pacientes también se adaptaron y pudieron responder bien. Hay una voz, ¿no? O sea, no el cuerpo, pero esa voz y esas preguntas y, bueno, me parece que en ese sentido fue eficaz, ¿no? O sea, se pudo resolver la demanda. Lo que te decía después, hay preferencias. Hay colegas que siguen con algunas atenciones virtuales porque capaz que antes tenías que tomar, no sé, un avión para irte a Buenos Aires a atenderte con un psicólogo y ahora te ponés por teléfono. Entonces, en ese sentido creo que se habilitó esa vía un poco más. Son preferencias. Yo prefiero, digamos, presencial. Pero se abrieron también otras oportunidades de formación, de capacitación de Buenos Aires que nosotros viviendo en Salta, tan lejos, pudimos aprovechar muchos cursos a través de Zoom. Como que en ese sentido mejoró mucho la comunicación, ¿no? Antes estaba todo en Buenos Aires, ahora, bueno, los cursos de psicología muchos son virtuales y presenciales. El que puede va y el que no puede lo aprovecha por la vía virtual. Me parece que eso sí fue algo bueno. El que puede viaja y si no, bueno, en el interior estábamos bastante perjudicados.

- **Entonces podríamos decirle que la atención remota es un modo de atención que fue eficaz porque pudo dar respuestas a la demanda de ese momento.**

Claro, a través de un teléfono poder realizar una sesión psicoterapéutica. Eso fue, digamos, interesante.

- **Pensando en esa concepción, ¿qué imagen se te viene a la mente o recuerdo?**

Personalmente me adapté rápido, no me costó mucho. Poder conectar con el paciente no me costó. Hablar por teléfono, escuchar, no es algo que me haya quedado

como... Creo que se pudo hacer la conexión, el paciente se sintió bien. Era algo nuevo para mí, pero bueno, creo que... Y la capacidad de atención de cada uno. Habrá gente que le habrá costado más, no sé. Nosotros nos compramos los auriculares, tenemos los celulares, tenemos un espacio para hablar y bueno... No me costó.

Había días en los que trabajaba en el hospital y días que era en mi casa, donde atendía a mis pacientes por celular, con auriculares. Fue la práctica que realizó siempre, pero a través de un teléfono. No hubo mucha diferencia.

- **Perfecto. ¿Hay ventajas que puedas reconocer de la aplicación de las modalidades de atención implementadas?**

La ventaja es la distancia. Nosotros trabajando en un hospital público que queda en Salta Capital, tenemos pacientes que son del interior, Joaquín V. González, Metán, Tartagal, todos esos pacientes pueden ser atendidos de manera virtual, desde el lado de la psicología.

- **Bien. ¿Y dificultades?**

Y a veces el teléfono, las fallas de internet, que se corte la llamada, esas cuestiones más técnicas. Pero creo que habilitó el poder hablar con alguien de otra ciudad, con otra distancia, como que antes no lo pensaba.

Yo conozco colegas que atienden de manera virtual. No todos, ¿no? Pero tienen cinco o seis pacientes en Jujuy, y qué sentido tiene que se crucen hasta acá si puede ser una atención telefónica.

- **¿Qué valoración tenés de estas modalidades de atención?**

Bueno, teniendo en cuenta las circunstancias fue positiva porque se pudo realizar la atención. Si no se nos hubiese ocurrido lo del teléfono, iban a quedar esos pacientes muy desprotegidos, digamos, sin una atención médica, sin una atención psicológica. Vino, digamos, a satisfacer una necesidad, ¿no? Eso que hablaba de la capacidad de adaptación, creo que todos lo tuvimos que tener, ¿no? Desde el ingeniero hasta el médico, hasta todo. Adaptarnos a esa nueva realidad que fue difícil, fue dura. Pero creo que después, digamos, viéndola para atrás, nos fue bien. Tuvimos acompañamiento del hospital, los colegas. Te hablo de Salta, ¿no? Del Hospital Oñativia, no sé otros lugares. Mi experiencia.

- **¿Crees que surtió un efecto, esta atención?**

Claro. Si, fue efectiva, generó su efecto en los pacientes, nosotros pudimos. Y en el caso de psiquiatría, ellos mandaban las recetas por WhatsApp y se resolvió. Si hay problemas, se resolvieron.

- **¿Hay ninguna conclusión que podrías sacar respecto a las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Es lo que te decía, por ahí el tema de la distancia puede ver perjudicado que vos puedas atenderte con algún profesional que quieras. Si. Nosotros atendemos a personas muy humildes, no todas, pero al ser un hospital público, nuestro perfil de paciente, quizás no cuenta con esa plata para tomarse un colectivo, un remis, no tienen auto, entonces que

se pueda hablar al psicólogo, a su teléfono personal, resuelve bastante. Creo que más que nada a corta distancia. Depende de cada paciente y su realidad, ¿no? Pero bueno, en el caso del hospital que tenemos muchos pacientes, ya sean hospitalizados, los mismos familiares, a veces voy a ver un paciente y tengo que comunicarme con un familiar, lo llamo por teléfono, antes capaz que había que citarlo, lo llamó por teléfono y ahí generamos un diálogo. Como que también acorta los tiempos. Lo mismo con los médicos, por alguna interconsulta, si bien se hace de manera formal, por sistema, se puede hacer alguna cuestión vía telefónica de WhatsApp, tal paciente, tal cuestión, y creo que eso resuelve los tiempos. Son preferencias. Yo, digamos, prefiero presencial, si me dan elegir porque, bueno, a mí me gusta, ¿viste?, son preferencias. Mi práctica la prefiero presencial. Pero bueno, son preferencias personales. Se puede realizar una atención virtual, sí. También que se puede ofrecer para no dejar de lado a la gente que no puede acceder, ¿no? Si usted no puede venir al hospital, bueno, yo me comunico.

- **¿Había algo más que consideras que es importante y que no te has preguntado, o que te gustaría agregar?**

Creo que está bastante claro, ¿no? O sea, cómo se atendió, cómo se resolvió. Me parece que, en ese sentido, parte del hospital y Argentina, me parece que actuamos rápido, fuimos a nuestras reuniones, estábamos bastante ayornados a lo que se necesitaba. Esa es mi opinión. Por ahí pasaba que teníamos pacientes que estaban aislados porque tenían algún síntoma de COVID, había muchos pacientes aislados. Entonces, por ahí una llamada telefónica, tu único contacto con los humanos era el teléfono. O estás sola en tu casa y estás maquinando que puedes tener una, no sé, insuficiencia respiratoria y después miras el interno, entonces que te llame alguien, obviamente, nuestra labor como psicólogas es contener al paciente, entonces teníamos herramientas. El miedo, la desesperación agravó las enfermedades, ¿no? Las preexistentes las agravó.

- **¿Y crees que se es posible hacer buenas intervenciones con esta modalidad? O sea, poder hacer intervenciones, interpretar.**

Claro, yo atendía normal por teléfono. Era capacidad de concentración, ¿no?. Lo que pasa es que nosotros, como te digo, nos apasiona atender pacientes, entonces en el acto agarramos un teléfono particular de la casa, yo tengo este que no lo uso, entonces ahí ya me parece que da cuenta de nuestro deseo por atender, más allá de que era pandemia, más allá de que no podíamos vernos. Por eso te digo, va a ser la diferencia de la persona, ¿no? Y capaz que algunos dijeran buenísimo, no toca atender y mejor, qué sé yo, no sé. O esperar las directivas. De poder se podía y de querer también. Ahí hay diferencias. Nuestra práctica tiene que ver con el deseo, ¿no? Bueno, tuvimos que adaptarnos, tuvimos que hacer modificaciones, bueno.

- **Bueno, eso también fue asombroso, poder descubrir como nuevas formas de realizar el trabajo.**

Claro, a mí me sorprendía cuando venía en el auto sola, no había nadie afuera, porque bueno, era la primera fase, como se dice, fase uno. Creo que todos nos adaptamos, o sea, al barbijo, al no salir de la casa, el DNI si termina en par y en impar, todos acatamos normas, ¿sabes? Me sorprendió gratamente la capacidad, digamos, como humanidad y personalmente acá en Salta y en Argentina, cómo nos adaptamos, ya. No se puede salir y no se salió. No es que, bueno, no sé, que no me importa, como que hubo mucha empatía, compañerismo. Sí, que de hecho también... fue bastante impresionante. El alcohol en gel,

o sea, todos los protocolos, o sea, se respetaban, que por ahí uno dice, bueno, que Argentina, que se yo, que hacemos lo que queremos. No, bueno, a mí me pareció que se notó que es cuestión de hacerle entender a las personas por qué las medidas que se toman.

- **Perfecto, bueno, eso sería todo, te agradezco muchísimo por tu tiempo.**

Participante 16

- **¿Me podrías comentar en qué puesto te desempeñas?**

Soy psicólogo de este hospital.

- **¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

12 años.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el servicio de salud mental?**

Si, me desempeño en el servicio de agudos, inimputable y guardia, y consultorio externo

- **¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéutica empleadas antes de la pandemia?**

Netamente asistencial, presencial.

- **¿Se vio modificada tu labor durante la pandemia?**

Si, fue un periodo largo, con muchos cambios. Se redujeron muchas labores en algunos dispositivos, trabajamos con cuadrillas, se iban alternando periódicamente nuestra presencia en el hospital, y en tanto se había abierto un sector de COVID el servicio de agudos y de guardias funcionaba con un número de camas mucho más ajustado con lo cual era menor el trabajo, la verdad, en una primera instancia.

Luego de un mes, un mes y medio, de básicamente tomar como medida preventiva, donde el foco estaba más puesto en eso, se empezó a pensar en qué otras alternativas se podían implementar para la atención en el hospital. Con lo cual ahí se abrieron como dos alternativas. Una fue retomar la atención de consultores externos de manera virtual. Y con de manera virtual me refiero a de manera telefónica en realidad. Porque si bien se pensó en la posibilidad de videollamada, no estaban los recursos tecnológicos necesarios, y dada las características de los usuarios de esta institución, se preveía que muchos tampoco contaban con los recursos mínimos como para poder sostener de una manera eficaz ese tipo de comunicación. Entonces ahí se retomó la atención de manera telefónica y en casos excepcionales de manera presencial. Porque había muchas situaciones de riesgo, urgencia o donde la presencialidad era significativa, con lo cual se hacía lugar a ciertas excepciones, no obstante, la atención telefónica era la regla.

Otra modalidad que surgió fue la de la interconsulta telefónica y la consulta de urgencias también telefónica, o por videollamada. Esa en general se hacía, o a veces se hace, por videollamada. Hay un paciente, en general del interior, que dada las restricciones de circulación se hacía como muy difícil que venga, con lo cual el hospital de base de la región en la cual estaba, se comunicaba con nosotros, teníamos una entrevista por videollamada y se daban las indicaciones que se llevaban a cabo en el lugar donde residía el paciente. Eso es algo que, si bien no te diría que se ha instalado de una manera muy marcada, es algo que a veces se apela, sobre todo cuando la distancia, o dificultades como la accesibilidad y la complejidad de casos permiten resolverla con una llamada, con lo cual no es ni tan dificultoso para la familia trasladarse, ni para el Estado disponer de un móvil, personal. Hay situaciones que se pueden manejar en dispositivos de atención de menor complejidad. Eso es algo que se sigue utilizando. Es una intervención más de guardia. Pero antes se derivaba con una hoja de referencia, se llama hoy en día, antes ya se la llamaba y se evalúa, y como que otra alternativa se podría implementar.

- **¿Antes de que venga el paciente del interior o de otro lado?**

Claro, sí.

- **Entiendo, estos cambios que me comentaba, ¿De qué manera fueron establecidos?**

Bueno, me parece a mí que, en diversos lugares, en su momento empezaron a aparecer algunos documentos, algunas sugerencias sobre cómo adecuar la atención, sobre todo del Ministerio de Salud de la Nación. Respecto del Ministerio de Salud de la Provincia en lo atinente a la salud mental o desde la Secretaría de Salud Mental fue como muy irregular y no muy clara la dirección a tomar, con lo cual partió fundamentalmente desde la iniciativa institucional y desde la inquietud de los profesionales, que de alguna manera utilizaban las experiencias que se empezaban a adoptar en otros lugares, o las sugerencias de los documentos de Nación, que eso fue haciendo que en cada uno de los sectores se vayan inventando como nuevas modalidades, sea en la sala, sea en consultorio externo, como hacer con la guardia, o también como hacer con la sala COVID, que era una sala más del servicio del hospital en ese momento.

- **Entonces en un principio se trabajó con los pacientes que viven acá y con quienes estaban internados, cesó la actividad de consultorios externos y luego se retomó la actividad de consultorio externo por atención telefónica.**

Si, los pacientes internos implican tanto el crónico, pacientes de la sala, que están viniendo acá, como las salas de guardia, desintoxicación y servicio de agudos que son lugares donde, si bien hay personas internas, hay un giro de cama rápido, hay personas que están en un periodo breve de tiempo, dos días en la guardia, 10 a 14 días en desintoxicación, o un mes en promedio es sección de agudos, ahí también hubo una readecuación. Y eso fue en paralelo, la cuestión del internado crónico y de estas alas fue en paralelo. Lo que vino después fue como, recalibrar la atención en el consultorio externos. Así un tiempo después.

- **Me comentaba que las interconsultas telefónicas es algo que aún se utiliza con los otros profesionales. ¿Hay alguna otra modificación que se haya implementado durante la pandemia, que al día de hoy aún continúe vigente?**

¿Qué perviven de eso que es ensayado la pandemia? Me parece que, por un lado, la coordinación, evaluación por videollamada. En consultorios externos, la posibilidad de, en cierto tipo de casos, hacer atención telefónica, porque hay casos en donde los pacientes no vienen o no quieren salir de su casa, por cuadro de inhibición, de fobia, de aislamiento, entonces quedó como ese recurso disponible. Si bien, hoy en día también es una excepción, no es que forma parte de la oferta. ¿Viene a sacar un turno? Si, se le da un turno para que venga. Si plantea que, por las características del cuadro, o sea, pueda ser dificultoso venir, bueno, se puede hacer telefónicamente con recursos que en su momento no estaban disponibles. Sí, por otro lado, yo creo que la... Hay algo que sí produjo la pandemia, y en ese sentido creo que sí es un efecto, yo creo que es con revisar cómo funciona cada sector. Desde sus protocolos de seguridad, sus protocolos de higiene, como la posibilidad de pensar que puede haber otros modos. Y eso a mí me parece que, sobre todo en el caso de crónicos, si bien no exactamente igual, si creo que han sido un pie para elaborar nuevas formas grupales, construir espacios como ser las asambleas, cómo transmitir información. En ese sentido me parece a mí que lo instituido en algún punto se vio conmovido por la necesidad de pensar otros modos.

- **Bien, pensando en estas modalidades de atención psicoterapéutica implementada durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, ¿Cómo las definirías?**

Bien. Yo creo que hay como diversas cuestiones que se pueden pensar respecto a la atención virtual. En primer lugar, hay aspectos que tienen que ver con la accesibilidad, que, la verdad que, es de gran ayuda y es un recurso que no requiere demasiada inversión. Casi todo el mundo dispone de este tipo de teléfonos. Entonces, por ahí hay unas barreras de accesibilidad, algunas dificultades para el acceso al sistema de salud, que nos dimos cuenta que puede saldarse haciendo uso de lo que hay, en ese sentido creo que tiene mucha potencialidad.

Pero, por otro lado, me parece que no todo tipo de situación se puede resolver de manera telefónica. En ese sentido, la cuestión de lo telefónico, de lo virtual, vino como a estar la pregunta respecto de qué valor tienen, qué función cumple en la presencia, cuerpo a cuerpo, qué te permite también leer en términos clínicos todo lo que implica la situación de evaluación en un contexto de presencialidad que no lo tenés necesariamente en un contexto de evaluación telefónica donde a veces lo único que tenés es el registro de la voz. Y esto nos matiza, no te permiten ver cómo se acompaña, digamos, el registro de la voz con el registro del cuerpo, si las inflexiones de la voz, si las modulaciones que alguien realiza, con qué tienen que ver, es más difícil evaluar. No sabés si el paciente está alejando el micrófono de la boca o bajando el tono de la voz. Esos detalles clínicos se pierden. Así como, por otro lado, muchas veces toda una consulta presencial en una institución está acompañada de todo un recurso simbólico. Y si bien no hay que caer en la materialidad de la institución, en las paredes del lugar, para muchas personas todo eso tiene su peso, digamos, por el hecho mismo de estar enmarcado, encuadrado en un consultorio, en una institución, en un ámbito que de alguna manera está discursivamente pre delimitado, tiene como todo su efecto de apaciguamiento que hay que evaluar, si son idénticos o no.

En una consulta telefónica, desde la casa, sin esa... No sé qué término usar. Sin esa... Sin ese plus que muchas veces te permite la presencialidad. Para mí, ¿cuál es el reverso de esto? Es que también hay pacientes que no podrían acceder a una consulta si fuese presencial, porque no toleran de igual modo el cuerpo a cuerpo, porque ya lo sienten inclusivo, porque el registro de la mirada se les hace muy complejo, no sé, también para

algunos casos puede ser conveniente, si bien yo entiendo que es más la excepción que la regla, a mí me parece que la posibilidad de la atención virtual o telefónica permite separar todos estos registros que están en juego a la hora de la consulta, y que previamente constituían una dimensión un poco impensada o periférica en la cual uno se detenía mucho. Entonces, también tuvo el valor de reconsiderar todo eso que se pone en juego en la consulta.

- **Entonces que la atención virtual es una herramienta que fue en un principio impensada, periférica, pero que permitió una mayor accesibilidad y que puso en un Inter juego aspecto de la presencialidad.**

Si, con el cual no deja de tener toda su dimensión clínica eso también.

- **¿creés que pudiste realizar intervenciones, o que las intervenciones realizadas surtieron efecto?**

Yo creo que sí. Yo creo que sí, pero que en algún momento requerían de la presencialidad. O la presencialidad era necesaria antes o en algún momento instalarla. A mí parece que fue más operativo, sobre todo en las consultas iniciales, pero que conforme se instala la transferencia o empiezan a aparecer algunas complejidades, es necesario pasar más de esa instancia. De todas maneras, volviendo a la pregunta, yo considero que ha sido un recurso útil y eficaz que ha permitido, por un lado, descomprimir los servicios de la institución. Por otro lado, permitió, digamos, como en medio de todo un contexto de temor e incertidumbre, un canal como para reconducir algunas demandas donde corresponde, para realizar psicoeducación, para realizar una contención específica, muchas consultas que tenían que ver con la situación ligada a la pandemia. Y sí, me parece que había una limitación en los casos más complejos, ahí el paso a la presencialidad era necesario. Un recurso que se puede usar transitoriamente, no de una manera prolongada.

- **¿Entonces sería necesario el análisis de caso por caso?**

Sí, según el caso, me parece que también según la complejidad, porque no es lo mismo una consulta por un cuadro de ansiedad asociado al contexto, que una psicosis con tendencia a la actuación, o un cuadro disociativo, en ese punto viene de mano a la complejidad, a menor complejidad, mayor posibilidad de eficacia y de resolución, a mayor complejidad, parece que menos posibilidades.

- **Bien, pensando en este concepto, ¿qué imagen o recuerdo se te representa sobre la modalidad de atención durante el periodo de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio?**

En primer lugar, como cierta incomodidad, en el sentido estar con un terreno nuevo al menos para mí, me parece que para la mayoría fue como la primera experiencia de asistencia remota, telefónica, virtual. Entonces hubo un primer momento que era complicado todo, la adaptación, de inventar modos y de la necesidad de conversar también con los compañeros, que iba ocurriendo en ese proceso. Por otro lado, así como... Imagen, ¿no? Por ahí es, más que la imagen, es la falta de imagen. Los pacientes nuevos, los pacientes que no conoces. A veces ante la imposibilidad de ponerle un cuerpo, una cara, un contexto, hay ahí como toda una serie de aspectos que no puedes inferirlo solo por el relato, para mí más fue como la falta de imagen. No lo veo como algo negativo. Un elemento que no estaba y que, si bien por un lado neutraliza prejuicios, y por otro también

es que no saben ni cuál es el contexto, ni a qué nivel socio económico viene, hay un juicio que uno no tiene. Y eso hace que no comprendas tan fácilmente algunas cosas. Es un trabajo extra también poder construirse una imagen medio global de cuál es la situación en distintos aspectos. Primero es esa idea la que se me viene a la mente. Después había esas imágenes que se duplicaban, es decir, el aislamiento en la calle se reproducía acá, poca gente, camas vacías, consultorios silenciosos. En ese sentido lo que pasaba afuera también pasaba acá. Los temores que tenía la gente, muchas veces tenían también los profesionales, que tenían que dar respuesta a cuestiones que también los estaban afectando.

- **Respecto a lo que me comentaste de que te comunicabas directamente con los pacientes, ¿cómo fue el proceso por el cual obtuviste el número de los mismos?**

Lo que se hizo en su momento fue rastrear las historias clínicas. En los casos donde había el número, pues se lo registraba a la historia clínica virtual y se adoptó como un criterio de consultorios externos que cada vez que alguien iba a sacar el turno, tendría que verificar si estaban los datos. Si no estaban, se registraban y/o se constataban si ya estaban. Sin esos datos, es imposible la atención. Era algo que no nos ocupaba nosotros los profesionales, sino la gente que... Los administrativos que reciben los llamados o el pedido de turno. Buscamos el número desde la historia clínica y llamamos. Inicialmente desde el teléfono del hospital, después con el teléfono nuestro, el particular, algunos llamaban en privado, otros llamaban con su propio número, porque pasa eso que si te llaman en privado no te atienden, traía aparejada alguna complicación porque, una vez involuntariamente el paciente de repente tiene un número, a veces llegaban mensajes, demandas que tendrían que seguir un curso institucional, con un curso personal. Pero bueno, es un efecto secundario de adoptar una medida de urgencia.

- **Bien, ¿qué ventajas podrías reconocer de la aplicación de estas modalidades de atención?**

Un poco lo que te decía, la accesibilidad, la facilidad como para articular con la red de atención del lugar de origen. Por otro lado, en cierto perfil de casos, donde predomina el aislamiento, cuando, por ejemplo, no puede salir, o donde la mirada o la presencia de cuerpos le hace un efecto costoso, el teléfono como que instala una mediación ahí que hace posible que la entrevista sea de otro orden, menos inquietante para el paciente. Y eso es lo que me parece que es fundamentalmente. Si, no se me ocurre otra cosa.

- **¿Y dificultades?**

Y las dificultades me parece que tienen que ver con que hay una serie de detalles clínicos que al menos en una conversación telefónica no tenés. Que van desde la imagen, la correspondencia entre lo verbal y lo afectivo, los signos extralingüísticos. Todas esas pequeñas conductas que en definitiva son como pequeños datos clínicos de toda esta evaluación. Eso me parece dificultoso. Y, por otro lado, la cuestión también de accesibilidad. No todo el mundo tiene teléfono, no todo el mundo se siente cómodo en el teléfono, No todo el mundo tiene un lugar cómodo, silencioso, sin que esté la familia, el marido, el vecino, interviniendo de alguna manera en la privacidad o la situación de intimidad que permite el consultorio, y esa discontinuidad con el contexto habitual que también permite ir hasta otro lugar, eso me parece que puede ser una dificultad.

- **Entiendo. Como ventajas también me habías comentado la accesibilidad. En este caso, ¿la accesibilidad sería poder acceder a la terapia?**

Claro, sí, a eso me refiero, a alguien que pide, por ejemplo, no sé, Santa Victoria Este, la avenida Estacada, tiene que tomarse un colectivo, un remís, coordinar con una ambulancia y perder dos días. Con una llamada telefónica, en media hora ella deja su trabajo, sus hijos, su casa, puede tener la entrevista.

- **¿Qué valoración podrías darle a estas modalidades implementadas?**

Para mí fue un poco positivo su implementación, si bien yo pienso que es un poco lenta, tanto el cuándo se implementó, y en hacer los ajustes administrativos necesarios como para que sean localizados de manera eficaz. Que si en el hospital te ponen teléfono, que siempre que tenga línea o que tenga internet, que estén los números del teléfono, ese tipo de cosas que son organizacionales, administrativas, eso que algo que no es tan complejo se dilate o nos lleve como tiempo mucho más prolongado de lo que correspondía. A la hora de la asistencia, estuvo bien, ¿no? Había ese aspecto organizacional que veo como un cierto fallo.

- **¿Y por los pacientes también fue bien recibido?**

Sí, sí, en general sí. En general se entendía cuál era el contexto, las indicaciones, y la mayor parte de los casos estaban agradecidos de que se haga esa posibilidad. En el hospital algunas veces se las ingenie como para que no pierdan su tratamiento.

- **¿Habría alguna conclusión que podrían sacar respecto a estas modalidades de atención?**

Yo creo que lo que nos deja, lo que se inventó durante la pandemia es la posibilidad de utilizar otros recursos. Que hay múltiples situaciones que no se ajustan necesariamente a la oferta del hospital, pero que, haciendo lugar a la excepción, a las alternativas, uno puede dar respuesta a una serie de demandas que, si se seguían, si se ponían rígidas en términos institucionales, quedaría sin resolverse y luego se retorna de una manera más compleja. Se retorna con los suicidios, se retorna con las crisis por guardia, se retorna con violencia intrafamiliar. Por eso el Estado tiene que ver la manera de amplificar su oferta como para dar respuesta a todo lo que hay, a las demandas heterogéneas de la comunidad. Y ver que eso podría mejorarse.

- **Que interesante planteo. ¿Algo más que consideres que sea importante, que quisiera agregar y que no te haya preguntado?**

No, creo que ya estamos.

- **Bueno, eso sería todo, muchas gracias por tu tiempo.**

Participante 17

- **¿Cuál es el puesto en el cual te desempeñas actualmente?**

Soy Médico psiquiatra de este hospital.

- **¿Cuál es tu antigüedad en el puesto?**

Tres años y cuatro meses.

- **¿Cuáles son las funciones que desempeñas diariamente en el puesto?**

Lo que sería consultorio externo, atención con pacientes ambulatorios, que es una atención que se brinda por la tarde, a partir del mediodía y a la mañana es interconsultas de servicios y pacientes internados. O sea, pacientes internados que requieran una asistencia psiquiátrica.

- **¿Cuáles eran las modalidades de atención terapéuticas que utilizabas antes de la pandemia?**

Esta, que es la actual. O sea, previo a la pandemia y la actual, es decir presencial, ya sé retorno a la presencialidad, sí.

- **¿Se vio modificada tu labor con la pandemia?**

Sí, muchísimo.

- **¿Cuáles fueron las modificaciones que se implementaron en tu tarea?**

Se realizaba atención presencial por demanda espontánea. Así que acudían al hospital a pesar de las restricciones que había en circulación, ¿se acuerda? Y a pesar de ello, igualmente se atendió de manera presencial.

Después lo que era la atención ambulatoria se realizaba de manera virtual. O sea, por medio de teleconferencias y llamadas.

También se siguió realizando la atención a pacientes internados. O sea, que eso no se modificó lo que era demanda del hospital, lo que sería, las interconsultas médicas con psiquiatría. Así que consultas médicas, eso no se modificó en absoluto. Y entonces, también se realizó la atención a pacientes internados, seguían siendo presenciales con el equipo de protección personal y todo el resto de cosas.

En algunos casos, cuando eran casos confirmados, de COVID, y de altos riesgos más bien para el paciente, más que para el personal de salud, por ahí se brindaba el teléfono y se hacía la comunicación virtual. O sea, se decía que el paciente tenía que tener el teléfono, entonces se hacía videollamada sin la necesidad de tener que colocarse todo el equipo de protección personal para tener acceso.

- **¿Siempre fue por videollamada o también por llamada telefónica?**

Por videollamada y también por llamada telefónica.

- **Entiendo, ¿De qué dependía que fuese videollamada o llamada telefónica?**

Más que todo era la capacidad del paciente de poder tener acceso a internet. Muchos pacientes no tenían un pack de datos, o wifi, ¿no es cierto? Por lo general, son pacientes de escasos recursos, entonces no tenían internet en sus casas, sino más bien de su celular, ¿no? de un pack de datos. Entonces, se les cortaba o no tenían, y nosotros tuvimos que acudir a llamarlos desde nuestros propios teléfonos.

Nosotros brindamos nuestros teléfonos a todos los pacientes durante la pandemia, y había un teléfono que era del servicio, entonces, solicitaban atención psiquiátricas o psicológicas, y nosotros, a través de los teléfonos particulares, los llamábamos a los pacientes.

Nunca se nos dio un teléfono institucional a cada uno, que hubiera sido lo ideal, ¿cierto? Entonces, teníamos un teléfono como solicitud de atención, que estaba publicado en la página del hospital, y por medio de ese teléfono recibíamos las demandas espontáneas de los pacientes que solicitaban atención de salud mental. De alguna manera fue fácil contactarlos, porque día a día leíamos nosotros las planillas de turno que habíamos solicitado, entonces, en esa planilla de turno, teníamos los teléfonos de acceso y nos podíamos comunicar con el paciente.

- **¿Cómo prosiguió la atención?**

Continuamos así hasta que se pudo empezar a habilitar la circulación de la población común. Calculo que retomamos de manera normal en septiembre. Igual seguimos manteniendo la comunicación telefónica bastante tiempo después, voy a decir que, hasta marzo del año 2021, más o menos.

Una de las primeras cosas que hicimos, más o menos en marzo o por esa fecha, eso te lo puede decir la jefa del sector en qué fecha fue; fue una de las primeras medidas, terminar con ese celular de contacto que era del servicio, que en realidad era un celular que lo donó el doctor X. Él donó un celular del servicio, y por medio de ese celular, bueno, se comunicaban los pacientes; pero creo que más o menos en esa fecha, marzo del 2021, se lo suspendió, se corta la atención, se avisa un tiempo antes que se iba a cortar la atención por medio de ese celular, hasta que dejó de funcionar y ya el paciente volvía a retomar la vía normal de atención que es por medio del turnero, que es por ventanilla.

- **Entiendo ¿De qué manera fueron implementadas estas modificaciones que me comentabas?**

Fuimos pioneros dentro de los sectores del hospital, fuimos pioneros en la asistencia virtual. Si no fuimos el primero, fuimos uno de los primeros en los servicios o bueno del sector, porque no tenemos la calidad de servicio, sino de sector. Pero sí fuimos el primer sector que implementó la asistencia virtual. Esto fue por contactos del doctor X que estaban en China, con algunos amigos, colegas de él, que comentaba que la atención allá en China había comenzado a ser de manera virtual, inclusive la población pediátrica, control de niños sanos se hacía en forma virtual, y bueno, nos pareció buena idea implementarlo acá también. O sea que cuando esto fue en diciembre, ya en febrero de 2020, nos estábamos preparándonos para lo que se venía. Y fue en marzo de 2020 que se aplicó este sistema de atención virtual.

- **Perfecto, entonces estas medidas fueron principalmente tomadas por ustedes, por parte de los profesionales.**

Si, así fue.

- **¿Hubo algún lineamiento del hospital o del ministerio de cómo seguir?**

No, no, fue simplemente ingenio, poder saber también cómo se trabajaba en otros lugares del mundo en salud mental. De alguna manera teníamos un amigo en el mundo,

y en el sentido de que veíamos por medio de este amigo del doctor X, podemos ver cómo era la atención en China, o sea con más o menos cuatro meses de anticipación. Entonces copiamos de alguna manera lo que fue esa atención, nos capacitamos en todo ese tiempo, nosotros con el doctor X nos tocó muy de lleno en el sentido de que esperábamos un desborde social, más que otra cosa. Igual nos fuimos capacitando para esa posible demanda sobre exagerada, por así decirlo, porque no se dio tal cuestión, esperábamos más que todo, crisis de excitación motriz, personas con agresividad, por ejemplo, ante el fallecimiento de alguien familiar o ante alguna asistencia de algún familiar. Entonces eso hizo que nosotros, no sé, como que nos pusimos un poco paranoicos e hicimos de más, nos preparamos como para lo peor pensando en lo mejor.

Y bueno, por suerte fue algo término medio, no es que fue muy tranquilo, pero por suerte no fue esa demanda desbordada que pensamos que sería.

- **¿Todo el sector se preparó de la misma manera?**

Particularmente nosotros como médicos psiquiatras, nos pusimos a leer mucho de literatura extranjera, sobre la enfermedad en sí, todo el tema del temor a la muerte y el riesgo de vida para los personales. Entonces nos pusimos a leer de literatura médica, de medicina clínica, medicina interna, se dice más correctamente.

Después con el día a día, íbamos adaptándonos a lo que iba surgiendo. Mucha demanda espontánea, a pesar de las restricciones de movilidad que había. Particularmente yo vivía en Cerrillo, sin embargo, tenía que pasar cinco controles de policía, para poder acceder al hospital, siendo médico y teniendo las correspondientes autorizaciones y demás, con problemas, en algunos casos con cierto abuso de autoridad por parte del personal policial, por ejemplo, de frenarme, de demorarme, de no poder llegar a horario a mi jornada laboral. Cinco controles que tenía que pasar a Cerrillo, y la gente, la población, los pacientes, aun así, no sé cómo hacían, pero llegaban de manera espontánea a la puerta a solicitar atención, más que todo psicofármaco, medicaciones psicofarmacológicas.

- **En ese caso, cuando llegaban las personas con demanda espontánea, ¿se le brindaba la atención presencial o remota?**

No, en esos casos, nosotros brindamos la respuesta a la demanda espontánea, en la sucinta, muy corto, en entrevistas breves, y más que todo, como te digo, iba apuntando a la demanda por el tema de psicofármaco. Muchos pacientes, dependientes de lo que son las benzodiacepinas, que son medicaciones ansiolíticas. Ese es el paciente que... yo los llamaba los zombies, porque era impresionante, tenía que pasar por cinco controles, casi que me detenía en uno, no podía venir al hospital siendo médico y sin embargo, los pacientes estos, caían como si nada, no sé cómo hacían para evitar esos controles, que habían cuerdas, y cuerdas. Tengo una casa, acá en el centro, y también tenían que pasar por dos o tres controles. Y sin embargo, los pacientes estos, evadían de esos controles, caían en espontáneo para poder conseguir estos ansiolíticos. Muchos pacientes dependientes de las medicaciones ansiógenas.

- **¿Alguna de estas modificaciones que me comentaban, continúan siendo sostenidas en el servicio?**

Se brinda atención virtual en casos concretos, particularmente yo tengo solamente una paciente en modalidad virtual, que es una obesa mórbida, que no se puede trasladar, le es muy dificultoso trasladarse al hospital. Ella está en una modalidad que se llama internación domiciliaria del hospital este, entonces se le brinda asistencia remota. En mi caso es en uno solo.

Esto si estaría bueno si lo quieres poner, fue lo que nosotros vimos en general, no sé, creo que puede ser que hablando por todos, que hubo una disminución en la calidad de atención por medio de la virtualidad. Se volvían demandas subjetivas del paciente, ¿no?, las quejas subjetivas, las demandas subjetivas, no realmente una demanda genuina, ¿no? Sin hablar... como lo podría decir de la... o sea, de lo discreto del paciente, en el sentido de escribirnos a cualquier hora, a cualquier día, hubo una ruptura de los lazos, podría ser convencionales, de alguna dimensión, ¿no? Es decir, la demanda se desbordó en días no laborales, en cualquier hora, horarios no prudentes, ¿no? de comunicación. Entonces, costó mucho reeducar al paciente, a retomar las líneas habituales ¿no? Porque si bien se le brindó esa comodidad, que no era una comodidad, era una respuesta a una situación epidemiológica, se aprovecharon de esa situación y se le dio algo cómodo. El paciente como que te pedía que lo llames, lo llamaba y estaba recién despertado, o te atendía desde la cama, no sé qué yo. O sea, no había un encuadre terapéutico. Eso fue lo que vimos después, que fue, o sea, que la atención virtual, particularmente, la calidad descendió por falta de encuadre terapéutico. Sí, ellos necesitaban el turno y todo, pero te atendían desde el baño.

Pero eso fue en la segunda etapa, ¿no? la atención virtual duró casi un año, fue en la segunda mitad, de lo que iba a ser, que creo que fue el segundo semestre, a los seis meses, por así decirlo, de la pandemia, ¿no? Se empezó a entrar de alguna manera, la gente ya empezaba a violar los espacios de control, de circulación que no debía haber, la gente empezaba a abrir los negocios, a salir a la vereda. Entonces la gente ya empezó a salir de nuevo, pero yo particularmente vi esa falta de encuadre y comodidad del paciente, ¿no? de solicitar el turno, que me manden la receta, pero particularmente, yo diría que no había esa demanda genuina, ¿no?

- **Entonces al inicio de la pandemia, cuando las restricciones fueron más estrictas, se atendía virtualmente y existía un respecto del encuadre por parte de los pacientes, y luego esto cambió.**

Claro, yo creo que ahí hasta fueron de alguna manera agradecidos, los servicios directamente cerraron sus puertas, no atendieron a nadie. Tengo entendido que en quirófano, por ejemplo, estuvieron cerrados no sé cuánto tiempo, pero las intervenciones programadas se cancelaron, las que no son de urgencias se cortaron, muchos servicios quedaron de alguna manera cómodos ante la pandemia, cumpliendo horarios directamente virtuales y no brindando atención.

Nosotros fuimos los que más trabajamos, creo que nuestro servidor fue el que más trabajó por lo menos en la primera época, pero al final fue el que más trabajó.

- **Y posteriormente, a seis meses, la demanda...**

Se fue desvirtuando, ahí es donde se empieza a desvirtuar, se cayó en esta comodidad por parte del paciente, que me tiene que llamar, que tiene que mandar las recetas, perdiéndose el encuadre terapéutico.

- **Respecto a las recetas electrónicas, esa fue otra modificación que se realizó durante la pandemia, ¿verdad?**

Si, que nos permitieran hacer recetas electrónicas en el hospital fue algo muy práctico hasta que se desvirtuó por comodidad. Yo creo que la comodidad fue lo que hizo que no se siguiera ese modelo de atención virtual

- **¿El uso de las recetas electrónicas se sigue utilizando?**

No, se perdió la vigencia en todo el país, tanto en este mismo hospital como en otras farmacias, no se permite, no se recibe la receta virtual.

Lo que pasa es que tiene una falla la receta virtual que es, que permite un duplicado, la impresión, por ejemplo, y un potencial de adicción que pudiera generar las benzodiazepinas o ansiolíticos; imprimir varias recetas y poder comprar en varios lugares el mismo medicamento. Entonces, yo creo que ahí es donde se pierde. Si bien fue algo que fue una cuestión de urgencia, en un país de tipo epidemiológico, se recurrió más que todo a la buena acción de la población civil, o sea, de lo pacientes, pero después también siempre tuvo la posibilidad de generar esta cuestión de abuso, desde el punto de vista del abuso de psicofármacos, particularmente de lo que tienen un potencial adictivo. O sea, con una receta podían comprar en una farmacia y en otras farmacias otra vez, ya que no había un sistema unificado de la receta y de la dispensación de medicamentos. Hay otros países que lo tienen, que cuando se dispensa un paciente, queda registrado en un banco nacional, o sea, es un banco en el que se puede saber si el paciente ya retiró, obviamente, en la administración de acá, en Argentina, ni siquiera se discute.

En otros países, por ejemplo, yo cuando entro, el sistema de las clínicas está unificado, entonces yo entro, y veo que el paciente ya retiró del Ragone el clonazepam, el rivotril, entonces, cuando me viene a solicitar, yo ya sé que retiró el rivotril, o sea, queda en mí si yo se lo voy a recetar o no. Eso, al no estar unificado en todas las clínicas, se puede generar esta situación, que las recetas virtuales están duplicadas y encontrar, de manera excesiva, un psicofármaco, ¿no? Que son, no por algo, son medicamentos de bajo doble de receta, porque tienen sus riesgos, pueden generar dependencia, se puede utilizar como un medio para suicidarse, son placenteras, como se dice, ¿no? Entonces son un mecanismo que se puede usar con un fin terapéutico o que puede ser usado de manera autolesiva.

- **Entiendo. Me comentaste que esperaban una demanda social desbordada. ¿Cómo fue esta demanda con la que se encontraron?**

Lo que más vimos fue trastornos, como te dije, esa demanda desbordada era esperar crisis o situaciones psicomotrices frecuentes, a diario, o desbordes emocionales que llevaran a la dependencia de los pacientes, sin embargo, no tuvimos nada en eso. Fue todo un ataque al pánico, todo lo que es un trastorno de ansiedad, un desborde de trastorno de ansiedad y depresión. O sea, trastorno de ansiedad y el que era de mayor urgencia, por así decirlo, fue un ataque de pánico y después tuvimos los trastornos de depresión. Fue lo que más se dio. Pero no requería más urgencia como nosotros pensamos.

- **Entiendo. Pensando en las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el aislamiento social obligatorio y preventivo, ¿Qué concepción, qué definición podrías dar de las mismas?**

Fue una atención altruista, si te digo así. Totalmente altruista, porque como te digo yo, fue perder los horarios habituales de trabajo, o sea, perder el horario habitual de una jornada laboral y tener demanda a cualquier hora, cualquier momento del día, sin medición de lo que era la verdadera urgencia por parte de los pacientes. Contactarse por fines secundarios, incluye la demanda que no respondía particularmente a la salud mental. Los médicos también nos demandaban, si les podíamos recetar el antihipertensivo, que en muchos casos yo estuve... esa amabilidad, por así decirlo, de recetárselo, porque bueno, entendía que si no la tenían podrían tener complicaciones peores, ¿no? Pero, por ejemplo, pacientes que no hubieran quedado por otros servicios, por ejemplo, especialidades médicas, habían quedado abandonados.

Solicitar atención de familiares, o como digamos, una vía de contacto con personal de salud, solicitar atención pediátrica, el médico general no tiene conocimiento, ¿no?, o que no corresponde. Como te decía yo, por ejemplo, pacientes intensivos, antidiabéticos orales, o sea, hubo mucha demanda de ese tipo. O simplemente, no sé, mandar gráficas, mandar... “Buen día, que Dios te escucha, te quiere, te ama”, ese tipo de memes, ¿no? Era despertarse con 40 mensajes todos los días, 40 mensajes de mañana, 40 mensajes de media tarde, a la noche no 40, pero capaz que 10, domingo, feriados, no había distinción. Para mí fue un grave error el no protocolizar... que no haya celulares institucionales.

Costó muchísimo volver a reeducar al paciente, a tomar las líneas habituales de atención, que hasta el día de hoy siguen solicitando turnos por medio de nuestros celulares particulares, porque nunca se brindó celulares institucionales, nunca se brindó acceso a un celular de servicio.

Usábamos con el doctor X, el celular que él donó, ese lo dejábamos aquí (en el hospital), el tema que a medida que íbamos haciendo las atenciones virtuales desde la casa, yo me agarré COVID, seguía desde mi casa, nunca se me cortó un turnero. O sea, creo que hubo algo que en un momento detonó en la pandemia que es: ¿quién cuida a los que nos cuidan? Esa frase, sí se vivió, yo si sentía eso, se vivía eso. O sea, con COVID en casa, si bien no tuve un COVID grave en mi caso, pero tuve que estar atendiendo igualmente desde mi casa, no fue nada placentero, ¿no?.

Y después fue lo otro que te dije yo, de la falta de norma social, de falta de educación por parte de los pacientes, que escribían a cualquier hora del día, a cualquier día de la semana, feriados, fin de semana, por sus quejas subjetivas, que para nosotros son estupideces, son cosas irrelevantes. Se murió mi tío, y bueno, si, a nosotros se murió colega, no estábamos llorando por eso, entonces desbordes emocionales por estupideces, y bueno, se murió un viejo de 80 años, no sé. O sea, cosas que no correspondían, inclusive a los que llegaban a dar nuestros teléfonos, a nuestros familiares, amigos, gente del barrio. No se cuidó, lo que siento es que el paciente no cuidó tampoco a sus terapeutas, ¿no? Y te puedo decir que una gran mayoría. Muy pocos contados, contados con dedos de las manos, los pacientes que realmente tuvieron cortesía de escribir en horario prudentes, llamar. Inclusive, llamar, por cualquier cosa, llamar para solicitar a donde podían llevar a un familiar que tenía COVID, que le había dado positivo, por ejemplo, toda una familia desbordada. La gente estaba muy poco preparada, yo podría decir que bajo el nivel de instrucción de la población, muy extremadamente bajo el nivel de instrucción de la población.

- **¿Cómo fue la reeducación con el paciente?**

Costó muchísimo, costó peleas con pacientes, sobre todo por el desborde emocional, volviendo a poner los límites terapéuticos, a volver a enmarcar la atención a salud mental. Costó, inclusive, gente que se le brindó acceso al sistema de salud, no formando parte del sistema de turnos operativo, o del sistema, por ejemplo, de algún momento que tuviera que esperar, una hora, un hora y media. Yo soy muy puntual, muy puntilloso con los horarios de atención, a la paciente le dijeron que tiene que estar una hora antes de las 12:00, yo empiezo a atender a las 12:00, pero capaz que la esté atendiendo a las 3:10, por ejemplo, yo voy siguiendo el orden, eso me figura a mí, inclusive, lo del sistema. Y a partir de las 3:10, me hicieron desplantes con violencia verbal. Costó mucho eso. O sea, vimos como una falta total de agradecimiento a la atención mental.

- **Entiendo. Considerando lo que me comentaste, sobre tu concepción de esta atención durante el aislamiento social obligatorio, fue altruista...**

Altruista, pero no como algo bueno. Altruista en el sentido de que de autodestrucción, también. En el querer ayudar, creo que nos hemos quemado, nosotros como equipo. O sea, nosotros hemos visto desde esa perspectiva, literal de la palabra, o sea, en el sacrificarse por otros. Al menos yo lo diría así.

- **¿Podríamos decir que requirió un sacrificio por parte de los terapeutas?**

Si, por el tiempo, no disponer de horarios marcados de jornadas laborales. Hay gente que con eso estuvo cómoda, pero yo no, yo soy muy puntilloso, me gusta comenzar mi trabajo y terminarlo, y otras cosas. Hay gente que es más relajada, empezaba a atender al mediodía y estaba con sus hijos, pero no, yo soy diferente, para mí fue pésimo. Pésimo para mi propia salud mental, al menos eso creo, también de mi equipo. Como te digo yo, hasta el día de hoy seguimos recibiendo demanda subjetiva de parte de los pacientes, desde aquella vez que quedaron con nuestros celulares, que son celulares que no podemos cambiar, porque son celulares también de atención privada, o sea que si se hace el cambio, implica también tardar en mantener a los pacientes, por así decirlo, de la parte privada, ¿no? Entonces no se pudo hacer ese corte.

Fue poco inteligente, como te digo yo, llamar de nuestros celulares privados. Esa fue la principal división, ¿no? De lo que es privado, o sea, el ejercicio privado de la profesión y el ejercicio público. El ejercicio privado, por ejemplo, el paciente, no sé si ese es el enmarque que uno le puede dar o el nivel de instrucción que asiste, que al final también viene a la mano muy lo económico con la instrucción, porque el paciente de la parte privada no molesta, no tiene esa falta de respeto, ¿no?, de escribir un domingo a las 8:00 de mañana, o un domingo hasta las 2:00 o 3:00 de la madrugada, ese tipo de atención no sirve.

- **Entiendo, ¿crees que la atención que se brindó en ese momento, puede tener efectos en el tratamiento?**

Sí, sí, tuvo sus efectos en los pacientes, fue efectiva si, pero como te digo a costa de quemarnos. Particularmente, yo podría decir que lo tengo que ver en terapia. O sea, si el paciente se atendió, se le brindó los medicamentos, los tratamientos. (Tocan la puerta con mucha fuerza), ves, este tipo de falta de ética, de falta de respeto, de instrucción, en el momento de la respeta. (Atiende). Son pacientes particulares, pero bueno, eso hasta el día de hoy se sigue viendo, eso de venir después de hora, tocar, mi horario de atención ya

terminó. No hay quien te cuide, ponele hoy yo tenía que atender ocho pacientes, y no son solo ocho, vienen también colegas que vienen a pedir y los tengo que atender. Por eso te digo, no hay quien cuide a quien cuida, eso es lo que yo veo, y sobre todo en el sistema público

No hubo ninguna medida resarcitoria para nosotros, las condiciones laborales para el médico al menos, los honorarios, los ingresos nuestros son pésimos, estamos equiparados a ganar lo mismo a alguien que tiene cinco años de formación, yo tengo siete de entrada, más cuatro de especialidad y no hay diferencias por la especificidad, basta con que tengas cuatro, o cinco años de alguna carrera profesional y ganas lo mismo. Entran todos a lo que se llama sistema P1, todos los que sean profesionales P1 ganan lo mismo en el sistema de salud que nosotros. La responsabilidad que nosotros tenemos es mucho mayor y no paga lo mismo.

Eso sería más o menos lo que fue la atención.

- **Pensando en la atención brindada y la concepción que formulaste ¿qué imágenes se te represento mientras me lo comentabas?**

Hay hechos objetivos, ¿no? Más allá de lo que yo pueda decir, que es subjetivo, hay hechos objetivos, por ejemplo, una de mis colegas se separó durante la pandemia, por el estrés... se separó, se entiende. Puede parecer un hecho simplemente aislado, yo también me separé de mi pareja...

Yo creo que fue más que todo la falta de muchos. Yo se que si es una población un poco educada, no esperé que haga cosas brillantes, menos en una situación crítica. Justamente una población que procedió con lo que pudo y con lo que tenía. Se le decía que no se movilicen y caía acá, eran todos zombies que yo le decía. Todos los días venían los guardias de seguridad, por hasta ellos sufrieron, me venían a llamar, a cada rato me venían a avisar de que había gente abajo solicitándonos atención, no estaban claro los criterios de urgencias, salvo para nosotros que estudiamos medicina, creían que todo es urgencia, todas eran urgencias subjetivas, como este hombre tocando la puerta, todo es urgencia subjetiva, pero no son tantas las verdaderas urgencias psiquiátricas. Hay dos urgencias psiquiátricas verdaderas en salud mental: el intento suicidio que se está por consumir y/o la excitación psicomotriz; y eso justamente no hemos recibido absolutamente nada durante la pandemia, al menos no en una cantidad en la que nos acordemos, porque si tuvimos una o dos, pasaron desapercibidas por la cantidad de demandas subjetivas

- **Bien, pensando en el concepto que me brindaste sobre las modalidades de atención psicoterapéuticas, ¿qué imagen se te represento o se te vino a la mente?**

Esto que te decía de los mensajes, que tenía todo el día como 40 mensajes, si, muchos memes, por ahí eran solicitando turno, que hasta el día de hoy seguimos teniendo resabio de gente solicitando turno.

- **¿Estas serían las imágenes principales que se te representan al pensar en aquella atención brindada?**

Sí.

- **¿Habría alguna otra que te gustaría agregar?**

No, creo que fue pérdida de... del amor a la profesión, por este tipo de comportamiento por parte del paciente. El paciente éste que no se ubica, con las quejas, con las demandas subjetivas.

Yo, como te dije, para mí fue una situación en la que realmente nos quemamos, o sea, de burnout. Particularmente yo, por hablarte de mis colegas, podría decirte que pasó en un momento difícil. Igualmente, estaba preocupado por mi colega... de que pudiera atentar contra su vida y cosas así. O sea, fue mal manejado, creo yo. Mal manejado por sobreponer el instinto de querer ayudar al paciente. Otro servicio fue distinto, la municipalidad cerró un año, cerró un año; se te vencía el carnet y no podías manejar, y estaba cerrado, no podías renovar; querías presentar un plano de tu casa y no podías; cosas que se tiene que encargar la municipalidad y por un año no se pudo. Hubo injusticia, eso también se puede decir, mucha injusticia, en el sentido de lo que me refiero es a injusticia social. O sea, ves, un municipal se pudo tomar un año entero sin ir a ni siquiera pisar sus lugares de trabajo, ni siquiera llevarse trabajo, de decir me llevo los planos a mi casa y a lo hago desde mi casa. Una injusticia social. Y así otros organismos públicos igual, que ganan más que nosotros. Pero creo que es injusticia social, laboral.

- **Puedo entender a lo que te referías con cuidar a quien cuida**

Sí, yo creo que eso es lo que faltó, ¿no? O sea, no servía de nada esos aplausos virtuales en las calles.

Yo me fui a aislar, por ejemplo, hablando de eso, me fui a aislar, me fui a vivir en el fondo de la casa familiar porque tenían miedo de que los contagiará. Pasaba caminando y pasaba limpiando detrás de mí, cuando yo pisaba, mi propia familia, ¿no?

- **Qué fuerte imagen la que me describís.**

Sí, por eso te digo, para mí fue demasiado, o sea, fue injusto, no fue demasiado, por ahí fue más trabajo cuando estos sectores de la sociedad se aprovechaban de la situación para justamente no trabajar...

- **¿Qué sensaciones te generan estas experiencias?**

Sensación de injusticia social, laboral, no hubo resarcimiento a quienes estuvimos trabajando.

- **Entiendo, ¿Pensás que hubo alguna ventaja en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas?**

Creo que los pacientes que realmente respetaban el encuadre terapéutico a pesar de lo virtual, la verdad que se sintió práctico, uno podía estar en su casa tomando un mate, con ropa entre casas, ¿no? De esa manera, podría hacer la atención como más amena, ¿no? pero fueron dos de cada diez pacientes. Que realmente esperaban ser llamados, que los veían, que estaban bañaditos en su casa, que estaban en un lugar de la casa, que se podía hablar, que se podían expresarse, habían resguardado su intimidad para la videollamada.

En cambio, los otros pacientes, que estaban con los niños ahí saltándoles a la cara, no lo hicieron, o no podías hablar porque estaba el marido al lado. Entonces, salir de eso es lo que se llama la pérdida del encuadre, se veía interrumpido por el perro, por los hijos, por el marido, o porque simplemente estaban haciendo otra cosa, te escuchaban por el teléfono, mientras lavaban los platos. Eso es una falta de respeto, ¿no? una obstrucción, que no sé si se pueden llegar a dar cuenta, que eso es una falta de respeto. Y si uno lo llama, con una buena proposición, para brindarle atención virtual y están lavando los platos como si no les pasara nada.

Creo que es un momento que, mínimo, cuando uno va a un médico se baña, se lava los dientes, y eso es lo que no se veía del otro lado, ¿no? En el caso de las personas a quienes les brindamos atenciones, dos de cada 10 sí, que normalmente esperaban, te mandaban un mensajito que decía: doctor lo estoy esperando, cuando pueda llámeme o los niños esperaban, no se llamaban cuando se fue.

- **Esta pérdida del encuadre sería una dificultad, ¿cierto?**

Claramente.

- **¿Qué otras dificultades reconocen en la aplicación de estas modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Principalmente los horarios de atención. O la privacidad profesional, ¿no? se comunican a tu celular por cosas irrelevantes.

También estuvimos muy expuestos, por culpa de eso, porque por ahí nos comentaban situaciones de vecinos, familiares que se quieren matar, desde el momento en que plantean situaciones de ese tipo, uno tiene que generar cierto accionar porque no pueden desentenderse, ¿no? Mi sobrino se quiere matar, ¿no?, se quiere matar, no consigue atención. Eso también fue una falla, que el Hospital Ragone, que, siendo referente en salud mental, no sé, se vivió como que no hicieron nada. O algunos profesionales quedaron recargados y otros se tomaron un palo, como se diría, ¿no? Esto que te decía yo, de que se aprovechaban de la situación. Un paciente me decía que, si ya fue al Ragone, que no me dijeron nada, no me pudieron atender, no hay nadie, la puerta cerrada, mi sobrino me dice que se quiere matar ¿Qué puedo hacer? Venga señora, pero de manera presencial, vengase mañana, o sea... esas si eran verdaderas urgencias, sí era una urgencia, pero que no la teníamos nosotros, porque otra de las cosas que se hizo fue que se perdieron las áreas operativas. La idea de esto es que el sistema de salud está organizado y si dice que tienen que atender el hospital de Papá Francisco, y Papá Francisco tiene que tener un psiquiátrico, un psicólogo que contenga la zona operativa. Nosotros, nos vimos sobrepasados, decían “ah, sí, los del Oñativia están atendiendo”, y se aumentó la demanda ¿no?

Muchas adicciones, hubo mucho aumento durante la pandemia, muchas solicitudes también por atención para consumos problemáticos de sustancias. Entonces fue algo que, claro, entonces como que, ante la escasez y la excelencia de la atención institucional, nos vimos desbordados en la demanda, ¿no?

Entonces, la verdad es que éramos los únicos que le daban atención al paciente. Hemos contenido situaciones que realmente lo ameritaba, intentos de suicidio no nos correspondían a nuestras áreas operativas y que no tuvieron respuestas en otros lugares,

entonces vinieron acá como, por falla de otras instituciones que no habían brindado la atención a estas demandas que eran verdaderas urgencias.

- **Entiendo. ¿Qué valoración le darías a la implementación de esta atención?**

Yo creo que fue cambiando, se desvirtuó en el sentido que al principio fue, como te digo yo, fue una herramienta única para aquel paciente que no podía asistir. Una paciente que estaba en, no sé, en Nazareno, por ejemplo, y que no nos dejaban salir, lo habían privado de su libertad. O sea, llegó a una situación de abuso de poder, un policía no te puede no dejar transitar y menos por una función médica. En el pueblito ese, Nazareno, no la dejaban salir a la señora, es una paciente renal, con infección, con ansiedad. O sea, hubo abuso de poder.

Se vieron, o sea, la gente no lo ve así, pero bueno, le hablo de este bajo nivel de institución, pero se negaron los derechos constitucionales, porque no era un estado de sitio, si hubiera sido declarado un estado de sitio, habría sido otra cosa, pero no estaba declarado un estado de sitio. No había, nadie te podía prohibir la circulación... porque hubo una pandemia en este caso, en todo caso se declarará un estado de sitio, y bueno ya es otra cosa, pero nunca lo hicieron. Había gente que se le privó la libertad, la libertad de tránsito, por ejemplo. Se privó eso, yo lo viví, se me paró en un control de policía, la realidad es que me dejó pasar. Me pedía, por ejemplo, consulta de dónde iba a llevar a su sobrinito, porque estaba con COVID. Es un abuso de la autoridad.

Yo en algún punto, no tengo inferencia sobre la población pediátrica llévelo al materno infantil; no que venga, que cómo se hace, si conoces a alguien; yo la tengo que ir a trabajar le dije al oficial, ya con mala cara. Fue una situación, yo particularmente, la viví como desastrosa como sociedad. Raro el oficial que te dejará pasar, que no te hicieron el problema, que te agradecieron. Sí, el agradecimiento era mutuo muchas veces, también ellos la pasaron mal. Pero bueno, esa fue la situación.

- **Entonces, ¿la valoración de las modalidades de atención se fue desvirtuando?**

Creo que principalmente fue la comodidad del paciente.

- **¿Qué conclusión podrías sacar respecto a las modalidades de atención implementadas?**

Bueno, creo que es una herramienta práctica. Sí. ...práctica, por ser la única para algunos casos, ¿no?, para haber podido ampliar imágenes de cobertura, para poder llamar a esta mujer de Nazareno tranquilizarla, mandarles las recetas virtuales, ¿no? Sí. Por ejemplo, esas pequeñas cosas. Y, aun así, en ese pueblito, no sabían qué era una receta virtual y no se la aceptaban, no se contempló esas pequeñas cosas, no sé la querían vender. Esa mujer, por ejemplo, quedó, si no fuera por la contención verbal que hicimos, que no fue una contención verbal, esa gente estaba desamparada en un pueblo, sin ningún tipo de asistencia de salud del área operativa.

Yo que vos pondría a la cabeza... O sea, eso, como negativo, fallaron las áreas operativas, primer nivel hizo agua, así, literal. Y el nivel es el que se encarga justamente de la contención y de hacer la atención primaria de salud, ¿no? Y demostró sus claras fallas en todo, en lo institucional, en la calidad profesional, en todo, porque... cómo te digo yo, no estallando en los centros de salud, porque el psicólogo no quería atender, porque se consideraban población de riesgos, y aquel que no pudo zafar de la atención

pública, o sea, aquel que no pudo carpetear, por así decirlo, presentarse como profesional de riego, directamente no atendía, hizo abandonó sus funciones como profesional de público, ¿no? Y eso hizo que se desbordaran otras áreas operativas.

Como en nuestro sector que puedo asegurarte, es más tenemos estadísticas y todo, por así decirlo. Ese año, el de la pandemia, explotó las consultas psiquiátricas, explotaron las consultas psicológicas, incluso el año siguiente, empezaron a bajar. Esto se puede ver en las estadísticas, no es algo simplemente subjetivo.

La verdad es que fue hacernos cargo de la falla o la desidia del abandono profesional de colegas de salud mental con el recargo de nosotros, por supuesto.

Decían: está atendiendo en Oñativia, y caían los zombies. Mira mijito está así, discapacitado, rompió todo, re agresivo, que se yo, y bueno, sí, venga, pase y era un retraso mental, ¿viste? Se hacía atender en el Ragone, nunca le dieron bola. Eso vimos mucho y como negativo. Yo creo que quedó en una sensación de gratitud, por decirlo así. De los pacientes, de una gran parte de los pacientes, y de la sociedad toda, ¿no?

Me estoy replanteando dejar mi carrera, ¿no? La gente, disculpa la palabra, les chupa un huevo, ellos quieren sus recetas, sus benzodiacepinas, así como el tarado que vino ahí que no sé qué querrá, exigen, quieren que vos se las cumplas les chupa un huevo, si vos estas bien, estas mal

Creo que es algo que en todo país pasa. Yo tengo derecho, derecho, derecho, pero se devuelve la obligación. O sea, vos como ciudadano tenés derecho a la atención pública, pero también como ciudadano tenés la obligación de cuidarte, viejo tomate un hipertensivo, no te caigas con el ACV, si sos diabético no caigas con pata podrida, tenés obligación. Quizás tengas derechos, pero también está la obligación como ciudadanos, podes decir, bueno, no me voy a chupar porque si me chupo me voy a pegar un palo con la moto. Entonces, vienen y te dicen: ah que mi hijo está con la cabeza abierta; pero él maneja borracho, sin usar casco, pero, vos tenés que atenderlo, a la familia, y te putean, y no es así, esa falta de obligaciones. Y particularmente hasta el día de hoy sigue pasando eso. Son pacientes especiales, son pacientes querellantes, demandantes, son pacientes psiquiátricos. (Ingresa otro médico al consultorio)

Bueno, eso más que todo. Pero, bueno, es lo que hay

- **Entiendo, ¿hay algo más que te gustaría agregar?**

No, que se va a hacer. Es más, me hiciste acordar que tengo que sacar turno para empezar a analizarme, para dejar esto. O sea, yo lo que siento es un exceso de obligaciones para con... Prácticamente yo puedo hablar de la medicina, la medicina, no hay una retribución social tampoco. A veces no es económica, a veces también es social. Eso de tratar bien, de no pegar la puerta así, son cosas mínimas de respeto, que uno pretende del otro, porque uno las tiene. Yo lo veo así, creo que en gran parte es por las políticas populista. Esa es mi visión.

Espero no te haya deprimido.

- **No, por favor. Es un paneo de la realidad, poder conocer un poco de lo que ustedes vivieron brindando atención y manteniéndose como en pie del cañón.**

Yo creo que, por ejemplo, seguro que en esos tres años que estuve acá, creo que si me tomé... Una semana de carpeta médica fue... Una semana en tres años. No tengo carpetas médicas. Pero bueno, no sé si fui muy inteligente, ¿no? Yo creo que soy capaz de sostener más. yo estuve trabajando todo un año y otros tuvieron un sueldo de arriba, sin hacer absolutamente nada, entonces yo creo que son fallas como sociedad. Porque bueno, ante la falta de alguien que no hace, hay alguien que lo va a hacer. Esa es la visión que hay, si el Ragone no atiende, otros hospitales lo van a hacer, se sobrecargan porque el hospital de referencia de la provincia no atiende.

Y no hay premios ni castigos y ganamos lo mismo, no es que hay una cosa de ganar o no ganar, de ganar si trabajar, no trabajar, no ganas. Entonces esa es la visión que queda. Pero bueno, creo que es parte de todo este problema social, ¿no? Porque vivimos en un país social. Pero bueno, eso. Es el problema que se destruye todo, que se desconoce.

- **Entiendo, ¿hay algo que consideras que no te haya preguntado y te gustaría agregar?**

No.

- **Bueno, eso sería todo. Muchas gracias por tu tiempo**

Participante 18

- **¿Me podrías comentar sobre el puesto en el cual te desempeñas actualmente?**

Sí, yo soy psicólogo

- **¿Cuál es la antigüedad que venís desarrollando o que tenés en el puesto?**

Ocho años.

- **¿Cuáles son las funciones diarias que desarrollás en el servicio?**

Hacemos consultorio externo e interconsulta en sala. Vemos al paciente en la sala de internación.

- **Perfecto ¿Cuáles son las modalidades de atención psicoterapéuticas que empleabas antes de la pandemia?**

Antes de la pandemia, bueno, hice una formación en psicología gestáltica. O sea, una clínica desde esa perspectiva, y en realidad desde lo que se puede aquí en un hospital como éste, con la población que tenemos, que es una población compleja. En realidad, hay que tener muchas herramientas para trabajar con esta población. Pacientes con consumo, pacientes con psicosis, pacientes con trastornos de personalidad, pacientes con trastornos disociativos, con traumas complejos. Hay que tener diferentes formas de abordar. Eso en la clínica, después también todo lo que es evaluativo, aptitudes psicodiagnósticos, menos psicodiagnósticos no se suele pedir mucho, pero si los hay, y lo que suelen pedir más son evaluaciones cognitivas, que se trata junto con el psicólogo de neurología, evaluación de la capacidad intelectual y de funciones cognitivas.

- **Bien, ¿la forma de atención era presencial, utilizabas otra modalidad?**

Presencial, sí.

- **Durante el período del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, ¿se vio modificada tu labor diaria?**

Sí, bastante. En realidad, en un principio se vio muy frenada porque básicamente se cortó el flujo de gente que llegaba al hospital por aislamiento y por recomendación, entonces en un principio se frenó bastante el trabajo, y después empezamos a trabajar un poco en modalidad virtual. En realidad, en modalidad más bien telefónica. El problema era que no teníamos los recursos tecnológicos ni las instalaciones como para sostener todo eso. Lo que terminaba pasando era que nosotros llamábamos o nos llamaban de nuestros celulares. Bueno, en algún momento hubo un celular dando vueltas, después ya no fue nada muy formal, ni nada que se haya establecido tampoco.

- **¿La atención virtual era solo mediante llamadas telefónicas o también se implementó videollamadas?**

Si, bueno, los pacientes en las salas, internados sobre todo en las salas de aislamiento COVID, se hacía una atención telefónica hasta que salía de la sala. Generalmente ellos tenían celular, nosotros los llamábamos directamente. Después también comenzamos a contactarnos con compañeros que eran COVID positivos, que estaban en sus casas aislados, y se tuvo un acompañamiento y un seguimiento. Había algunos que estaban muy bien y había gente muy angustiada, que la estaba pasando muy mal. Eso fue acompañar a la gente. Después también hicimos, que también se cortó con el aislamiento o las normas que se hicieron un poco más estrictas, Yo hacía unos encuentros de relajación para el personal del hospital. Hacía tres veces a la semana, al mediodía, casi sobre la hora de la salida, eran unos 20 minutos, media hora, eran de relajación, respiración y relajación. Para la gente del hospital, para los trabajadores. Iban médicos, administrativos, enfermeros, no muchos, pero era un grupo variable.

- **¿Cuál fue el motivo por el cual se cortó esta actividad?**

Eso se cortó cuando ya no nos pudimos juntar en espacios cerrados. Porque, primero fue toda una etapa preparatoria, que fue quizás la de mayor ansiedad, porque estábamos todos preparados para lo peor, pero nada sucedía, porque el coronavirus no había llegado. Entonces fueron meses de preparación y de tensión y mucho de trabajo, de aislamiento y todo y el coronavirus no había llegado. Por ahí fue esa época de marzo. Algo así. Sí, hubo como dos meses por lo menos donde estaba la atención restringida, la gente que no venía, la gente que estaba en su casa, el trabajo disminuido y no había pacientes COVID. Lo que generaba mucha ansiedad porque imagínate que estás esperando a que te ataquen, y no hay ataque, entonces estás todo el tiempo en estado de alerta. Genera mucha ansiedad esa situación y aparte con todo el trabajo disminuido, o sea, básicamente era estar todo el tiempo esperando de dónde viene el golpe.

- **Bien. ¿Y este fue el periodo en que ustedes estaban preparándose para ver cómo van a brindar la atención a los pacientes COVID?**

Si, fue un periodo de mucha incertidumbre en realidad, porque no sabíamos que iba a pasar, qué teníamos que hacer. Cerraron la unidad de desintoxicación y se utilizó ese espacio para pacientes con COVID, salimos de una forma de trabajo. Entonces fue un

desconcierto, fue un movimiento, fue reencontramos, fue reorganizamos, y en realidad hubo muchos momentos de estar parados. Y de no tener mucho margen tampoco, con todas las normas, porque no te podías juntar, porque no podías desayunar, porque no podías caminar en los pasillos, porque no podías compartir mate, porque no podías más hacer más cosas, incluso la relajación hablamos hace un rato, hasta que se puso más intensa la cuestión del aislamiento y ya no se permitió nada.

- **¿Cómo prosiguió?**

Todo lo que fue virtual o telefónico se dejó finalmente, una cuestión de emergencia que nosotros terminamos solucionando usando nuestros celulares, pero que no nos parece algo viable. En Salta, desde mi opinión, hay una disminución en el presupuesto y en la importancia de la salud mental desde hace varios años, y no hay una política de fortalecimiento de inversión en la salud mental, sino todo lo contrario, como un decrecimiento, hay muchos lugares que se cerraron, en el Ragone cada vez se atiende menos, psiquiatra hay uno o dos por hospital que no dan abasto con la misma población del hospital, mucho menos para recibir pacientes nuevos. Queríamos pedir teléfonos o tecnologías como para poder hacer videollamadas y eso, sí, pero era utópico. Estábamos usando computadoras que son del siglo pasado, no pueden soportar tecnologías como para hablar por teléfono o hacer videollamadas. Eso se ha ido mejorando, se han ido comprando computadoras, se pusieron unas computadoras mejores, pero bueno, no como para sostener una atención virtual. Hay algunos sectores que sí lo incorporaron un poco más, han sostenido la telemedicina.

- **Me comentabas que tuvieron como una primera etapa de preparación, ¿cuáles serían las otras etapas?**

La de acción, cuando llega el COVID y teníamos las salas llenas, la gente con miedo, sin compañeros, porque estaban en las casas aislados. Los pacientes que seguíamos viendo en formato presencial, en forma más reducida, pero bueno, pacientes crónicos que no podíamos dejar de ver. pacientes psiquiátricos, de todo tipo en realidad. Por ejemplo, existía un formato presencial y virtual, las interconsultas en sala también. Incluso en las salas COVID, que se hacían por teléfono. También para algunos pacientes que no podían llegar o acceder, y para realizar apoyo psicológico a los compañeros aislados con COVID.

- **Entonces, ¿esta etapa de actuación fue cuando se dio de lleno la pandemia?**

Si.

- **¿Hay alguna otra modificación que te acuerdes que se haya dado en tu modalidad de atención?**

No, no. Fue reducido y junto con virtual.

- **¿En ese periodo, se tomaban nuevos pacientes?**

Se tomaron nuevos pacientes. En realidad, nosotros siempre tenemos mucha circulación de pacientes y no me pareció muy diferente. Bueno, excepto que la pandemia disparó la ansiedad y detonó muchos problemas de salud mental. Gatilló problemas o que ya existían, o que estaban excipientes. Mucha gente se desequilibra en ese proceso. Entonces llegaban con ese tipo de desequilibrios que

en general no había conciencia de que tenía alguna relación con la pandemia. Pero la mayoría de las personas venían con problemas previos que la pandemia gatilló o profundizó.

- **Volviendo a las modificaciones durante la pandemia, ¿De qué manera fueron implementadas?**

¿De qué manera?

- **Sí, me refiero a si estas modificaciones fueron implementadas por lineamientos ministeriales, del hospital, si partió de ustedes, de la necesidad de los pacientes.**

Hubo de los dos, del hospital y nuestras. Hubo propuestas nuestras. Por ejemplo, la contención a los compañeros fue propuesta nuestra. Las relajaciones para los compañeros fueron propuesta nuestra. La atención telefónica fue propuesta nuestra, porque en realidad querían que nosotros hagamos interconsultas adentro en la sala de COVID. Lo que es una locura porque teníamos que vestirnos de extraterrestres y estar una hora dentro de la sala, lo que es una locura porque en realidad ningún médico ni enfermero ni nadie que trabajaba pasaba más de 10 minutos ahí adentro, a menos que suceda algo especial. Fuera de eso, eran intervenciones muy cortas, con toda la protección, entonces se pretendía que nosotros entramos vestidos y dijimos “de ninguna manera, vamos a usar teléfonos”, en algún momento se consiguió un teléfono, lo estuvimos usando, pero lo más común era que nosotros, entre los datos que solicitamos que les piden a los pacientes, era el teléfono cuando ingresan. Entonces le pedíamos el teléfono, nosotros nos pedían en interconsulta porque había algún paciente con problemas, angustiado, ansioso, y lo llamamos por teléfono directamente a su cámara.

- **¿Y cuáles fueron los lineamientos que estableció el hospital?**

Nos pedía que atendamos a los pacientes COVID.

- **Hace unos momentos me comentaste que hubo normas que restringieron el juntarse, compartir espacios en común, ¿por quienes fueron implementadas estas normas?**

Fue una bajada del ministerio de salud que el hospital acató.

- **Entiendo, con respecto a las modificaciones que se implementaron en el servicio, ¿hay alguna que continúa vigente? ¿O que se siga sosteniendo por el servicio?**

No. Ya no tenemos pacientes COVID internados, ya no tenemos compañeros positivos, la modalidad virtual ya no la hacemos, y la atención ya no es restringida, es una atención plena por paciente, antes por ejemplo durante el COVID, nosotros de cinco pacientes al día que veíamos, pasamos a ver tres. Ahora estamos en cinco, cada profesional ve cinco pacientes por día. No se sostuvo nada.

Yo no tengo ningún paciente en atención virtual, pero mi compañera si lo está haciendo todavía, pero es circunstancial, si tengo un paciente de San Antonio de los Cobres que no puede venir, lo atiendo por teléfono, pero es algo informal, o sea, si lo atiendo virtualmente, pero es porque no puede venir, ya no por la pandemia.

- **Con respecto a estas modalidades de atención que se implementaron durante la pandemia, ¿cuál sería la concepción que tendrías? Si tuvieras que definir las, ¿cómo lo harías?**

Como una práctica. Lo definiría como una práctica, lo cual está bueno, sirvió mucho, permitió seguir avanzando y que sigamos atendiendo. Creo que se puede hacer mucho si tuviéramos la tecnología y el espacio para hacerlo estaría bueno, por lo menos para cierta población, o cierto subgrupo, o para ciertos pacientes, para casos de enfermedades sociales, agorafobia, gente que no puede salir de su casa, y está bueno también una modalidad virtual de lo que fue atención a los compañeros y eso, si fue necesario en algún momento por la urgencia y por el nivel de malestar que había durante la pandemia, está bueno también como propuesta general de trabajo, tener un espacio de autocuidado.

Ese espacio tampoco se mantuvo. Eso podría mantenerse. Está la posibilidad de no necesitas tanta tecnología, bueno un poquito, ¿sabes? Todo lo que necesitas es una computadora, música, algunos parlantes o nada incluso, se puede hacerlo con nada, se lo hace algo dirigido, verbal. Puede haber muchas formas, se puede hacer antes de trabajar, se puede hacer a la salida, esto sería una relajación como un volver al centro, una desconexión, donde relajarse y estar en otro estado.

- **Con respecto a este concepto, que es una forma práctica ¿qué imágenes se te representan?**

¿Imágenes visuales?

- **Sí.**

Me imagino gente en movimiento, solucionando. Me imagino gente en movimiento, recibiendo gente y viéndose. En realidad, bueno, no tiene que ver con lo virtual, pero tiene que ver con lo práctico, con solucionar, cuando viene alguien con un problema y bueno, lo atendamos, qué le pasa.

- **¿Tendrías alguna imagen respecto a la modalidad de atención, de cómo fue en ese momento?**

Y, me veo sentado frente a la computadora con una lista infinita de compañeros positivos, juntando información sobre la situación, sobre el compañero, sobre la carpeta, y comunicándonos también para ver cómo está. Esa es la imagen en la que me veo, con una sensación de apuro, de ansiedad

- **En función a estas modalidades de atención, de estas imágenes que se te representan, ¿cuál es tu valoración de la modalidad de atención?**

Te diría que hicimos lo que pudimos con lo que teníamos, no diría que fue buena, no diría que fue mala, fue algo intermedio. Diría que fue un trabajo más bien que se fue haciendo sobre la marcha. Nada muy planificado, muy direccionado. Algo que por ahí nos pasaba y sentíamos era que no había directrices que bajarán, nos sentimos bastante a la deriva, o sea, “y ahora qué hacemos nosotros”. No había ningún lineamiento que bajara de salud mental, no había lineamiento. Se empezaron a circular algunas cosas, unos protocolos y cosas, pero no había una línea clara, había... La sensación de que se podría haber hecho las cosas mejor, se podría haber organizado más, se podría haber invertido

más en eso, se podría haber diseñado otras cosas, o trabajar más en conjunto. La sensación de que pudimos con lo que tuvimos, estando nosotros muy atravesados por lo mismo que afectaba a todos.

- **¿Qué ventajas reconoce en la aplicación de las modalidades psicoterapéuticas implementadas?**

Si, la atención virtual tiene muchas ventajas, ventajas y desventajas, como la ventaja de que acerca, que nos puede acercar al que no puede ser atendido de forma presencial, nos permite una atención. Facilita y agiliza.

- **¿En qué sentido facilita y agiliza?**

Y en qué una persona que no puede salir de su casa, puede estar enferma, paralizada o tener una fobia, y puede ser atendido desde su casa. No he perdido el tiempo en traslado, desde mi casa estoy trabajando, me conecto, hago una atención virtual o me atienden virtualmente, corto, sigo trabajando, no perdía el tiempo en traslado, súper práctico. Se agiliza en varias cosas

- **Entiendo, me comentaste que también había dificultades, ¿cuáles serían estas?**

Dificultades, que no hay cara a cara, frente a frente. La manera virtual es como tener el 10% de la persona frente. No tengo al 100% toda la percepción de mi sentido sobre la persona. Yo como terapeuta no lo estoy viendo, no lo estoy sintiendo, no estoy viendo qué hace con las manos, no puedo ver el cuerpo entero, no puedo ver cómo reacciona emocionalmente. Hay muchas reacciones emocionales que son muy sutiles, hay un temblor en la voz que no se puede escuchar en los formatos virtuales, hay un posicionamiento de los ojos que puedo ver en el formato virtual, hay un enrojecimiento en la piel o en la cara que no se nota, hay un temblor, un malestar o un movimiento. Se pierde mucho de lo sensitivo en lo virtual, se puede trabajar, pero bueno, es un trabajo quizás más lento, más difícil. Es tener información parcial todo el tiempo y tener que armar un rompecabezas, y es más difícil conocer al paciente, es más difícil el vínculo, es más difícil virtual. Se forma un vínculo, tarda más tiempo, la confianza y todo eso, tarda más tiempo. Cara a cara es más rápido, hay más información disponible, tanto para el terapeuta como para el paciente.

- **Entiendo, ¿volverías a utilizar esa modalidad de atención?**

Si, dependiendo del caso, es para ciertos pacientes, para gente que no puede salir de su casa.

- **¿Habría alguna conclusión que podrías sacar respecto a esta modalidad de atención?**

Me parece que es una buena herramienta. Me parece que lo ideal es la atención cara a cara, pero cuando eso no se puede, la intervención virtual es una buena herramienta, te permite trabajar con gente que no puede estar en el consultorio, que está aislada por algún motivo o que no está en el lugar. Puede agilizar algunos tiempos, aunque puede extenderse la intervención terapéutica, puede ser más larga por este tipo de vínculo, la confianza, la información que circule en los virtuales es un 10% de lo que hay, o menos quizás de lo que hay en vivo.

- **Entonces, el tiempo del tratamiento en sí sería más extenso, más largo.**

Sí, porque la evaluación es más larga, que el paciente agarre confianza demora más tiempo. Siendo ya los tratamientos psicológicos largos, sí.

- **Con respecto a la atención virtual, me comentaste que había pacientes para quienes era mejor este tipo de tratamiento. ¿para qué casos consideras que sería más adecuado?**

Hay que ver caso por caso, sí. También hay que priorizar siempre la atención cara a cara, y si no se puede, dar atención virtual.

También hay que ver las circunstancias. Si alguien no puede llegar, no queda otra opción. Si alguien no puede salir de su casa, no queda otra opción. Si los terapeutas disponibles están lejos en otro lugar, no queda otra opción. Si la persona tiene alguna discapacidad, algún problema motriz o alguna dificultad de acceso al sistema existe esta opción. O sea, las características de la circunstancia del paciente y del terapeuta. Las características psicológicas, quizá las menos de las veces, si se entiende que en una ansiedad social muy grande no vas a poder salir de la casa, igual que se entiende, quizá la única posibilidad para esa persona es la atención virtual en un principio, que reciba medicación o un tratamiento psiquiátrico, pero bueno, cuando uno empieza a ver un caso como ese, muchas veces en pacientes que no pueden salir de su casa, te dicen “por favor, andá a ver a la casa”, sobre todo los familiares, no son personas que suelen pedir ayuda.

- **¿Se brinda atención domiciliaria?**

Ah, aquí en el hospital no hacemos atención domiciliaria. Pero bueno, hay a veces demanda de eso.

- **Bueno, me quedaría consultarte si habría algo más que te gustaría agregar, si considerás que hay algo que no te pregunte y que sería importante agregar.**

No, no, creo que no.

- **Bueno, eso sería todo, te agradezco mucho por tu tiempo.**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



“Representaciones sociales de los profesionales de salud mental sobre las modalidades de atención psicoterapéuticas implementadas durante el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, y su incidencia en la práctica actual”

Alumna: María Fernanda Karanicolas. DNI: 38.035.815

Directora: Lic. Sagués, Solana. DNI: 33.374.758

Solana Sagués
M.P. 978
LIC. EN PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN

-Decisión:

Tribunal evaluador:

Jurado:

Jurado:

Jurado:

- Lugar y fecha: