Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Maestría en Salud Mental

Tesis: Emergencias y Desastres. Representaciones Sociales en Salud Mental.

Un estudio en torno a las representaciones sociales sobre emergencias y desastres en profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

Tesista: Licenciado Ortiz, Exequiel Eduardo Raimundo.

Directora: Licenciada Beade, Adriana (Res."CD" "FTS" "UNER". Nº 523/2022)

Paraná, Entre Ríos. Agosto 2024.

DATOS PROFESIONALES:

TESISTA: Licenciado en Psicología Exequiel Eduardo Raimundo Ortiz

D.N.I: 33.569.094

Celular Nro. (0343) 15503292190

Mail: ortixexequiel1987@gmail.com

DIRECTORA: Licenciada Adriana Beade

D.N.I: 12.313.987

Mail: adrianabeade@gmail.com

Título:

Emergencias y Desastres.

Representaciones Sociales en Salud Mental.

Un estudio en torno a las representaciones sociales sobre emergencias y desastres en profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

Dedicatorias.

A mis abuelos y mi madre, quienes siempre creyeron en mí,

a mi pareja que apoya cada paso que doy,

amigos y compañeros de camino,

a la Universidad Pública que tanto me ha brindado.

Agradecimientos.

A mis formadores, quienes impulsaron en mí el pensamiento crítico, complejo y humanitario.

Al estado, que mediante sus políticas públicas me permitieron construir saberes que hoy puedo replicar a otras personas.

A mi directora, una de mis referentes profesionales, quien atestigua mi crecimiento profesional y acompaña mis pasos en el campo de la salud mental.

Somos sujetos históricos, socialmente constituidos, por lo que nos atraviesan otras personas, otras historias, otros saberes… a toda aquella persona que hizo de mí quien soy… gracias.

Resumen.

La presente investigación propone indagar y analizar sobre las Representaciones Sociales que tienen acerca de las Emergencias y Desastres las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos, identificando divergencias y convergencias entre ellas.

Basada en conceptualizaciones inherentes al campo de la psicología social, plantea un abordaje de las Emergencias y Desastres recuperando saberes y prácticas provinciales y nacionales, analizándolas al interior de un equipo interdisciplinario, que mediante las representaciones sociales y su articulación con la teoría, permiten crear conocimientos en torno al campo de investigación.

Dicho estudio, basado desde el paradigma constructivista, establece un diálogo constante entre las categorías antes mencionadas, que mediante representaciones sociales de las personas entrevistadas, devela si las emergencias y desastres quedan ligadas más al orden biomédico, a acciones asistencialistas características del modelo médico hegemónico, o a los aspectos psicosociales e integrales de la salud.

Esta tesis se adentra en las representaciones sociales de emergencias y desastres, problematizando las divergencias y convergencias entre ellas, a través de una investigación de tipo cualitativa desde la lógica descriptiva, mediante la aplicación de entrevistas semi estructuradas a profesionales seleccionados de los distintos equipos interdisciplinarios de un servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia.

Palabras claves: Representaciones Sociales - Emergencias- Desastres.

INDICE

Introducción..... 10

Capítulo I: Dimensión Epistemico-metodologica..... 13

Planteamiento del problema..... 13

Descripción de la problemática..... 18

Supuesto subyacente..... 20

Objetivo general..... 20

Objetivos específicos..... 20

Estrategia Metodológica..... 21

Tipo de diseño..... 21

Descripción del ámbito de estudio..... 23

Población o universo de estudio..... 26

Unidad de análisis..... 26

Muestra..... 26

Fuentes de información..... 27

Técnicas de recolección de datos..... 27

Ejes temáticos de indagación..... 29

Resguardos éticos..... 29

Técnicas de análisis de la información..... 30

Antecedentes 31

Capítulo II: Delimitación del problema de investigación. Marco conceptual. Representaciones Sociales. Emergencias, Desastres y Catástrofes 35

Las Representaciones Sociales 35

Sobre Emergencias, Desastres y Catástrofes 39

Conceptualizaciones de Emergencias 45

Conceptualizaciones de Desastres y Catástrofes 48

Salud Pública en Emergencias y Desastres.
Salud Pública - Salud Colectiva 52

Emergencias y Desastres. Organismos Internacionales 58

Estrategias Sanitarias.
Salud Mental en Emergencias y Desastres en Argentina 61

Marco Provincial. Las Emergencias y Desastres en Entre Ríos 66

Capítulo III: Análisis y Consideraciones Finales 69

Análisis e interpretación de los datos 69

Emergencias.
Representaciones y abordajes 72

Sobre los Desastres.
Representatividades y divergencias con las Emergencias.
Posibilidades de intervenciones desde el campo de la salud mental. 79

Arribando a algunas conclusiones.
Emergencias y Desastres 85

Incidencias de un Estado presente o ausente..... 89

Bibliografía 93

Introducción.

"De nuestros miedos nacen nuestros corajes

y en nuestras dudas viven nuestras certezas.

Los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios otra razón.

En los extravios nos esperan hallazgos,

porque es preciso perderse para volver a encontrarse."

(E. Galeano, 1989)

La presente investigación se centra en el análisis de las Representaciones Sociales sobre emergencias y desastres en profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos. El objetivo principal es indagar y analizar las representaciones sociales que las y los profesionales tienen acerca de estos eventos adversos, identificando convergencias y divergencias entre ellas.

La temática escogida adquiere relevancia debido a la escasa existencia en el campo académico y profesional en materia de emergencias y desastres desde una perspectiva integral que incluya aspectos psicosociales e integrales relacionados con la salud mental. Más allá del evidente incremento de los eventos adversos tanto locales como mundiales, los abordajes todavía se enfocan principalmente en aspectos biomédicos o asistenciales.

Para llevar a cabo este estudio se utilizó diseño cualitativo basado en entrevistas semi estructuradas realizadas a profesionales seleccionados, pertenecientes a distintos equipos interdisciplinarios del servicio mencionado anteriormente. Además, se realizó una revisión exhaustiva bibliográfica para contextualizar teóricamente el fenómeno estudiado.

La estructura de la presente está constituida por tres capítulos principales: Capítulo I. "Dimensión epistémico-metodológica" donde se explicita tipo de investigación cualitativa de corte transversal, se trabaja desde la lógica inductiva analítica que privilegia un movimiento en espiral, de la empiria a la teoría y viceversa.

Mediante entrevistas semiestructuradas, administradas a profesionales de equipos interdisciplinarios del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia (muestra no probabilística) y la utilización del método comparativo constante y análisis de entrevistas, como así también el análisis de documentos de organismos nacionales e internacionales, se intenta dar cuenta si las representaciones de emergencias y desastres quedan más ligadas al orden biomédico, o a los aspectos psicosociales e integrales de salud

El capítulo II, "Delimitación del problema de investigación. Marco conceptual. Representaciones Sociales. Emergencias, Desastres y Catástrofes", realiza un recorrido teórico que articula, complejiza y entreteje estas categorías desde la psicología social, produciendo un entramado conceptual, parte nodal de la necesidad investigativa.

El apartado "Salud Pública en Emergencias y Desastres", aborda un análisis histórico-político de organismos internacionales, nacionales y provinciales, poniendo en evidencia ciertos hallazgos que repercuten en las realidades que nos atraviesan.

En capítulo III "Análisis y Consideraciones Finales", a partir de las entrevistas realizadas y del análisis exhaustivo de documentos, se formulan nuevos entramados entre las representaciones sociales y las categorías expuestas, produciendo un análisis exhaustivo de ellas, identificando divergencias y convergencias.

El final del proceso, si bien muestra las conclusiones a las que arriba esta investigación, es también una invitación a la reflexión colectiva, en la que las emergencias y desastres, como inherentes a la salud integral, ponen en evidencia la necesidad de un estado presente.

Capítulo I: Dimensión Epistémico - Metodológica.

Planteamiento del tema.

El interés resultante del proceso de cursado de la Maestría en Salud Mental radicó en indagar acerca de las Representaciones Sociales de Emergencias y Desastres en equipos de salud mental.

Motivó la elección del tema los acercamientos a equipos técnicos de salud de distintos establecimientos sanitarios de la provincia de Entre Ríos, llevados a cabo durante los años de trabajo en el nivel central del Ministerio de Salud de la Provincia homónima, como parte del Equipo de Capacitaciones de Emergencias prehospitalarias. La primer estrategia para llevar a cabo dichas capacitaciones es la convocatoria para los espacios de formación a los distintos equipos de salud[1]. En este contexto, a pesar de que se explicitaba en qué consistían dichos encuentros (mediante un programa compuesto de fundamentación, objetivos, contenidos), pocos profesionales del campo de la salud mental participaban de ellos ya que, según sus expresiones, no habían asociado la posibilidad de intervenciones en salud mental en el campo de las emergencias y/o desastres.

Por otra parte, comenzaron a surgir demandas de intervenciones sanitarias en materia de salud mental por partes de distintos municipios hacia el Ministerio de Salud, frente al atravesamiento de eventos adversos significativos en la provincia de Entre Ríos que a continuación se describen en orden cronológico:

-Inundaciones en Concordia 2015/16: el día 22 de diciembre de 2015 se decretó la Emergencia Hídrica Vial y Sanitaria debido a la creciente del Río Uruguay, que obligó a evacuar alrededor de 10.000 personas, quienes fueron alojadas en 30 instituciones locales, convertidas en centros de evacuados.

[1] Acciones enmarcadas desde el Departamento de Capacitación, Docencia e Investigación de la Dirección de Ciencia y Tecnología. Ministerio de Salud. Entre Ríos

-Desbarrancamiento en la ciudad de Diamante, en el año 2018. El desprendimiento y desplazamiento del suelo en parte de una barranca de la costa del Río Paraná, puso en riesgo a 12 familias que habitaban allí. La problemática radicó en las resistencias de las personas a desalojar las viviendas que se encontraban en la zona de alto riesgo geográfico, pues permanecer allí implicaba riesgo de vida inminente. Estas familias no querían ser trasladadas a otro barrio que el municipio les proporcionaba, por lo que la función del equipo de salud mental consistió en conversar sobre ello y brindar un espacio para la elaboración de la pérdida de algo tan valioso e identitario como el hogar.

Ambas localidades, mediantes sus áreas de gestiones sanitarias, solicitaron asistencia en apoyo y contención a las personas afectadas. A raíz de ello, el equipo técnico de emergencias del Ministerio de Salud arribó a terreno y realizó la convocatoria local a profesionales del campo de la salud mental en virtud de contar con recurso humano, diagramar el plan estratégico y ejecutar las acciones.

Como emergente del encuentro con los profesionales resultó el desconocimiento en los modos y/o técnicas de intervenciones en lo que respecta a la temática, manifestando que sus prácticas siempre estaban ligadas a cuestiones de crisis subjetivas, descompensaciones psíquicas, tales como personas con delirios, intentos de suicidios, consumos problemáticos, entre otras. La mayoría expresaba no haber asociado a las emergencias con la salud mental de manera directa.

-Por último, la pandemia Covid 19. Emergió la convocatoria de trabajar en un hospital polivalente de la ciudad de Concordia con los equipos de salud. La solicitud fue de "contención y seguridad" debido a los miedos y ausentismos que empezaban a generarse en los puestos de trabajo. Parte del equipo realizó un acercamiento al servicio de salud mental con el objetivo de conocer los recursos profesionales y formar equipo de trabajo.

En su totalidad manifestaron no tener conocimientos ni experiencias en abordajes referentes a las emergencias y desastres ya que siempre se ocuparon de "las cuestiones hospitalarias". Surge otra vez la focalización en crisis subjetivas y/o cuadros agudos en salud mental.

Las emergencias y desastres, siempre han quedado mucho más metabolizadas, es decir abordadas y pensadas, por concepciones organicistas y/o biomédicas. En general, la dimensión subjetividad/salud mental aparece forcluida y no se piensan integralmente los abordajes a las mismas.

El servicio de salud mental del hospital de la ciudad de Concordia -sobre el que trabaja esta investigación- es un servicio regional de referencia, cuenta con 52 agentes de salud (siendo el más grande de la región) por lo que recibe derivaciones e interconsultas de las mayoría de las ciudades de la costa del Uruguay. Es el único efector de la región que cuenta con sala diferenciada de internaciones voluntarias e involuntarias, (cumpliendo así con las normativas vigentes Ley Nacional N° 26.657 y Ley Provincial N° 10.445) destinada a personas mayores de 18 años, que se encuentran atravesando crisis en su salud mental, presentando riesgo cierto e inminente de daño para sí y/o para otras personas, derivadas de una problemática de salud mental

El hospital general en el que se ancla esta pesquisa, concentra la mayoría de especialidades y equipos de trabajo de acuerdo a los ciclos de vida: niñeces, adolescencias, adulteces y equipo de consumos problemáticos. También cuenta con un Dispositivo Interdisciplinario de Apoyo Comunitario para la Externación[2]. La composición del Servicio de Salud Mental es interdisciplinaria: psicología, psiquiatría, psicopedagogía, terapia ocupacional, operadores sociales, Tec. en adicciones, enfermería, Tec. en acompañamiento terapéutico, trabajo social, secretaría.

[2] La sala de internación del Servicio de Salud Mental cuenta con usuarios/as internados/as de larga duración, motivo que da existencia e importancia a este equipo de trabajo.

Se considera valioso el aporte que esta investigación pueda realizar a nivel formativo, aportando a distintos espacios a visibilizar y profesionalizar el campo de las emergencias y desastres, y como consecuencia, a nivel sanitario en instaurar prácticas que lo aborden en sus diferentes dimensiones. Silvia De Riso hace explícito que existe una vacancia, no sólo en las currículas universitarias, en la formación de grado de las disciplinas que intervienen en el campo de la salud mental, sino también en investigaciones y actividades de capacitación. (Arito, Sandra et al. 2020)

Es de competencia del trabajador de la salud mental reflexionar acerca de las necesidades que el contexto requiere, problematizando las dimensiones teoría-práxis, que habiliten la integración de abordajes integrales en salud/salud mental incluyendo a las emergencias y desastres como inherentes al mismo. Es imperioso que el trabajador de la salud mental genere espacios y prácticas no solo en la atención sino también en la prevención, promoción y cuidado respecto de las emergencias y desastres.

También la presente investigación podría resultar en aportes para los diferentes niveles de intervención sanitaria provincial, así como en aquellos niveles que delinean políticas públicas.

A nivel académico podría constituir una ampliación al campo del conocimiento tanto para la psicología, la medicina, como para los trabajadores sociales y politólogos. También abre la posibilidad de aportar a otras investigaciones y a su vez ser problematizada una vez finalizada.

Se considera factible poder llevar a cabo el proceso de investigación, ya que actualmente, el autor de la presente, forma parte del equipo profesional del hospital. Se considera oportuno y significativo realizarlo allí ya que agrupa la mayor cantidad de profesionales de la salud mental de la ciudad y es el más plural de la región en cuanto a prestaciones y edades a las que destina sus servicios.

Asimismo, el trabajo realizado en los últimos años enfocado en las en emergencias y desastres, crearían las bases para comenzar a problematizar los aspectos teóricos - prácticos que una investigación requiere.

Descripción de la problemática.

La Provincia de Entre Ríos, devenidas de su situación geográfica, se encuentra constantemente expuesta a situaciones de inundaciones, como así también -en los últimos años- a fuertes tormentas, colas de tornados, caídas de granizos provocando gran impacto en las personas afectadas y en las comunidades en general. Asimismo los incendios, en varias zonas de la provincia, arrasan con centenares de hectáreas en zonas agro-ganaderas, siendo éstas la fuente económica principal de muchas familias y de regiones provinciales.

Consecuentemente, la pandemia Covid-19 ha puesto en consideraciones a nivel mundial la importancia del abordaje de la salud mental tras el atravesamiento de un incidente crítico. Es decir, se evidencia la necesidad de incorporar las emergencias y desastres al campo de la salud mental, demostrado por los impactos subjetivos que provocan los eventos adversos en las comunidades.

El sistema sanitario provincial y municipal (Concordia) no cuenta hasta el momento -al menos de manera formal- con espacios de formación/problematización en la temática, como así tampoco con sistematización de prácticas o protocolos, que se aboquen a trabajar aspectos inherentes a la salud mental en emergencias y desastres pensando en la integralidad de la salud y desde una perspectiva de la atención primaria.

En general, el sistema sanitario escora para lo biomédico, los abordajes integrales en emergencias y desastres son resistidos por quienes llevan a cabo las prácticas de la salud/salud mental.

Por lo expuesto, las representaciones sobre emergencias y desastres en profesionales, podrían estar asociadas a cuestiones clínicas de las descompensaciones psíquicas, es decir ligadas a ámbitos de las atenciones individuales hospitalarias, o podrían ampliarse a una perspectiva integral, que incluyan abordajes psicosociales en grupos y comunidades.

Las emergencias y desastres, en estado más circunscrito, se las piensan y abordan desde aristas biomédicas. Cualquier concepto de salud, pensado desde un paradigma alternativo, sitúa la importancia de incluir aspectos integrales de salud en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado que se producen en las emergencias y desastres.

Es radical la implicancia del campo de la salud mental en la problematización de las emergencias y desastres, en tanto movimiento que otorgue lugar a las dimensiones de la subjetividad como paradigma alternativo a la lógica biomédica.

A niveles intra/inter institucionales -en referencia al campo de la salud/ salud mental- ¿Cómo conciben las y los profesionales de un servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia las emergencias y desastres?

¿Cómo definen las y los profesionales a las emergencias y desastres?

¿De qué manera las y los profesionales se interpelan sobre las emergencias y desastres?

¿Qué conocimientos se producen sobre las emergencias y desastres?

¿Cuáles son las Representaciones Sociales que tienen acerca de Emergencias y Desastres las y los profesionales de los equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos?

Supuesto subyacente.

Ante emergencias, desastres y catástrofes quedan privilegiadas las representaciones y acciones asistencialistas y biomédicas, basadas en paradigmas biologicistas hegemónicos que no incorporan las dimensiones de la subjetividad. En salud mental se piensa más fácilmente lo asistencial, la atención a la patología y no tan así, las intervenciones de incorporar la subjetividad a la promoción de la salud o la intervención integral que incluya determinantes psicosociales.

Por lo tanto, podrían existir representaciones sociales de emergencias y desastres más ligadas al orden biomédico y otras a los aspectos psicosociales e integrales de la salud.

Objetivo general.

Indagar y analizar cuáles son las Representaciones Sociales acerca de las Emergencias y Desastres que tienen las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos, identificando divergencias y convergencias entre ellas

Objetivos específicos.

Describir las representaciones sociales acerca de las Emergencias y Desastres que tienen las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

Establecer convergencias y divergencias surgidas de y entre las representaciones sociales acerca de las Emergencias y Desastres que tienen las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia.

Estrategia metodológica.
Tipo de diseño

La presente investigación es planteada desde la lógica cualitativa (no estándar) ya que las mismas se presentan con diseños más flexibles, es decir con cuestiones que se pueden definir de antemano, pero hay muchas otras que no pueden ser definidas con anticipación y que se deberán definir a lo largo del proceso de investigación y en relación a los objetos o sujetos de interés. Habrá procesos, detalles, dimensiones fundamentales para la investigación que sólo pueden descubrirse mientras se observa directamente a los sujetos en sus espacios cotidianos o cuando se dialoga con ellos. (Archenti, Marradi, Piovani, 2007).

Es realizada desde la lógica descriptiva[3] cualitativa ya que se considera que es la más acorde con el enfoque teórico *"(…) el objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos se pretende la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad (…) el investigador cualitativo no descubre, sino que construye el conocimiento"* (Giménez, Flores, & Gómez., 1996, p. 34). Será entonces una lógica inductiva analítica la que privilegia un movimiento espiral (de la empírea a la teoría y de la teoría a la empírea) de las categorías y proposiciones teóricas, lo cual permite abordar la problemática seleccionada desde el campo de la salud mental. Se privilegia la comprensión, ya *que "comprender implica captar el significado, el sentido profundo que las personas y los grupos le atribuyen a sus acciones"* (Sirvent, 1998).

[3] El Abordaje Descriptivo es un trabajo que tiene por finalidad describir las características de un fenómeno a partir de la determinación de variables o categorías ya conocidas; y son trabajos utilizados cuando se requiere una adecuada caracterización del fenómeno, o cuando se requiere precisar la información existente y/o verificar la exactitud de descripciones anteriores. (Urbano & Yuni, 2006)

Esta pesquisa investigativa tiene como criterio de temporalidad la dimensión transversal, puesto que se indagan y analizan las representaciones sociales de profesionales de equipos interdisciplinarios de salud mental de un hospital polivalente en un determinado lapso de tiempo.

Se trabaja desde un paradigma constructivista, el que presupone que la realidad es múltiple y se construye, y que el investigador está inmerso en el contexto de interacción que se desea investigar. (Boniolo, Dalle, Elbert, & Satu, 2005). Como plantea González Rey (2006) la epistemología cualitativa define el carácter constructivo – interpretativo del conocimiento, lo que de hecho implica comprenderlo como una producción y no como una aprehensión lineal de una realidad que nos devela. *"La realidad es un dominio infinito de campos interrelacionados, independientes de nuestras prácticas, sin embargo cuando nos aproximamos a ese complejo sistema a través de nuestras prácticas, se tornan inseparables de los aspectos sensibles a ellas en la realidad estudiada"* (González Rey, 2006, p. 23). La propuesta de este diseño cualitativo está orientada a la construcción de modelos comprensivos sobre el problema a estudiar. Todo esto hace al proceso de investigación.

Descripción del ámbito de estudio.

Dicha investigación se llevó a cabo con los profesionales de los distintos equipos interdisciplinarios que componen el Servicio de Salud Mental de un Hospital Polivalente de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

San Antonio de Padua de la Concordia (más conocida como Concordia) es la cabecera del departamento homónimo. Se encuentra ubicada a la vera del Río Uruguay, limitando al este con la Ciudad de Salto, República Oriental del Uruguay. En su ejido se encuentra la represa hidroeléctrica de Salto Grande y sobre la misma el puente internacional Salto Grande mediante el cual se unen ambas ciudades.

Es la segunda ciudad más grande de la provincia en lo que respecta a habitantes, y la más grande de la costa del Uruguay (198.000 habitantes según Censo 2022 República Argentina[4]). Se destaca esta diferenciación geográfica (Costa del Uruguay y Costa del Paraná) ya que a nivel sanitario se retoma la misma como modo de regionalizar las acciones en salud.

La vida económica está sustentada por la actividad agroganadera principalmente, también turísticas, ligadas a complejos termales. Aloja sedes de la Universidad Nacional de Entre Ríos y de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. (Beade & Bargas, 2022, p. 117)

El hospital donde se realizó la investigación, corresponde al Tercer Nivel de Atención y su nivel de complejidad es Categoría II A, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos. Fue construido a partir del año 1.882 en la zona sur de la ciudad de Concordia, la de mayor desarrollo y progreso en aquel momento histórico, ya que concentraba importantes actividades comerciales: en las cercanías se encontraba el puerto, el molino de sal, varios silos y la estación ferroviaria.

[4] https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_entre_rios/

Actualmente, debido a las modificaciones económicas, culturales y sociales, la zona sur de la ciudad se ha transformado en una zona marginal y empobrecida, la actividad portuaria y ferroviaria es escasa, y los molinos son considerados como parte de la historia. Es menester destacar que el hospital se ubica muy próximo a zonas inundables de la ciudad.

Fue uno de los primeros y más complejos de la Mesopotamia, comienza su historia apenas 28 años después de la fundación de la Villa San Antonio de Padua de la Concordia. Desde 1860 hasta el año 1880 fue sostenido por damas de la beneficencia y perteneciente al orden católico.

Con gran júbilo en la sociedad concordiense, se tomó la noticia en 1880 de que se crearía un hospital nuevo con fondos del Estado provincial y de la comandancia de la ciudad que iba a aportar una hectárea en el solar ubicado a sólo 100 metros de la calle principal[5]. En 1882 se coloca la primera piedra fundacional. Por su cercanía al ferrocarril (medio de conexión con otras localidades y provincias), y la residencia de uno de los primeros médicos radicados a la vera del Río Uruguay, se convirtió en un establecimiento sanitario de referencia.

Actualmente, en la ciudad de Concordia existen dos hospitales de Tercer Nivel de atención, el hospital sede de la unidad de estudio de la presente, y uno de mayor complejidad Categoría VI.

Por Decreto Provincial N° 7027, el 18 de noviembre de 1999, el Poder Ejecutivo de Entre Ríos, establece la creación del Hospital de mayor complejidad, inaugurado en dos etapas, la primera en el año 2003, y la segunda en 2006. Se proponía el traslado de varios servicios del hospital ya existente. Los fundamentos radicaron en la facilidad y mayor cantidad de vías de acceso al nuevo hospital, el incremento demográfico en la zona norte de la ciudad, así como la necesidad de incrementar el nivel de complejidad sanitaria en la región.

[5] Datos recabados por un trabajador del establecimiento, que por interés propio construyó una reseña histórica para presentarla al Director del nosocomio ante el aniversario institucional.

El servicio de salud mental se encuentra ubicado en el Hospital de Categoría II A, es uno de los servicios que permaneció allí, a pesar del traslado de otros al "nuevo Hospital". Fue creado aproximadamente hace cincuenta años por un médico de ciudadanía italiana, integrado a un hospital general, polivalente, se trataba de un servicio que funcionaba a puertas abiertas, constituyendo una experiencia pionera para la época, influido por corrientes y movimientos importantes como la antipsiquiatría y las ideas vinculadas a la incorporación de la patología mental en el conjunto de las enfermedades y la crítica a la segregación de la locura en los hospitales psiquiátricos monovalentes.

Actualmente, las demandas que recibe y las prestaciones que allí se realizan son diversas y están en su mayoría en articulación con otras instituciones: Consejo Provincial de Niños, Niñas Adolescentes y Familia, escuelas del área programática, clubes, parroquia, y distintas áreas del poder judicial. Las prácticas varían desde atenciones individuales a grupales (todas desde una perspectiva integral de la salud y basadas en la interdisciplina), con acciones de prevención, promoción, atención y cuidado de la salud mental.

Estas características lo sitúan como uno de los únicos servicios diferenciados de la región, que cuenta con una sala de internación para pacientes agudos, mayores de 18 años, que transitan crisis en su salud mental. Asimismo, a nivel regional, es el más numeroso en cantidad de profesionales y diversidad de disciplinas del campo de la salud mental, abordando todos los ciclos de vida de las personas.

Población o universo de estudio.

El presente trabajo de investigación toma como unidad de estudio a las y los profesionales del Servicio de Salud Mental de un Hospital Polivalente de la ciudad de Concordia, Provincia de Entre Ríos. Dicho Servicio cuenta con seis equipos interdisciplinarios: Internación, Dispositivo Interdisciplinario de Apoyo Comunitario para la Externación, Equipo de Niñez, Equipo de Adolescencias, Equipo de Adulteces, Equipo de Consumos Problemáticos. Conformando un plantel de 52 agentes de salud -profesionales de psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, psicopedagogía, enfermería, musicoterapia, trabajo social, comunicación social y técnico operador social-, quienes distribuyen sus tareas en sala de internación, consultorios externos y abordajes en terreno.

Unidad de análisis.

Esta investigación toma como unidad de análisis las representaciones sociales acerca emergencias y desastres que tiene cada profesional del Servicio de Salud Mental de un Hospital Polivalente de Concordia.

Muestra.

Se trabaja con un tipo de muestra no probabilística, seleccionando a dos profesionales de cada equipo que componen el servicio de salud mental del hospital polivalente de Concordia, que acepten la participación en la presente**.** Esta investigación garantiza la composición interdisciplinaria de las y los profesionales concernidos en la presente.

Fuentes de información.

La presente investigación busca explorar las emergencias y desastres en el campo de la salud mental, a través de una aproximación cualitativa utilizando fuentes de información primarias, mediante la realización de entrevistas semi estructuradas a profesionales de cada equipo interdisciplinario del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia. También se analizan fuentes documentales referidas a las emergencias y desastres, publicadas por organismos públicos provinciales, nacionales, e internacionales. Esta combinación permite una triangulación de datos que enriquece la comprensión del fenómeno estudiado y proporciona una mirada más integral de la realidad.

Técnicas de recolección de datos

Se realizaron entrevistas semi estructuradas de corte cualitativo. Se implementaron preguntas abiertas, en base a una serie establecidas con anterioridad, pero sujetas a las variaciones que se produzcan en el encuentro.

"La conversación es un proceso que tiene como objetivo conducir a la persona estudiada a campos significativos de su experiencia personal, capaces de implicarla en el sentido subjetivo de los diferentes espacios que configuran su subjetividad individual. De estos espacios el relato va expresando de forma creciente su mundo, sus necesidades, conflictos y reflexiones, en un proceso que implica emociones que, a su vez, va facilitando la emergencia de nuevos procesos simbólicos y nuevas emociones, dando lugar a la trama de los sentidos subjetivos." (González Rey, 2006, pp. 161-162).

A diferencia de las entrevistas de tipo estructurada, las entrevistas cualitativas son por definición flexibles y dinámicas. Este tipo de entrevistas en particular son de tipo no directo, semiestructurado, no estandarizada y abierta.

Según Benadiba y Plotinsky *"La entrevista es una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones."* (Boniolo, Dalle, Elbert, & Satu, 2005, p. 23). Cada investigador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema, y sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma.

Asimismo, se realizaron análisis y estudios exhaustivos de documentos relevantes en relación a Emergencias y Desastres en salud mental, que incluyó análisis de contenido, tendiente a examinar y codificar el contenido de documentos para identificar patrones y temas. A partir de ello se extrajeron datos específicos pertinentes al objetivo.

Es desde las entrevistas semi estructuradas y análisis exhaustivo de documentos como se produjo el acceso a las representaciones sociales que tienen acerca de emergencias y desastres las y los profesionales del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia.

Ejes temáticos de indagación.

Eje 1- Sobre lo institucional: profesión de la persona entrevistada, equipo de trabajo al que pertenece, composición profesional del mismo, tareas que desempeña dentro del servicio, antigüedad.

Eje 2- Prácticas profesionales: acciones específicas enmarcadas en el campo de la salud mental que desempeña dentro del servicio. Situaciones concretas de abordajes inmediatos ante posibles riesgos de salud integral de personas y/o comunidades.

Eje 3- Sobre emergencias: cómo conciben las emergencias. Situaciones más recurrentes. Articulaciones entre emergencias y salud mental. Modos de abordajes. Posibilidades de intervenciones en situaciones de emergencias sociales.

Eje 4- Sobre los desastres: cómo significan los desastres. Posibilidades de intervenciones en los mismos. Qué situaciones consideran como una emergencia y cuáles como un desastre. Articulaciones entre emergencias y desastres en salud mental. Asociaciones entre los modos de percibir las emergencias y desastres y la posibilidad de intervenciones.

Resguardos éticos.

La presente investigación procura garantizar la confidencialidad e identidad tanto de las y los profesionales concernientes en la misma, como de la institución donde se llevó a cabo el trabajo de investigación. Se solicitó consentimiento informado a cada persona entrevistada que aceptó voluntariamente participar de la misma. Para ello se brindó la información necesaria de manera escrita sobre las personas a cargo de la misma, los objetivos, tipo de estudio, y el motivo de su participación. En un segundo apartado, se plasmaron los datos necesarios de las personas entrevistadas y

su constancia escrita de aceptación de participación. Asimismo se preservan todos aquellos datos explícitos que pudiesen comprometer la confidencialidad. Toda la información es tratada bajo estricto cumplimiento de la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25.326.

Técnicas de análisis de la información.

Se utilizó el Método comparativo constante[6], el cual permitió organizar el material recopilado pudiendo ampliarlo, contextualizarlo y realizar integraciones de lo obtenido. La interpretación no es ajena al proceso, ya que es necesario comprender los significados que las y los profesionales construyen en el contexto en el que se desenvuelven.

También se abordó el Análisis de Entrevista en la que se identificó los aspectos más relevantes, atendiendo sobre todo, aquellas frases significativas, los temas que se desarrollan en la misma, etc. Se analizaron aquellos significantes que resuenan y se repiten a lo largo de la entrevista.

Asimismo, se realizó el análisis exhaustivo de documentos provinciales, nacionales e internacionales y la extracción de información pertinente, permitiendo así una triangulación que aporta profundidad y complejidad al objetivo de la presente investigación.

[6] Glaser, Barney y Strauss, Anselm. The *Discovery of Grounded Theiry Strategic for Qualitative Research*; New York, Aldine Publishing Company, 1967. Estos autores sostienen que este método le permite al investigador simultáneamente codificar y analizar los datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente.

Antecedentes.

En la búsqueda de antecedentes en relación a la temática de Emergencias, Desastres y Catástrofes (EDC) primaron los relacionados con la pandemia Covid 19. Cabe aclarar que si bien se consultaron otros, como intervenciones en inundaciones y otros eventos adversos, se priorizaron aquellos que cuentan entre 5 a 10 años de antigüedad desde su publicación.

La investigación *"Impacto de la Pandemia por Covid 19 en los Servicios de Salud Mental en Argentina"* (Ardila Gomez & Rosales, 2021) es un estudio de corte cualitativo, transversal, basado en un estudio observacional, entrevistando a 76 trabajadores de salud de cinco jurisdicciones del país, entre el 8 de mayo y el 30 de junio de 2020. El objetivo fue caracterizar el efecto de la pandemia por COVID-19 en la provisión de servicios de salud mental en Argentina. Los resultados de la misma encuentran estrecha relación con la presente investigación, en tanto da cuenta del impacto que producen las EDC en los equipos de salud/salud mental, la implicancia que los mismos tienen en sus intervenciones, produciendo modificaciones en sus estructuras. También se relaciona con la población de interés y los aspectos de tipo metodológico.

La investigación *"Emergencia de salud pública: representaciones sociales entre gestores de un hospital universitario"* (Dirciara & Maria, 2013) fue llevada a cabo en Porto Alegre Brazil. Tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales de emergencias de salud pública entre gestores que experimentaron la Pandemia de Influenza A (H1N1) de 2009. Es una investigación cualitativa, del tipo estudio de caso, que encuentra su fundamentación teórica en la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS). Las informaciones fueron obtenidas por medio de las técnicas de asociación libre y de entrevistas semiestructuradas, aplicadas individualmente a gestores que actuaban en diferentes instancias de la estructura administrativa jerárquica de la institución, durante la emergencia pandémica, en un total de 30 participantes. Aportó a la presente, en articulación con la primera mencionada y coincidentes en ciertos criterios, el nexo que expone entre la teoría de la TRS y la Influenza A tomada en el marco de las EDC, sustento teórico que expone

ésta investigación. Asimismo, fueron oportunos los aspectos metodológicos, en cuanto a tipo de investigación, población y técnica de obtención de la información.

"Investigaciones sobre representaciones sociales desde una perspectiva procesual: articulaciones entre la investigación y la intervención psicosocial" (Dio Iorio, Seidmann, & Rigueiral, 2018) es una publicación científica en el marco de la Facultad de Psicología de la UBA, que tuvo como objetivo visibilizar una primera aproximación a los aportes de los estudios en Representaciones Sociales (RS) desde una perspectiva procesual al campo de la psicología social y de explicar puntos de encuentro entre la intervención y la investigación. Para ello, se realizó una reflexión teórica desde un análisis meta analítico de la producción del equipo de investigación en el período 2008 - 2018 en el marco de una de las líneas de investigación UBACyT de la cátedra de Psicología Social I (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires) sobre representaciones sociales y prácticas en el campo de las vulneraciones sociales. Es radical para ésta investigación el enfoque conceptual desde la Psicología Social y la profundización en lo que respecta a RS, en cuanto a la composición de las mismas y la articulación inherente con las prácticas profesionales, como así también los enfoques de abordajes en procesos de investigaciones.

Como se puede observar, las líneas de investigaciones escogidas denotan los aspectos psicosociales de las RS, en su mayoría coinciden en los tipos de diseños y técnicas de recolección de datos que son escogidas en la presente investigación.

"Integración de los lineamientos de salud mental con los principios de gestión para la reducción del riesgo de emergencias y desastres: el caso de la Red PROSAMIC en la Provincia de Buenos Aires" (Bentolila, Silvia, 2019). Desde el año 2005 hasta la actualidad (2018), la Red Provincial de Salud Mental en Incidentes Críticos (PROSAMIC), perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, ha cumplido con los lineamientos internacionales propuestos por la OPS/OMS para la implementación de planes

de salud mental en Emergencias y Desastres, bajo los principios de la salud mental comunitaria y los Marcos de Gestión para la Reducción del Riesgo Hyogo y Sendai. Sus principales acciones han sido desde el inicio: intervenciones en incidentes críticos y capacitaciones en el cuidado de la salud mental en emergencias y desastres. Este trabajo persigue dos objetivos: evaluar el desarrollo de la Red PROSAMIC con la metodología de "estudio de caso" para que pueda ser de utilidad como una referencia en la implementación de otros planos; y por otra parte, a partir de la fundamentación teórica de las prácticas de la Red, mostrar la articulación interdisciplinaria entre los marcos de gestión para la reducción del riesgo de desastre y los principios de salud mental comunitaria en la generación de un nuevo campo integrado en la salud mental en situaciones de emergencias y desastres.

Esta investigación resulta de interés en tanto contribuye, de manera exhaustiva, con densidad teórica en materia de Emergencias y desastres, y con documentos nacionales e internacionales que contextualizan la problemática a desarrollar. Pone en evidencia la existencia nacional de experiencias profesionales en abordajes psicosociales desde el campo de la salud mental en lo que respecta a las Emergencias y desastres.

Por último la publicación científica *"La Psicología de la Emergencia en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental"* (Arraigada & Cepeda, 2016) resulta de interés a la presente, ya que interroga acerca de cuál es el marco teórico y metodológico más apropiado, dentro de las disciplinas que componen el campo de intervenciones en Emergencias, Desastres y Catástrofes, para su cumplimiento. Exponen que, Rodríguez, Zaccarelli & Pérez (2006), sostienen que la atención psicosocial en catástrofes, emergencias y desastres requiere especialización profesional y conceptualización desde un marco específico, el marco de la Psicología de la Emergencia. Al igual que La publicación científica *"Desastres y Catástrofes: Herramientas de Pensamiento para la Intervención*" (Arito, Imbert, Jaquet, Cerini, Rígoli, & Kriger, 2020) realizan un gran aporte teórico en cuanto a las EDC desde una perspectiva integral en el campo de la

salud mental, referenciada a equipos técnicos y de la cual se sirvió esta investigación.

Capítulo II. Delimitación del problema de investigación y marco conceptual.

Representaciones Sociales. Emergencias, Desastres y Catástrofes.

El presente capítulo es la construcción de un marco conceptual: *"un conjunto coherente, articulado de instrumentos de análisis e intervención, que permite definir problemas, registrar lo novedoso, delinear hipótesis y recursos de operación"*. (De Riso Silvia, Jacquet Mónica, 2020).

Este marco encuentra su apoyatura en la práctica, desde donde nace en concreto lo conceptual, movimientos espiralados que articulan teorías y práxis, un pasaje por lo cotidiano, que encuentra su resignificación en un ida y vuelta con el trabajo de formación. Esto significa, como todo trabajo perteneciente al campo de la salud, que es implicante, no somos sujetos en exterioridad en relación a otros/as.

Las Representaciones Sociales.

Si aceptamos que los sistemas simbólicos
son productos sociales que producen el mundo,
que no se contentan con reflejar las relaciones sociales
sino que también contribuyen a construirlas,
entonces debemos admitir forzosamente,
que es posible, dentro de ciertos límites,
transformar el mundo transformando su representación.

Pierre Bourdieu y Loic Wacquant

El término **Representaciones Sociales (RS)** se aborda desde la perspectiva psicosocial. El desafío propuesto reside en tensionar esta categoría teórica con el de emergencias y desastres, dar cuenta sobre los

modos en que profesionales de salud mental perciben, definen a las mismas y construyen conocimientos sobre ellas, las cuales estarán modeladas por variables tales como la historia, la cultura, los valores de la época.

Serge Moscovici (1979) plantea que la Representación Social es una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de comportamientos y la comunicación entre los individuos. *"La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible a la realidad psíquica y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación".* (Moscovici, 1979, p. 17-18).

Moscovici (2012) señala que los seres humanos construyen teorías acerca de los objetos percibidos y, por lo tanto, atribuyen interpretaciones propias a los mismos, en las que juegan un rol preponderante los aspectos socio-culturales. Estas ideas se expanden entre los grupos sociales, los territorios y las disciplinas e instituyen los significados de las experiencias compartidas, los cuales pueden ser comprendidos en términos de representaciones sociales. *(*Moscovici*,* et.al*,* 2012*).*

Denise Jodelet (1984) sostiene que el campo de las RS designa al saber del sentido común, son conocimientos prácticos que procuran comprender, explicar y abarcar las situaciones que ocurren en la vida cotidiana. "*Este conocimiento se constituye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social"* (Jodelet, 1984, p.473).

En este sentido, la información y las ideas comienzan a circunscribirse en sectores sociales y campos, conformando modos de pensar y accionar. "*sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios* (…) *que no representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad; (…) sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos*

orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social." (León, 2002, p.369).

Dio Iorio Jorgelina (2006) plantea que abordar las RS supone considerar dos dimensiones constitutivas, que por lo general se abordan de modo separado: las RS como conocimientos, es decir, como significados sobre el mundo cotidiano, y las RS como prácticas, es decir, como experiencias y acciones concretas. "*Siguiendo a Moscovici (1973, 1984, 2003), las RS constituyen tipos particulares de estructuras de conocimiento que tienen como función aportar medios compartidos intersubjetivamente para comprender, clasificar y orientarse en la vida cotidiana. Configuran sistemas de referencia explicativos que permiten interpretar lo que sucede e incluso dar sentido a lo inesperado".* (Dio Iorio, et. al, 2018, p. 54).

En continuidad a lo desarrollado, Moscovici (1979) define los procesos a través de los cuales se generan las representaciones sociales: la objetivación y el anclaje. La primera traslada la ciencia al dominio del ser y el anclaje la delimita en el del hacer; así como la objetivación presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social, el anclaje hace visible la manera en que contribuyen a modelar las relaciones sociales.

Se plantea así como las RS pueden ser estudiadas en el marco de una investigación. Según Haas y Jodelet (1999) el estudio de las RS aborda los contenidos del pensamiento y los aspectos procesuales de su funcionamiento, en los contextos espaciales, temporales y espacios mentales en los que se construye el conocimiento. Esto significa que hay dos aspectos complementarios del pensamiento: el conjunto de contenidos referidos a cierto estado del mundo -pensamiento constituido- y la actividad mental que elabora dichos contenidos -pensamiento constituyente- (Haas & Jodelet, 1999).

De ambos aspectos, devienen distintos abordajes para estudiar las representaciones sociales: el procesual que da cuenta acerca de cómo se conforman las representaciones sociales en los procesos de interacción -pensamiento constituyente- y el estructural que estudia sus contenidos -

pensamiento constituido-. Es desde esta última propuesta teórica que se propone indagar y analizar las representaciones sociales que tienen acerca de las Emergencias y Desastres profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

Desde una perspectiva estructural, las representaciones sociales como objeto de investigación están organizadas en torno a un núcleo central que determina su significación y organización, el cual *"desempeña un papel esencial en la estabilidad y coherencia de la representación, garantiza su perennidad y conservación en el tiempo"* (Abric & J.C., 1994, p.26).

Lo característico de su contenido es que *"está determinado en parte, por la naturaleza del objeto representado y, por otra, por la relación que el sujeto - o el grupo - mantiene con ese objeto, y finalmente, por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo"* (Abric & J.C., 1994, p.23). Asimismo, alrededor de dicho núcleo, se organizan los elementos periféricos de manera jerárquica en función de la proximidad al mismo. Constituyen lo esencial del contenido de la representación y abarcan informaciones seleccionadas, juicios, creencias, y están determinados por aspectos más individuales y ligados al contexto inmediato. Son prescriptores de las conductas. Además, protegen al núcleo central y permiten el anclaje en la realidad.

Por lo tanto, las representaciones sociales son, por un lado, estables y rígidas debido a que están conformadas por este núcleo central anclado en un sistema de valores compartido y, por otro, son móviles y flexibles ya que se nutren de las experiencias individuales y contextos específicos.

Por todo lo expuesto, Interesa a la presente, abordar las representaciones sociales acerca de emergencias y desastres que tienen las y los profesionales de salud mental como colectivo, siendo objetivo la indagación y el análisis de las mismas, pudiendo establecer divergencias y convergencias entre ellas.

Sobre Emergencias, Desastres y Catástrofes.

Las emergencias, desastres y catástrofes (EDC), también denominadas de manera generalizada como eventos adversos o incidentes críticos (Santini, 2015), serán entendidas desde un enfoque psicosocial, las cuales constituyen hechos cuyas causalidades y sus manifestaciones no pueden atribuirse a la "fuerza de la naturaleza", sino que están atravesadas y constituidas por variables tales como las culturales, geográficas, sociales y su correlación con los intereses económicos y políticos globales y/o locales y los poderes que expresan. Son hechos de origen antrópico que provocan tragedias evitables y requieren desnaturalizar lo natural. Son conceptos que deben entenderse como procesos complejos (ni causales ni unidireccionales) que se desarrollan en las interacciones entre las condiciones socio-históricas- políticas y las naturales – ambientales. (Arito et al, 2020).

Las EDC, más allá de su origen, por la violencia y la intensidad del impacto siempre son una construcción social. *"Ello debido a las consecuencias derivadas; a los problemas para su abordaje; a la existencia o ausencia de medidas preventivas y preparatorias para su mitigación; a la capacidad o no de respuesta; a la eficacia y control de la situación como al desarrollo del proceso de significación y estructuración de sentidos sobre lo ocurrido"* (Santini, 2015, p.7).

También, cuando se trata de dichos eventos adversos se hace referencia a aquellos que por sus características de imprevistos involucran a un gran número de sujetos y no tienen las características de efectos climáticos o naturales, tales como siniestros viales con múltiples víctimas, explosiones de edificios y derrumbes.

Las EDC se distinguen, en su conceptualización, según el número de afectados/as, los daños que provocan, la ayuda internacional que requieren, entre otras distinciones. Tienen en común el hecho de que irrumpen en la vida social y logran una afectación en las vidas cotidianas en las comunidades en

general. El sufrimiento, la carencia y los riesgos son emergentes de denominador común en ellas, alterando las modalidades de relaciones personales, requiriendo comprensión y asistencia. Son procesos dinámicos, por lo que sus estudios y abordajes deben ser en situación (Arito et al, 2020).

El tratamiento de las EDC ha sido abordado desde varios enfoques, diferenciados en tres momentos y desde distintas lógicas disciplinares. Sandra Arito (2022) realiza un recorrido clarificador de ellos que a continuación se exponen.

En primer lugar sitúa el enfoque de las Ciencias Sociales, en los años 70, donde el acento estuvo dado en los fenómenos naturales, "desastres naturales", los cuales se consideraban impredecibles y de carácter extraordinario. Se eluden responsabilidades sociales y políticas. Las comunidades y sujetos se sitúan como meros receptores pasivos de lo acontecido.

En segundo lugar expone el enfoque de las Ciencias Aplicadas, entre los años 70 y 80, donde tienen influencias las ingenierías. Surgen objetivos como la medición del impacto de los fenómenos, por lo que se introduce el concepto de vulnerabilidad para explicar los daños y pérdidas, los cuales resultan así medibles. Las propuestas estaban en relación a medidas estructurales, y se reconoce aquí las responsabilidades sociales y políticas.

El último enfoque y desde el cual se posiciona la presente investigación es el que se refiere a las Ciencias Sociales, el cual comprende a las EDC como la confluencia entre lo natural y el sujeto, en las interacciones de las condiciones socio- históricas-políticas y las naturales-ambientales. Se expone así que la capacidad es afectada por vulnerabilidad pre-existente. Vulnerabilidad refiere a las condiciones estructurales de vida socialmente producidas que anteceden al fenómeno. García Acosta (1992) agrega que la vulnerabilidad no se determina por «fenómenos peligrosos», sino por la convergencia de ciertos procesos sociales, económicos y políticos. La dimensión psicosocial no puede aislarse o separarse cuando se consideran los efectos de un desastre, es un concepto transversal a todas las decisiones que

se toman para las respuesta en situaciones de emergencias o desastres (OPS, 2010).

Desde esta perspectiva teórica se entiende a EDC como procesos y no como producto- relacionados con el primer y segundo enfoque arriba mencionados-., poniendo énfasis *en "las particularidades sociales y naturales que en su conformación e interacción proveen las condiciones para que los desastres sucedan"* (Lavell, 2004, p. 37). Ello implica un profundo conocimiento del tiempo, la historia, el territorio y de los núcleos humanos que allí habitan. Se introduce el enfoque de la «construcción social del riesgo» y el «ciclo o continuo del riesgo» del cual el desastre es un momento que implica una transformación y una nueva construcción del riesgo en el espacio colectivo. (Lavell, 2004).

Se plantea así al riesgo como concepto clave, el cual está en directa relación con vulnerabilidad social *"poniendo el énfasis en la vulnerabilidad como el agente activo en los desastres naturales y no en el fenómeno natural mismo"* (Arito et al, 2020, p. 20).

El concepto de riesgo no es novedoso como tal, sino que ha sido abordado en diferentes momentos históricos y científicos, puesto en consideración con los avances culturales, sociales, económicos y políticos de las comunidades. Mary Douglas (1996) y Ulrich Beck (1998) se han ocupado profundamente en abordar la temática y coinciden en denominar sociedad de riesgo señalando que, en la modernidad avanzada, la producción social de riqueza va acompañada sistemáticamente por la producción social de riesgos.

Por lo tanto los problemas y conflictos de reparto de bienestar de lo que denominan sociedad de la carencia son sustituidos por los problemas y conflictos que surgen de la producción, definición y reparto de los riesgos producidos por los avances científico-técnicos (Beck, 1998).

El riesgo así, con la modernización e industrialización ha puesto el acento en las comunidades enteras, no en grupos o individuos sino en todas las comunidades que habitan el planeta.

"Los «riesgos parecen fortalecer y no suprimir la sociedad de clases», los ricos, ya sea en ingresos, poder o educación, pueden comprar la seguridad y la libertad respecto del riesgo". (Beck, 1998, p. 40). Por lo tanto también el mercado aquí es beneficiario y profundiza las desigualdades sociales.

"La sociedad del riesgo es la sociedad de la ciencia, de los medios y de la información. Es así que se producen las «luchas de definición» orientadas a imponer la medida, el grado y la urgencia de los riesgos, provocando una fuerte tensión entre la supresión del riesgo y el negocio; la producción y el consumo de definiciones de riesgo atraviesa todos los ámbitos de actuación social»" (Beck, 1998, p. 53).

A su vez la antropóloga Mary Douglas (1996) propone el concepto de cultura del riesgo, otorgando otro sentido al mismo, apoyada en la percepción del riesgo, expone que en los procesos culturales que seleccionan diversos tipos de peligros, las instituciones son medulares y debe haber un consenso sobre las cuestiones que deben evitar:

"Dado que un foco sobre un tipo de peligro distrae la atención sobre otros, se sigue que la vigilancia perceptiva no será casual y tendrá relación con el tipo de organización alcanzado en una sociedad determinada" (Douglas, 1996, p. 92).

Las actuales corrientes de pensamientos proponen el enfoque de construcción social del riesgo, como un proceso dinámico y cambiante cuyos elementos fundamentales no están constituidos por la mera suma o multiplicación de amenaza con vulnerabilidad, sino por la interacción entre éstas, puesto que no pueden definirse independientemente una de la otra. Sólo si hay vulnerabilidad puede haber amenaza y viceversa (Lavell, 2004).

Se entiende a la amenaza como la probabilidad de que ocurra un evento detonador o desencadenante de origen natural. Por su parte vulnerabilidad refiere a la predisposición que tiene una comunidad de ser afectada o sufrir efectos adversos en caso de que se manifieste una amenaza (Arito, 2022).

El riesgo es inherente a las sociedades modernas y por lo tanto debe ser gestionado mediante el análisis de causas para su mitigación, las sociedades deben trabajar sobre sus vulnerabilidades.

Las problemáticas de las EDC, requieren de la gestión integral, debe ser un proceso de todos los sectores de la sociedad. El estado se convierte así en el agente principal en pos de colectivizar a la comunidad en el impulso para los afrontamientos y medidas preventivas, prácticas y apropiación de los sucesos.

"Claro está que la gestión pública incluye a los diferentes sectores y organizaciones no gubernamentales de una sociedad; es necesaria y fundamental la concertación entre la sociedad política y la sociedad civil en todo lo que concierne al trabajo previo y posterior a EDC." (Arito et al., 2020, p. 25).

El riesgo tiene un contenido político, porque está abierto a procesos sociales de definición, por lo tanto genera disputas de poder. El riesgo no desaparece sino que se gestiona y el rol del Estado es fundamental debiendo construirse políticas de estado donde se considere al riesgo como una cuestión social y por lo tanto son la respuestas sociales la clave para sus abordajes.

Por último, en las generalidades propuestas en el comienzo de esta teorización, se abordará una introducción respecto a los abordajes de las EDC.

Las intervenciones en situaciones de EDC son complejas desde el punto de vista psicosocial, ya que intervienen múltiples variables y requieren de ser pensadas en situación, por lo que Sandra Arito (2020) plantea que no existen recetas de cómo trabajar. Aunque sí, hay premisas básicas para el trabajo con comunidades afectadas, para lo cual hay que conocer los posibles impactos a niveles subjetivos y comunitarios producidos estos sucesos.

En relación a intensidad y violencia del impacto como la capacidad de absorción o no de sus consecuencias bio-psico-socio ambientales, estos eventos pueden generar serias exigencias y crisis adaptativas a los/las impactados/as y afectarlos/as en distintos aspectos que hacen a su salud, a su cotidianidad, en relación a pérdidas de personas significativas como a las de

sus actividades laborales, económicas, servicios, y la modificación de su ambiente y sus referencias identitarias. (Santini, 2015).

Los modos de nombrar cobran importancia porque inciden tanto en el sujeto como en las intervenciones que las y los profesionales llevan a cabo, por lo tanto se define a la persona afectada por una emergencia o desastre como damnificado/a y no como víctima. Se define damnificado *"como la persona que ha sufrido un daño, a diferencia del concepto de víctima, que establece una relación anquilosante entre lo social y la situación en la que el individuo queda capturado"*, entonces se piensa a la persona damnificada desde la posibilidad de movimiento psíquico, preservando la subjetividad de la misma. (Benyakar, 2002, p. 10)

"Desde las ciencias sociales y humanas sabemos del peso que adquieren algunas palabras que estereotipan, que rotulan. Se considera importante poner énfasis en la idea de no «sujetar a los sujetos» con los que se interviene, a partir de definirlos capturando su situación sólo desde un único rasgo de su identidad (...) No se pretende negar un rasgo de identidad que los distingue, sino habilitar desde toda su potencia la condición de sujeto sin dejarlos capturados subjetivamente y en la interacción a un único rasgo de identidad –aunque fuera en ese momento predominante–. Estas personas no son sólo víctimas, también son hijos, padres, trabajadores, abuelos, vecinos, amigos, entre otras múltiples posibilidades." (Imbert et al., 2020, p. 55).

Conceptualizaciones de Emergencias.

"Etimológicamente emergencia presupone «emerger», «salir», entendiéndose como el tránsito de un estado a otro". (Imbert et al., 2020, p.19).

La Organización Mundial de la Salud define a las emergencias de manera generalizada, como eventos donde existe riesgo de vida inminente. Ante estas situaciones, la persona debe ser atendida inmediatamente, en el lugar del hecho y durante el traslado hacia el centro asistencial. La atención debe estar centrada en base al paciente adecuado (clasificación o "triaje" sanitario), en el tiempo adecuado, hacia la institución sanitaria adecuada. (Faillace, 2017).

Realizando un análisis de las políticas sanitarias nacionales en materia de emergencias (lo que será profundizado en apartado específico), en el Boletín Oficial de la República Argentina[7], se define a la emergencia como "verificación médica de condiciones de daño a la salud que impliquen sufrimiento grave o riesgo inminente de muerte lo que requiere tratamiento médico inmediato". (Ministerio de Salud, Res. N°2211/2015).

Es menester explicitar que la pandemia Covid-19 marcó un hito en las políticas públicas de salud. La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de Argentina, enmarcaba a las mismas -anterior al evento pandémico- dentro componente pre-hospitalario, es decir aquellas acciones sanitarias que se llevan a cabo inmediatamente producido el evento crítico y en el cual hubiese riesgo de vida inminente, considerando desde la activación del sistema de emergencias hasta la llegada del usuario al centro asistencial.

En relación a Salud Mental, desde la Dirección de Salud Mental Nacional, se publicaban contenidos de las Urgencias situándolas más en el orden de las descompensaciones psíquicas o crisis subjetivas. De este modo se puede identificar conceptualizaciones más biologicistas y/o de corte

[7] En el marco de "REQUISITOS DE BUENAS PRÁCTICAS PARA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE URGENCIA Y EMERGENCIA -DEROGACIÓN DE LA RES. GMC N° 12/07-.

individual[8]. Durante y posterior a la Pandemia Covid 19, se visualizan publicaciones y contenidos que incorporan las dimensiones de la subjetividad y los aspectos psicosociales en el marco de las emergencias y desastres.

Para el psicólogo argentino Oscar Santini (2015) se denomina emergencias cuando es inminente su ocurrencia o se está produciendo y requiere una intervención inmediata, o cuando es de carácter focalizado, con múltiples damnificados y/o víctimas y masivos por su gravedad y daños provocados y extensión del evento mismo.

Arito (2022) las define como un asunto o situación imprevista que irrumpe con lo establecido en determinado momento. Se constituyen como emergencia social en tanto producen impactos y demandan posibilidades de significación de lo ocurrido tanto de una persona como de la comunidad.

La emergencia es una situación adversa, a veces repentina e imprevista, que hace necesario tomar decisiones inmediatas y acertadas para superarla. Puede afectar a una persona, un grupo social, una comunidad, una región o un país, y su atención se hace con recursos propios, sin requerir de ayuda externa de ningún tipo. (Bentolila, 2019).

Desde el enfoque psicosocial, Ana Pampliega de Quiroga caracteriza la emergencia social como *"la modificación súbita y significativa de las condiciones materiales y sociales de existencias de una comunidad y al impacto que dicha modificación provoca en sus miembros. Esa transformación radical de condiciones de vida puede tener su origen en fenómenos naturales (…) o surgir por causas socio-económicas y políticas (…)"* (Pampliega de Quiroga, 1986, p. 233).

La calificación de social, según Quiroga, se relaciona con el fracaso de las estructuras sociales, que afecta la vida familiar-social y comunitaria generando riesgos que superan los propios derivados de la vida cotidiana.

[8] Ejemplos de publicaciones tales como "Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas" (2004); "Lineamientos para la atención de las urgencias en salud mental"(2013).

Son acontecimientos traumáticos colectivos que ocurren en cualquier momento y no se relacionan con etapas vitales o sociales de desarrollo de las personas, grupos o comunidades. Irrumpen repentinamente y siempre requieren de acciones inmediatas ya que amenazan y ponen en riesgo la supervivencia. (Arito, et. al, 2020).

También Beyankar (2006) relaciona este concepto con el de crisis, que expresa el tránsito de una situación a otra. Esencialmente refiere a un período signado por transformaciones cuyo desenlace desconocemos. La intensidad de las mismas depende de la habilidad de enfrentamiento y de manejar ese estado tanto a nivel individual, comunitario, grupal o familiar. (Benyakar, 2006).

En este sentido Arito (2021) define a crisis -en articulación con emergencias- como la ruptura de continuidad, produciendo transformaciones y dependiendo de las posibilidades y recursos que el sujeto tenga para sí y otros. Entrañan un potencial de recuperación, requiriendo de su comunidad para elaborarla.

Las corrientes más actuales de pensamientos en relación a las EDC, incorporan además la categoría de riesgo, la amenaza y vulnerabilidad, y sostienen la naturaleza compleja, social e histórica de estos conceptos y su manifestación en la realidad concreta. (Arito, et.al, 2020).

Conceptualizaciones de Desastres y Catástrofes.

Desastres etimológicamente deriva del latín compuesto por los vocablos: "dis" que significa negativo o contrario y "astrum" que equivale a estrella, astro, y refiere a quedarse sin astro protector de acuerdo a la evolución mítico religiosa de ese momento y cultura, sin posibilidad de control humano.

Según la Organización Mundial de la Salud, *"un desastre se define como situaciones imprevistas que representan serias e inmediatas amenazas para la salud pública o cualquier situación de salud pública que pone en peligro la vida o salud de una cantidad significativa de personas y exige la acción inmediata"* (González, Rubalcaba 2010) .

El Comité Coordinador de Naciones Unidas sostiene que *"un desastre es, desde el punto de vista sociológico, un evento ubicado en tiempo y espacio que produce condiciones bajo las cuales la continuidad de la estructura y los procesos sociales se torna problemática"* (López-Ibor, 2004, p. 5).

El psicólogo argentino Oscar Santini expresa en virtud de desastres: *"Este término denota situaciones de desamparo en las que se encuentran las comunidades y sujetos impactados, ya que sintetiza la vulnerabilización, la impotencia y el abandono de figuras protectoras revestidas de omnipotencia, quedando a merced de fuerzas poderosas e incontrolables"* (Santini. 2015,p. 9).

Arito (2020), Pampliega de Quiroga (1986), Santini (2015), consideran que son acontecimientos traumáticos debido a su característica de imprevisto, de irrupción repentina de la vida cotidiana y a la necesidad de respuesta inmediata ante las inminentes amenazas que ponen en riesgo la supervivencia. Estos acontecimientos no se relacionan con etapas vitales o sociales del desarrollo de personas, grupos o comunidades.

Según López-Ibor (2004) existen dificultades en arribar a una definición global sobre desastres al considerarlos como acontecimientos traumático. Algunos autores como Freud, Winnik, Furest, Crocq, Benyacar, consideran que acontecimiento traumático es inherente a la complejidad de la existencia y por

lo tanto aún no pueden contar con un consenso (López-Ibor, 2004). Más allá de esta dificultad, se necesita definir para comprender, ya que todo desastre desencadena la pregunta sobre su sentido, por lo tanto el propósito es entenderlos y afrontarlos.

Los desastres son acontecimientos a consecuencia de un peligro que afectan a un grupo social y que producen tales pérdidas humanas y materiales, que los recursos del grupo social se ven desbordados y no pueden ser afrontados con los mecanismos sociales habituales con los que se afrontan las emergencias y que el impacto psíquico puede ser amortiguado por el mismo grupo social o por ayuda externa. (López-Ibor, 2004).

El autor plantea una articulación conceptual que en su complejidad se definen mutuamente: riesgo, peligro y desastre. Respecto al primer concepto, *"es un acontecimiento o característica natural que implica un riesgo a los seres humanos, es decir, es el agente que llegado el momento, produce el daño individual o colectivo. Por tanto peligro es algo potencial. Riesgo es el grado de exposición al peligro, que se define por su probabilidad. El desastre es la consecuencia del peligro, la actualización del riesgo".* (López-Ibor, 2004, p. 3).

Asimismo, se denomina desastre cuando el impacto y progresividad es estructural, y afecta a sujetos, comunidad, bienes, servicios, ambiente y desborda y colapsa el sistema de respuesta (Santini, 2015). No está definido por la cantidad de personas afectadas, ya que pueden provocarlos la falta de prevención, de preparación adecuada, o no contar con los recursos necesarios para afrontar el evento.

En virtud del impacto que provocan los desastres, Santini (2015) expresa: *"En relación a la intensidad y violencia del impacto, como la capacidad de absorción o no de sus consecuencias bio-psico-socio-ecoambientales, estos eventos pueden generar ciertas exigencias y crisis adaptativas a los impactados y damnificarlos en distintos aspectos que hacen a su salud, a su cotidianidad, debido a las pérdidas sufridas de personas significativas como en general, esto es, de su actividad formativa, laboral, social, económica, de*

servicio; también por la alteración y daños producidos en su hábitat, en lo eco-ambiental y en sus referencias identitarias". (Santini, 2015, p. 7).

Desde la misma perspectiva anteriormente mencionada, Arito (2020) retoma a Alicia Stolkiner, aludiendo a desastres y catástrofes indistintamente como acto de la naturaleza o del hombre, cuya amenaza es de suficiente gravedad y magnitud para justificar asistencia de emergencia, rebasando en una comunidad determinada su capacidad de respuesta.

Por lo tanto esta investigación, alegando a la indiferenciación teórica planteada, trabajará sobre catástrofes y desastres sin necesidad de distinciones radicales.

Autores como García Acosta (1992) y Lopez Ibor (2004) concuerdan en que no existen desastres meramente naturales, ya que siempre está presente la mano del hombre, la intervención del ser humano, por lo que el grado de desarrollo de un grupo social es determinante. Expresa García Acosta al respecto:

*"Se debe evitar la confusión en el uso de términos como fenómeno natural y desastre natural, pues resulta frecuente su empleo como sinónimos. Algunos fenómenos naturales son destructivos, pero no siempre causan desastre, como por ejemplo un terremoto que ocurre en una zona despoblada". (*García Acosta 1992. P.7).

Moty Benyakar (2006), psicoanalista argentino, propone dos tipos de catástrofes las provocadas por el hombre y las que son productos de la naturaleza pero en su recorrido teórico, y en la misma perspectiva anteriormente citada, explicita que más allá de la diferenciación, aunque el evento pudo ser "natural" el hombre intervino con sus decisiones y acciones.

"Aún en los desastres llamados naturales siempre es posible actuar preventivamente, las poblaciones pueden recibir preparación física y psíquica para no sentirse tan desvalidos en el momento en que la situación irrumpe en sus vidas. De todos modos, es insuficiente lo que existe en materia de

preparación psicológica, comparado con los logros tecnológicos alcanzados para la defensa de los bienes materiales" (Benyakar, 2006, pp.115-116).

Más allá del origen se caracterizan por confrontar al ser humano en forma súbita y sorpresiva con su vulnerabilidad y desvalimiento, disminuyendo casi totalmente la autonomía y el autocontrol relativos de los individuos (Benyakar, 2006).

Salud Pública en Emergencias y Desastres.
Salud pública- Salud colectiva.

La principal consecuencia del modelo propuesto
es que nos pone de nuevo ante una tarea
muy difícil pero posible…la de investigar en la realidad
concreta qué es la salud. Descubrirla en cada caso,
allí donde se la ha perdido y aparece como problema.
Conocerla por referencia a la índole peculiar de los niveles
de los procesos reproductivos que están en juego
y buscar su síntesis mediante recursos conceptuales adecuados.
Juan Samaja

Este apartado propone un recorrido por los lineamientos y abordajes en materia de emergencias y desastres, instituidos por organismos oficiales que componen el campo de la salud/salud mental, en pos de contribuir a la profundización teórica y al análisis de los datos recabados en esta investigación.

Se considera oportuno y necesario realizar una aproximación conceptual acerca de Salud Pública/ salud colectiva - campo general en la que se inscribe la presente- que sirva de marco a las conceptualizaciones de representaciones sociales, emergencias y desastres que tiene como central este estudio.

La salud pública según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. (O.M.S 1998)

La O.M.S. reconoce que existen distintos enfoques en la literatura sanitarista y establece una diferencia entre la salud pública y "una nueva salud pública", poniendo de manifiesto los distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para

solucionar los problemas de salud pública. *"Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud".* (O.M.S. 1998).

Autores como Berlinguer (1994), Ferrara Floreal (1985), Sousa Campos (2001) introducen en sus conceptualizaciones el campo de "lo social" como concepto determinante del campo de la salud, preponderando a la comunidad, descentralizando al paradigma biologicista y mecanicista como aspecto que determine a la misma *"(…) La Salud Pública es una construcción social y por lo tanto depende de valores, es decir la resultante de la asunción y de la lucha de algunos valores contra otros"* (Wagner de Sousa Campos, 2001, p. 181).

Ferrara Floreal (1985) plantea que a la salud hay que entenderla en el área de la comunidad y las clases sociales que la integran, adherida al proceso histórico donde se producen sus determinantes y se generan la distribución de sus condiciones entre los integrantes de la sociedad.

Sousa Campos (2001) refiere al término de Salud Colectiva-, entendiéndose como parte del campo de la salud, y será su objetivo el apoyo a los sistemas de salud, la elaboración de políticas y la construcción de modelos, la producción de explicaciones para los procesos de salud/ enfermedad/ intervención y específicamente se encargará de las prácticas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. En relación a ello plantea que todas las prácticas intervinientes en el campo de la salud debieran incorporar la mirada de la salud colectiva. Esto llevaría a un cambio en los modelos de atención y en la lógica con que funcionan los servicios de salud.

La crisis de la medicina y su modelo, produjo condiciones para la aparición de otras concepciones de salud que la relacionaban con los modos de producción, la pertenencia a colectivos sociales así como también al modo en que se organizaban socialmente las acciones de salud. Numerosos autores

localizan esta crisis de la medicina en los años 60 y se señala de dicha crisis dos aspectos contradictorios, "el avance tecnológico en la lucha contra las enfermedades y el estancamiento simultáneo de sus beneficios posibles en las poblaciones"- (Stolkiner & Adila Gómez, 2012). El modelo se resquebraja: contamos con el saber para curar más enfermedades pero se beneficia menos gente, lo que Belmartino nombra como "triple crisis del modelo": crisis de costo, de eficacia y de accesibilidad". (Beltramino, S. 1987).

Distintas corrientes de pensamiento comenzaron a problematizar las concepciones de salud y de enfermedad, las prácticas que hegemonizaban el campo de la salud; el modo de introducir lo social en los análisis y a *"(…) poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad".* (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

No encontramos este pensamiento reunido en una escuela pero si distinguimos algunas de estas corrientes de pensamiento –Medicina Social, Epidemiología Crítica, Movimiento de Salud Colectiva Latinoamericana, que encuentran origen en los límites con que tropezó la medicina y su modelo tradicional y positivista, con los aportes recibidos de la salud mental y de las particularidades de la realidad social, política y económica de Latinoamérica. No son una escuela, así como no proponen una respuesta asertiva a la pregunta qué es la salud, ello entraría en contradicción con el paradigma que los constituye.

Pese a ello es posible distinguir en estas corrientes de pensamiento lineamientos, aspectos en común o interrogantes en común sobre ciertos puntos de ruptura:

- La revisión de los modelos causalistas o dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental) incorporando la idea de proceso como posibilidad de dar cuenta de la complejidad del fenómeno (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012) y transformando algunas dicotomías en categorías de análisis diferenciadas.

- El esfuerzo hecho para construir categorías de análisis social. Las categorías proceso de producción y reproducción social y clase social fueron herramientas centrales de sus postulados e investigaciones. (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

- Un análisis crítico hacia la mercantilización de la salud y a la contribución de la inequidad en las organizaciones de la salud. También propuestas para revertir estos aspectos.

- La incorporación de aportes y debates de las ciencias sociales así como nuevos actores sociales. *"Los derechos de ciudadanía, la cuestión del Estado y políticas sociales, las categorías de género o de pertenencia cultural-étnica, las problemáticas de la subjetividad, los debates sobre crisis y nuevos paradigmas en el campo del conocimiento científico, así como nuevos objetos complejos como la violencia, se incorporaron a los discursos y estudios del campo"*. (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

Afirman Stolkiner y Ardila que *"Si algo caracteriza la producción (…) es la confluencia entre densidad teórica y eficacia pragmática, la articulación entre producción académica rigurosa, práctica política y herramientas de gestión"* (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012), observación que merece ser valorada porque esta corriente de pensamiento busca armonía epistemológica con el paradigma que la sustenta no disociando conceptualización de prácticas y de gestión y herramientas de gestión en un gesto que honra el pensamiento marxista -que nutre y ha nutrido a estas corrientes de pensamiento- respecto al concepto de praxis (el pensamiento y la acción para la transformación de la realidad).

Estas concepciones incorporan y debaten -en relación al proceso salud enfermedad- la categoría subjetividad que recuerdan el trabajo freudiano de principios del SXX argumentando que los padecimientos también son el relato que se hace del mismo y que Canguillem (2004) sitúa *(…) "la definición de salud que incluye la referencia de la vida orgánica al placer y al dolor experimentados como tales, introduce subrepticiamente el concepto de cuerpo*

subjetivo en la definición de un estado que el discurso médico cree poder describir en tercera persona".

Rompen con la idea de salud como normalidad, incluyen en el proceso salud enfermedad las formas instituidas socialmente a las acciones en salud (atención) y en el salto epistemológico, esta corriente definitivamente problematiza la función y lugar de los conceptos. (Beade, 2020)

En lo que respecta a emergencias y desastres, lo social, lo comunitario, los procesos y las dinámicas relacionales, -tal como se ha planteado en el marco conceptual- son inherentes y definitorias en intervenciones -prácticas sanitarias- desde el campo de la salud/salud mental. Tejiendo nodos conceptuales, resulta medular plantear la Atención Primaria de la Salud (APS) como transversal a cualesquiera sean los niveles de atención en los que se intervenga.

Según lo retoma Saforcada desde la Declaración de Alma – Ata (1.978) la APS *"Es la asistencia sanitaria esencial basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Forma parte tanto del Sistema Nacional de Salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud"* (Saforcada, 2001).

Este modelo de atención debe ser el centro del sistema sanitario y debe abarcar todos los niveles de atención, esto quiere decir que no se debe confundir el primer nivel de atención (el cual también incluye esta perspectiva) con la Atención Primaria de la Salud, la cual debe atravesar y organizar todos los niveles del sistema sanitario.

Esto llevará a la protección de la salud y su promoción, indispensables para mejorar la calidad de vida y lograr el desarrollo integral de la sociedad.

La clave de la atención primaria es la participación plena de la comunidad en las acciones de salud y que puedan, por estar capacitados, a controlar, aceptar, rechazar o exigir propuestas en relación al campo de la salud.

Por tanto la Atención Primaria de la Salud se establece como eje central en las acciones de la salud colectiva y por tanto en la organización del sistema de salud.

En tal sentido Arito, et.al (2020) plantean la radical necesidad de los estamentos del estado de trabajar en la prevención de las EDC, promoción de la salud y cuidado en las EDC, *"Entendemos que constituye un desafío ciudadano y profesional poner el tema en cuestión, la preparación de la población y de las organizaciones de la comunidad para afrontar la aparición de este tipo de sucesos. Los desastres y catástrofes son fenómenos socioambientales que demandan del Estado un conjunto de medidas de prevención, mitigación, respuesta y recuperación, como también mecanismos para enfrentar el escenario de crisis. Los damnificados tienen el derecho a reclamarlos"* (Arito et al., 2020, p. 14).

Emergencias y Desastres. Organismos internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respecto a Emergencias expone: *"El objetivo del trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Emergencias en Salud, es incrementar la capacidad de recuperación del sector de la salud ante emergencias y desastres. La prioridad es brindar apoyo rápido, predecible e integral a los Estados Miembros en términos de prevención, reducción de riesgos, preparación, vigilancia, respuesta y recuperación temprana en caso de cualquier amenaza para la salud humana, incluyendo brotes o desastres causados por fenómenos naturales, agentes biológicos, químicos o radiológicos, actividades humanas, conflictos o cualquier otra amenaza".* (*OMS. Preparación En Emergencias Y Desastres En Salud*, n.d.).

En el sitio oficial, en el área Centro de Conocimiento en Salud Pública y Desastres, se explicita que los desastres dejan un impacto significativo sobre la salud pública. Por lo tanto, el Departamento de Emergencias en Salud de la OPS/OMS colabora con los países de América Latina y el Caribe para reducir los riesgos y mejorar tanto la preparación para enfrentar los desastres como la respuesta en temas de salud a los mismos. (Organización Panamericana de la Salud, n.d.).

La preparación del sistema de salud puede significar la diferencia entre la vida y la muerte por lo que la OPS brinda apoyo a los países en desarrollar programas -dirigidos a los ministerios de salud que cuenten con liderazgo y credibilidad- de preparativos para desastres; ofrece oportunidades de capacitación a los profesionales del sector salud, incluyendo simulaciones o simulacros, talleres y cursos virtuales; proporciona información científica y técnica de calidad; colabora con instituciones con el fin de crear comunidades resilientes a los desastres.

Para reducir el riesgo, en pos de disminuir el impacto de los desastres en salud, la OPS propone promover una cultura de prevención de desastres, con un enfoque integral que incluya todas las amenazas, incorporar la

reducción de riesgos para la salud en los planes nacionales de desarrollo, logrando cambios en la legislación y mejores códigos de construcción social.

Este organismo cuenta con un Área de Preparación de los países para las emergencias de salud y un Reglamento Sanitario Internacional del año 2005 (RSI) del Departamento de Emergencias en salud de la OPS, que trabaja para que los miembros de la organización cuenten con las capacidades para manejar riesgos de todo tipo en situaciones de emergencias de salud y desastres. La meta es que cada Estado Miembro forme su propia capacidad permanente de prevenir, prepararse, responder y recuperarse de emergencias humanitarias y brotes epidémicos de gran magnitud.

Asimismo, cuenta con Plan de Acción para la Reducción del Riesgo de Desastres (2016-2021). El plan se alinea con instrumentos internacionales clave como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Acuerdo de París y el Marco para la Reducción del Riesgo de Desastres de Sendai (2015-2030). (*OMS. Preparación En Emergencias Y Desastres En Salud*, n.d.).

El propósito del plan es seguir fortaleciendo la reducción del riesgo de desastres para prevenir muertes, enfermedades y el impacto psicológico de las emergencias a través de acciones centradas en las personas y aproximaciones entrecruzadas. Busca mejorar la seguridad de los servicios de salud integrados en las redes a través de la facilitación de los criterios de hospitales seguros y enfoques que tienen en cuenta el cambio climático en el planeamiento, diseño, construcción y operación de esos servicios.

En el marco de los recursos de información y capacitación existe un apartado específico de salud mental, en el que expone una serie de recursos bibliográfico de experiencias en situaciones de emergencias y desastres[9]; material específico sobre intervenciones en erupciones volcánicas[10]; información sobre el impacto de los desastres en salud pública[11]; manejo de

[9] La Senda del Huracán, 1988; Crónica de Desastres, 2000; Terremoto de Pisco, Perú. A dos Años del Desastre, 2011.
[10] Guía de Preparativos de Salud Frente a Erupciones Volcánicas, 2005
[11] Impacto de los Desastres en Salud Pública, 2000

cadáveres[12]; mitos y realidades sobre los desastres[13] y material sobre herramientas de salud ante situaciones de emergencias y desastres las que se explicitan brevemente a continuación.

La primera publicación, Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias (2002), es una guía de planificación para actuar en el período agudo o crítico de una emergencia. No incluye el abordaje de los problemas psicosociales que surgen en el mediano y largo plazo. Se orienta al trabajo comunitario y promueve la coordinación entre organizaciones.

Posteriormente la Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres (2006), expone procedimientos para identificar y manejar las manifestaciones psicológicas comunes que presentan las personas afectadas por desastres naturales y causados por el hombre.

Por último, Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres, Guía para Equipos de Respuestas (2010), propone un enfoque que marca una diferencia radical, tanto en términos conceptuales, como de abordajes. Esta guía tiene un enfoque psicosocial y comunitario, en donde el centro de la intervención permite detectar y anticipar problemas y fortalezas, con una perspectiva comunitaria. Muchos de los lineamientos teóricos que esta investigación retoma sientan raíces en este material, con una perspectiva integral y una mirada amplia en el campo de intervención.

[12] Manejo de Cadáveres en Situaciones de Desastres, 2004
[13] Mitos y Realidades sobre los Desastres Naturales, 1988

Estrategias sanitarias.

Salud Mental en Emergencias y Desastres en Argentina.

Diego Armus (2002) toma los efectos sociales de las emergencias y desastres. Dicho autor problematiza un acercamiento posible a contestar qué es salud pública y expone tres variantes diferentes: o por la historia de la medicina, o por la historia de los derechos sociales, o por la historia de las epidemias (Armus, 2002). Si a estas últimas se las considera en las líneas teóricas que propone esta investigación, en tanto EDC, resultan emergente privilegiado para ver las acciones orquestadas del estado, llamadas políticas públicas, referidas a la salud de las poblaciones en un tiempo y momento histórico determinado.

El Ministerio de Salud de la Nación entiende desde la perspectiva de salud mental, que las situaciones de emergencias implican una perturbación psicosocial que excede la capacidad de manejo de la población afectada. *"Las situaciones de emergencias y desastres desorganizan la vida de las personas, son situaciones disruptivas y ocurren en un territorio determinado de manera abrupta"* (Ministerio de Salud. Argentina., 2020, p. 6).

Asimismo, plantea que los Servicios de Salud Mental con base comunitaria deben fortalecerse, *"siendo necesario profundizar y/o desarrollar un proceso de capacitación para organizar la respuesta y para garantizar la efectividad de las intervenciones de los equipos disponibles en el Primer Nivel de Atención, tales como: socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios"*. (Ministerio de Salud. Argentina., 2020, p. 6).

Dicha institución publicó en el año 2020, en auge de la Pandemia Covid- 19, un Plan de Acción denominado "Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres". Este propone el abordaje psicosocial como estrategia sanitaria para abordar las emergencias y desastres. *"Existe un amplio consenso documentado por organismos internacionales –Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS); el*

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)– acerca de la necesidad de incluir el componente de Salud Mental y el Apoyo Psicosocial (SMAPS) en la respuesta institucional e integral ante situaciones de emergencias y desastres". (Ministerio de Salud. Argentina., 2020, p.6).[14]

El Plan de Acción propuesto tiene como objetivo general, reducir el impacto en la Salud Mental de la población en el corto, mediano y largo plazo, considerando a la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial (SMAPS) como un componente integral del sistema de salud y del plan de acción de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

Específicamente se propone promover un enfoque comunitario e inclusivo de todos los actores del Estado –nacional y subnacionales- y de la sociedad civil frente a la emergencia, tendiente a una respuesta integrada; desarrollar estrategias para que la respuesta de Salud Mental y Apoyo Psicosocial esté disponible durante toda la emergencia y por último, fortalecer las redes locales de respuesta durante la emergencia para dar apoyo a la comunidad en la recuperación.

El documento está en consonancia con los principios rectores de planes y políticas de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones enmarcados en la Ley Nacional N° 26.657, remarca la importancia de la salud mental en el interjuego de las políticas sociales, de salud y de bienestar.

La pandemia Covid-19 ha servido como emergente para revisar, reorganizar y profundizar las estrategias en materia de salud mental en situaciones de emergencias y desastres, tan es así que el Plan de Acción citado anteriormente, remarca lo expuesto y sintetiza la bibliografía disponible en pandemia y pos pandemia, concluyendo que el componente de salud mental

[14] En dicho plan se toma como referencia marcos internacionales a los que adhirió el país. Uno de los más considerados es Gestión Integral para la Reducción del Riesgo de Desastres (GIRRD), quien sentó las bases para la promulgación de la Ley N° 27.287, mediante la cual se crea el Sistema Nacional de Gestión Integral del Riesgo y la Protección Civil (SINAGIR). Este organismo tiene como objetivo integrar las acciones y articular el funcionamiento para fortalecer y optimizar los organismos nacionales, provinciales, municipales, ONGs. y sociedades civiles en lo que respecta a prevención en reducción del riesgo, manejo de crisis y recuperación tras una situaciones de emergencias o desastres.

es un eje transversal en la organización de la respuesta. *"La experiencia de la emergencia sanitaria por COVID-19 como fenómeno inédito ha demostrado la necesidad de considerar el abordaje de la Salud Mental de la población desde el inicio, tanto por lo disruptivo y excepcional de la situación, como por la relevancia de que los Estados –en sus distintos niveles, nacional y subnacionales– gobiernen la organización general de la respuesta ante las situaciones de emergencias y desastres"* (Ministerio de Salud. Argentina., 2020, p. 7).

Anteriormente al contexto pandémico, existen experiencias desde la Dirección Nacional de Salud Mental y la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA), sobre abordajes en situaciones de emergencias y desastres que sirvieron de base para pensar en la implementación de estrategias sanitarias actuales[15].

Como parte de la planificación estratégica, la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, se propone el relevamiento y análisis de datos de Direcciones de Emergencias Sanitarias Provinciales dentro del país y el recurso humano existente en materia de salud mental en emergencias y desastres, como así también el historial de posibles intervenciones en la temática Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres.

En enero de 2015 se realiza la presentación del Proyecto "Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres (SMAPS) de la DINESA, el que tiene como finalidad institucionalizarse como área dentro del organismo, estableciendo ejes de acciones en dicha materia.[16]

Dentro de las acciones competentes a la Dirección, el componente Salud Mental y Apoyo Psicosocial, establece criterios rectores de atención de

[15] Como parte del Ministerio de Salud, la Dirección de Emergencias Sanitarias se ocupa de la asistencia sanitaria ante situaciones de emergencia, desastre o catástrofe en todo el territorio nacional, cuando la respuesta a nivel local se ve superada. Su misión es diseñar e implementar un Sistema Nacional de Atención de Emergencias y Desastres que permita articular con las jurisdicciones de todo el país, la prevención de riesgos y daños a la salud y coordinar operativos conjuntos en caso de emergencias y/o desastres.

[16] Cuya dependencia es de la Coordinación Médica/Trauma y Desastre de la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) Ministerio de Salud de la Nación.

la salud mental de los afectados por emergencias complejas y/o situaciones de desastres. Toma como base la bibliografía disponible por organismos internacionales tales como OMS/OPS. Desde un enfoque humanitario, propone considerar la salud mental y apoyo psicosocial tanto para los afectados/as directos/as e indirectos/as, como así también de los equipo intervinientes posterior a una intervención.

"Para llegar a pensar en el componente SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) hubieron muchas cosas antes, la experiencia de abordaje de LAPA (Líneas Aéreas Privadas Argentinas)[17] en el 99, pionera en la temática la Dra. Bentolila en la Provincia de Bs. As., asistencia en Haití en el 2010, al que asistió equipo de la DINESA, Cromañon en 2004[18], el choque de tren en el barrio de Once en 2012"[19] (Entrevista D).

Luciana Ginarte, referente, durante el desarrollo de esta investigación, del Área SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) de la DINESA[20], reconoce que hace varios años se viene trabajando desde la institución en dicho componente (ubica sus comienzos, de aspectos más formalizados, en el año 2009, con el impacto de la influenza H1N1), pero que los avatares institucionales, los modelos políticos, los cambios de gestiones (año 2015-2019), no permitieron la permanencia y profundización del mismo como eje radical en materia de salud. Asimismo, expone que la pandemia ha visibilizado la necesidad imperiosa de que la salud mental y el apoyo psicosocial deban estar presente en toda estrategia de prevención, promoción, asistencia y cuidado de la salud ante situaciones de emergencias y desastres.

Por lo expuesto, se observa que tanto la Dirección de Salud Mental como la Dirección de Emergencias Sanitarias, abordan a la salud mental en

[17] Líneas Aéreas Privadas Argentinas. Siniestro aéreo más grande de la historia de la aviación argentina el día 31 de agosto de 1999.
[18] Incendio producido la noche del 30 de diciembre de 2004, en el Barrio de Once Ciudad de Buenos Aires en el marco de un recital de banda de rock. Provocó un saldo de 194 fallecidos y al menos 1432 personas heridas.
[19] Siniestro ferroviario de la Línea Sarmiento producido en el Barrio de Once, Ciudad de Buenos Aires, el 22 de febrero de 2012. En él murieron 51 personas y 758 resultaron heridas.
[20] Área creada en el año 2015.

emergencias y desastres desde la perspectiva psicosocial con base en organismos internacionales, proponen a las provincias un trabajo articulado en materia de prevención promoción asistencia y cuidado de la salud mental. Las líneas de acciones son tendientes tanto para las personas afectadas directa o indirectamente, como para los equipos intervinientes.

Marco provincial. Las Emergencias y Desastres en Entre Ríos.

La cartera sanitaria Provincial, si bien no cuenta con sistematización de información o protocolos propios y/o adaptados en materia de salud mental y apoyo psicosocial, se pueden constatar - en consonancia a lo plantado en la situación problemática de esta investigación- intervenciones realizadas ante situaciones de emergencias y desastres. Las mismas, al igual que en el sistema nacional, estuvieron a cargo de la Dirección de Emergencias Sanitarias y de la Dirección de Salud Mental, en pos de brindar apoyo a municipios afectados por emergencias y/o desastres en materia de gestión y organización de los planes de acción.

En noviembre de 2015 se realizaron, en la Ciudad de Concordia, las Primeras Jornadas Regionales de Emergencias Prehospitalarias[21]. Las mismas cobraron particular significancia debido a la presencia, antes inédita en la provincia, de referentes de Salud Mental y Apoyo Psicosocial de la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias de Nación. Marcaron un hito, en tanto permitieron identificar, conocer y articular recursos locales en el territorio provincial.

Dicho evento tuvo como objetivo brindar y actualizar conocimientos técnicos específicos para actuar primordialmente en la escena de la emergencia prehospitalaria; ofrecer herramientas prácticas de reconocimientos y atención primaria de urgencias y emergencias médicas y traumáticas; valorar los roles de los primeros respondientes ante incidentes críticos; fomentar espacios de planificación interinstitucional, generando circuitos de respuestas organizadas en las instituciones intervinientes y fortalecer la capacidad y calidad de los traslados. Asimismo, se observa que se incluye en el programa a la salud mental y apoyo psicosocial, se expone al respecto: "*abordar aspectos*

[21] Evento organizado por el Ministerio de Salud de la Provincia, mediante la Dirección de Emergencias Sanitarias, la Coordinación de Salud del Departamento Concordia, la Dirección de Salud de la Municipalidad y el Hospital Delicia Concepción Masvernat.

fundamentales de la salud mental en las intervenciones institucionales". (Ministerio de Salud Entre Ríos. 2015).

La mesa expositiva referente a la temática fue denominada *"La integralidad de la salud en el abordaje de las emergencias: presentación abordajes de salud mental. Dirección de Emergencias Sanitarias de Entre Ríos (DESER) y del Área Salud Mental y Apoyo Psicosocial (Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias)"*. Se trabajó sobre el impacto de las emergencias y desastres en la salud mental de las poblaciones afectadas y en herramientas de intervención en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) para los equipos de primera respuesta.

En marzo del año 2016 se realiza la presentación, ante la Dirección de Salud Mental, "Proyecto Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Pensando en la Integralidad de la salud"[22], con el propósito de establecer un programa SMAPS como eje de las políticas sanitarias provinciales, tomando como bases las intervenciones previas y la incorporación de la temática en las capacitaciones de emergencias pre hospitalarias de la dirección de Emergencias Sanitarias[23].

Durante la pandemia Covid-19 se realizaron encuentros de formación a cargo de las áreas nacionales, socializado por la provincia, para todos los equipos de salud, tanto en herramientas para intervenciones como para el cuidado de los equipos intervinientes.

En este contexto, existieron experiencias provinciales de equipos de salud mental en abordajes específicos derivados de la emergencia sanitaria. Un ejemplo de ello fue la atención remota en la Ciudad de Concordia a cargo

[22] El objetivo general es contribuir al desarrollo de la capacidad de respuesta en relación al componente SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) en situaciones de emergencias masivas y desastres, en los niveles provincial y local, así como el cuidado de la salud mental de los equipos intervinientes. Consta de tres ejes de acción: gestión de espacios y equipos de trabajo que contemplen la salud mental y apoyo psicosocial; Capacitación del componente SMAPS y cuidado de equipos de primeras respuestas; por último asistencia técnica a equipos locales ante emergencias y/o desastres.

[23] Dicho proyecto no se pudo efectuar debido a los avatares institucionales, los cambios de gestiones y la falta de recursos que podrían ser destinados a este eje sanitario.

del servicio de salud mental de un hospital polivalente, quien habilitó una línea telefónica ante la emergencia sanitaria por COVID-19, -teléfono y WhatsApp-, destinada a la contención y acompañamiento a esa comunidad, cuya cobertura tomó dicho equipo, tanto para las tareas de contención como de coordinación del dispositivo. (Beade et. al 2022).

Otra estrategia llevada adelante fue un dispositivo grupal destinado a equipos de primera respuesta. La idea que guió esta oferta estaba orientada a "cuidar a los que nos cuidan". Consistió en grupos de acompañamiento y contención para los profesionales de la salud: médicos/as, enfermeros/as, cocineros/as, camilleros, etc. utilizando - según el período del año y las medidas de cuidado- atención telefónica remota y atención presencial. Los grupos se armaron a partir de la demanda recibida, primero se trabajó de forma presencial, luego virtual (en la medida en que el aislamiento se fue intensificando, producto de la definición de trasmisión comunitaria en la localidad).

Se conformaron dos grupos de 10 personas que solicitaron participar: agentes y profesionales del área de salud. Cada grupo funcionaba una hora reloj, con frecuencia semanal. Estaba coordinado por dos profesionales, que pensaron los abordajes de forma interdisciplinaria.

Actualmente, en la plataforma oficial del Ministerio de Salud de la provincia, no se encuentra material disponible en materia de emergencias y desastres. Entre otros materiales se puede acceder a los Lineamientos para la Atención en Urgencias (Ministerio de Salud. Argentina 2013).

Durante el año 2022, el Ministerio de Salud de la provincia, desarrolló un curso denominado *"Ciclo de Capacitación, Abordaje de las Urgencias en Salud Mental. Diagnóstico, tratamiento, abordaje integral, marco jurídico regulatorio".* El mismo estuvo organizado por regionalización sanitaria, destinado a equipos de primera respuesta ante urgencias en salud mental. El enfoque estuvo centrado en las descompensaciones psíquicas y las crisis subjetivas en torno al padecimiento psíquico.

Capítulo III: Análisis y Consideraciones Finales.

Análisis e interpretación de los datos

Como objetivo principal, esta investigación pretende indagar y analizar las Representaciones Sociales que tienen acerca de las Emergencias y Desastres las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos. Se presta particular importancia a las descripciones que permitan identificar divergencias y convergencias respecto al objeto concerniente.

Existen lineamientos, teóricos y prácticos, de organismos sanitarios nacionales e internacionales que podrían servir de marco, como modos de conocimiento o acercamiento al campo de las emergencias y desastres, así también como posibilidad de problematizar las intervenciones y los abordajes ante los emergentes suscitados.

Cierto es, que más allá de conocer resulta imperioso analizar qué es lo que se representa de ello:

"*Este conocimiento se constituye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social."* (Jodelet, 1984, p.473).

Podría pensarse así la relación inherente que plantea Bourdieu entre campo y el habitus:

Respecto del habitus, *"(…) el hacedor posible de la producción libre de todos los pensamientos, todas las percepciones y todas las acciones inscritas en los límites inherentes a las condiciones particulares de su producción"* (Bourdieu, 2007, p.89) (…) *"el habitus crea la historia a partir de la práctica individual y colectiva que obedece a los mismos esquemas que con anterioridad se han gestado en la historia"*. (Vargas Huanca, 2021, p.330).

Las personas entrevistadas, todas ellas están insertas en equipos interdisciplinarios de trabajo, y en su mayoría tienen un promedio de 10 años de actividad en el servicio de salud mental.

En relación a la/s función/es y acciones específicas que desempeñan en dicho servicio se pueden dilucidar, al menos, dos tipos de intervenciones, por un lado aquellas ligadas a las atenciones de la clínica individual, características del ámbito hospitalario:

"(...) *abordaje de la situación teniendo en cuenta de que se trata de una crisis aguda*" (Entrevista C).

Otra expresión profesional: (...) *atención al usuario…con pacientes, brindándole asistencia"*, *"(...) como si fuera consultorio (...) seguimos casos de la sala de internación…casos particulares*". (Entrevista E).

Otra frase: *"(...) veo a los pacientes (...) se evalúan los pacientes agudos".* (Entrevista B).

Quienes expresan ello, trabajan en la sala de internación, abocados/as a personas que cursan una crisis aguda en su salud mental; el criterio de internación es presencia de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Las acciones son asistencialistas y quedan estrictamente ligadas a la función que desempeñan en sus puestos de trabajo. Estas consideraciones en las prácticas, determinarían al sujeto de forma aislada, lo agudo ligado al momento in situ, sin posibles articulaciones sistémicas, es decir, sin considerar un sujeto entramado en un ámbito familiar, en una comunidad, en la sociedad misma. *"El sujeto es en relación con otros/as, en situación, en condiciones concretas de existencia"* (Costa Leticia, 2020, p. 4) va más allá de la antinomia individual - social, sino de las propias experiencias subjetivas y de la trama relacional con otros/as.

Por otro lado, si bien los discursos también remiten a la asistencia individual, se pueden diferenciar acciones y funciones ligadas a la prevención y promoción de la salud mental y salud integral, incluyendo lo grupal, lo interinstitucional, y al sujeto pensado desde la comunidad. Paradigma

complejo[24] en salud, que no remite solamente a lo patológico o descompensaciones psíquicas desde una posición determinista y unívoca, sino pensando en las diferentes alternativas de abordajes que pudiesen ser integradas e integrales.

"(...) pensar las prácticas de otros servicios (...) urgencias que vienen de otras instituciones (...) espacios cuando lo requieren otras instituciones, enseñar de qué se trata la salud mental, dar a conocer a las personas que concurren al servicio (...) de qué se trata la salud mental". (Entrevista A).

Otra expresión profesional en relación a sus funciones:

"(...) prevención… promoción de la salud mental… las actividades que realizamos, independientemente del consultorio sino por fuera, buscamos esto de promover la salud mental (...) y poder visibilizar ciertas cuestiones en la comunidad". (Entrevista H).

En otro discurso:

"mi función es acompañar (...) tiene que ver con lo grupal, con talleres, grupos operativos o grupos terapéuticos". (Entrevista F).

Estas últimas personas trabajan en consultorios externos y piensan también en los abordajes por fuera de las paredes hospitalarias, desde algunos abordajes comunitarios, hasta las intervenciones individuales, pero pensando al sujeto inmerso en una red social.

Estos entramados discursivos pondrían de manifiesto la coexistencia institucional de modos distintos de representarse tanto al sujeto, como a la salud mental y en virtud de ello, accionar, es decir, realizar prácticas en el campo de la salud. De este modo se puede vislumbrar cierto correlato entre representaciones y prácticas.

[24] La teoría de la complejidad desarrollada por Edgar Morin, critica la visión clásica del conocimiento científico que consiste en poner de manifiesto unas leyes simples detrás de la complejidad aparente de los fenómenos sociales. No conduce a la desaparición de la simplicidad, porque integra todo lo que pone orden, claridad, distinción y precisión en el conocimiento. La finalidad del pensamiento complejo es desvelar las articulaciones entre los ámbitos disciplinarios, en la medida en que aspira a un conocimiento multidimensional. Por lo tanto, distingue los conocimientos sin aislarlos.

Emergencias.

Representaciones y abordajes.

Construir categorías conceptuales, como las que aquí se presentan, es un modo habilitante que permite desenmarañar las complejidades que presentan los discursos de los sujetos, permitiendo así profundizar y comprender lo que en ello se expresa. No se debería pensar las mismas como disociación, sino por el contrario, como conjunción de categorías entrelazadas, que en su separación permiten reflexionar, lo que articuladamente intentan transmitir.

En esta categoría teórica se destacan representaciones de emergencias ligadas, por un lado, a lo individual y a las descompensaciones psíquicas y por otro, aquellas -integradas y complejas- que remiten al orden de lo subjetivo, incluyendo aspectos sociales, vinculares y la vulneración de derechos.

En cuanto a las primeras mencionadas arriba, se pueden describir discursos que asocian las emergencias al riesgo para sí o para otros, producto de descompensaciones psíquicas. Expresa profesional de la salud mental:

(…) "tiene que ver con esa crisis aguda (…) hay algo que le sucede a la persona que descompensa, o que puede aparecer algún síntoma que la puede poner en riesgo (…)". (Entrevista C).

Se puede dilucidar aquí cuestiones unilaterales, valoraciones que excluye lo social, enfatizando la responsabilidad del sujeto en la crisis que atraviesa, en donde el síntoma pareciera algo que adviene fortuitamente sin causalidades.

En esta misma perspectiva, otra expresión profesional remite:

"Emergencias en salud mental, es cuando un paciente no puede controlar su estado mental y corre riesgo para sí o para terceros. (…) En mi

caso nunca he tenido que actuar en un paciente descompensado a nivel, no mental… sino de salud." (Entrevista E).

Aquí se puede observar concepciones biologicistas que determinan a la emergencia. Por una parte refiere a "estado mental" que remite a paradigmas del mismo corte, en definiciones de salud que han complejizado varias corrientes de pensamiento en relación a los múltiples determinantes de la salud/salud mental, y por otro lado la imposibilidad de concebir a la salud de manera integral, disociando lo psíquico, situándose por fuera del campo de la salud. Es menester destacar la idea de control que también –como en la expresión profesional anteriormente citada- liga al sujeto como absoluto responsable y en la soledad de su padecer.

"(…) Cuando corre riesgo la vida de la persona o de otros, (…) pero hay cuestiones de la salud que por ahí las personas de salud mental no están detectando que se están haciendo daño a sí mismo (…) cuando la persona se está auto agrediendo sin darse cuenta que lo está haciendo y ahí hay que actuar en consecuencia". (Entrevista G).

Estas frases enunciadas también se asocian a las descompensaciones, aquí remitidas a la ausencia del registro de realidad. No hay posibilidad de vinculación con otras variables que liguen al sujeto y lo contextualicen con aquella potencial emergencia que atraviesa.

Se establece así, que este grupo de representaciones están ligadas a cuestiones biologicistas y positivistas, en términos del campo psi, a las descompensaciones psíquicas, las cuales dejan al sujeto aislado, sin posibilidad de establecer relaciones entre los aspectos sociales, vinculares, económicos, culturales, religiosos, que influyen en el proceso de salud/ enfermedad/ atención y cuidado. Las emergencias aquí quedan ligadas a lo causal y unidireccional.

Se observa un segundo grupo representacional de emergencias que, si bien también remiten a lo individual, incluyen otras variables que integran el aspecto psicosocial en la afectación del sujeto.

Una de las personas entrevistadas piensa las emergencias en relación al sufrimiento o dolor psíquico. Articula aspectos individuales, pero también sociales, que le permiten pensar al sujeto en situación. Asimismo, se interroga por el origen de la demanda que adviene en una emergencia:

"Yo creo que a las emergencias hay que pensarlas desde quién la demanda (…) ¿Para quién es la emergencia? ¿De dónde viene esa demanda? (…) Es una emergencia cuando hay sufrimiento, cuando hay dolor, eso es una emergencia en salud mental. Lo social también tiene que ver con la salud mental. Estos síntomas sociales, como pueden ser las violencias en todos sus sentidos, es un emergente… es emergencia para nosotros". Si bien menciona a las estructuras psíquicas como influyentes en una emergencia en el campo de la salud mental, remite otros ejemplos:

"la adicción también es una emergencia (…) la ansiedad como manifestación del dolor psíquico también". (Entrevista A).

Otra persona entrevistada considera que emergencias son todas aquellas situaciones que producen una crisis subjetiva. No sólo expone aquellas de tinte más clínico, sino también imprevistos en los que el sujeto se encuentra desbordado por la situación:

"(…) emergencias subjetivas, situaciones de violencias, todo aquellos que la parte subjetiva esté en riesgo digamos (…) por ahí también me acuerdo de usuarios que han asistido muy mal porque se les ha prendido fuego el lugar donde viven y han asistido a pedir ayuda y contención… porque era el momento en que lo necesitan". (Entrevista F).

Esta representación está en consonancia con lo que plantean Arito (2022) y Bentolila (2006) quienes las definen como un asunto o situación adversa de carácter imprevista que irrumpe con lo establecido en determinado momento. Asimismo es menester retomar a Santini (2015) cuando refiere a la inmediatez de la intervención ante las necesidades de los sujetos afectados.

Otra persona del campo de la salud mental, asocia inmediatamente emergencias con su profesión y a acciones específicas, utilizando como sinónimos urgencias y emergencias:

"En psicopedagogía no se consideran urgencias… sí podemos pensar ciertas urgencias…niños que, con cierta edad, no están alfabetizados". Menciona luego abusos, violencias y vulneración de derechos:

"Eso también sería un emergente, es lo invisible también (…)". Incluye así problemáticas que afectan a lo individual pero devenidas del ámbito social o comunitario. Sostiene que es en y desde la comunidad donde se deben trabajar dichas problemáticas con acciones que incluyan a las personas y al estado en general en sus abordajes.

"Venimos trabajando hace muchos años desde acá, esto de visibilizar que la salud mental no es como una cosa de locos, sino que a todos nos pasa, todos tenemos que atender esta parte de la salud". "salir a la comunidad, de convocar para las diferentes actividades" (Entrevista H).

Surge así el entramado representacional en consonancia con lo conceptual, tal y como lo expresa profesional de la salud, en tanto las emergencias entrañan un potencial de recuperación, requiriendo de su comunidad para elaborarla.

Se enlaza a ello que las emergencias constituyen hechos cuyas causalidades y sus manifestaciones no pueden atribuirse a la "fuerza de la naturaleza", sino que están atravesadas y constituidas por variables tales como las culturales, geográficas, sociales. (Arito at. el 2022).

Las problemáticas de las Emergencias, Desastres y Catástrofes, requieren de la gestión integral, debe ser un proceso de todos los sectores de la sociedad. El estado, - y el equipo de profesionales del servicio de salud mental, objeto de esta investigación, como parte del mismo -, se convierte así en el agente principal en pos de colectivizar a la comunidad en el impulso para los afrontamientos y medidas preventivas, prácticas y apropiación de los sucesos.

En relación a la existencia o no de intervenciones que hayan requerido inmediatez en personas o comunidades, casi en su totalidad, las personas entrevistadas, refieren a abordajes individuales del orden clínico hospitalario que incluyen las descompensaciones psíquicas o aquellas urgencias en salud mental más frecuentes como pueden ser los intentos de suicidio.

Reflejan lo expuesto enunciados tales como:

"si, en personas más que nada acompañamiento, recibiendo a la persona y acompañando a las internaciones o a la guardia." (Entrevista F).

Otras expresiones radican en*:*

"(…) vemos pacientes que están en la guardia de urgencias" (Entrevista B).

"Todos los días, en los ingresos, creo que es algo cotidiano". (Entrevista C).

"Si, una vez (…) con un paciente que necesitaba una internación urgente, (…) parecía que era una gripe (…)" (Entrevista G).

"Si, en los pacientes que han estado en momento de crisis (…)" (Entrevista E).

No surgen primeras asociaciones ligadas a lo comunitario, sino que las emergencias quedan meramente asociadas a cuestiones de orden individual, como así también las experiencias de intervenciones de corte clínico hospitalario.

Como emergencias más frecuentes, son nombradas intentos de suicidio, autolesiones, descompensaciones psicóticas, abusos y violencias, bajo el común denominador de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

Los abordajes a las emergencias enunciadas, parten de la base de que las personas afectadas están atravesadas por el malestar, la angustia y la necesidad de ayuda. Radican en priorizar la escucha, dando lugar a la palabra como elemento fundamental, vehiculizante, para detectar las necesidades que

suscitan en el sujeto. Tienen en cuenta el proceso de intervenciones planteado en el marco normativo de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en cuanto a la priorización de la escucha como primera intervención, pero posibilitando otras instancias – según fracaso de los primeros abordajes-, a intervenciones farmacológicas y de sujeción mecánica, teniendo como objetivo primordial cuidar la salud integral de dichos sujetos.

Asimismo, en consonancia con las representaciones de emergencias ligadas al carácter individual, se realizan abordajes sanitarios de corte clínicos del mismo orden, ya que no hay asociaciones que remitan a emergencias sociales o comunitarias.

A partir de la inducción realizada a las personas entrevistadas en base a considerar las emergencias sociales o comunitarias, se observa que hay asociaciones a trabajos de promoción de la salud mental y prevención de la patologización de ciertas problemáticas:

"(…) salir a la comunidad, conectarse a la comunidad (…) salir a la comunidad, convocar para diferentes actividades, (…) hay que visibilizar estas cuestiones que son importantes". (Entrevista E).

Por otra parte, profesional de la salud mental remite no haberlas pensado como tal, aunque puede dar cuenta que en los procesos de externación los abordajes son comunitarios y sociales:

"(…) para poder sostener a esa persona en su estabilidad fuera de la internación". (Entrevista C).

Se observa así, como en el transcurrir discursivo, se produce la posibilidad de modificaciones perceptivas que habilitan otros posicionamientos subjetivos/profesionales.

Algunas de las personas entrevistadas expresan haber pensado en intervenciones de orden comunitario aunque no las hayan realizado, mencionando ejemplos como inundaciones. En opuesto, otras piensan que no están formadas y no han pensado en la posibilidad de abordajes.

Ante lo expuesto se puede dilucidar que las representaciones de emergencias encuentran consonancias con las prácticas que se realizan en el ámbito profesional. Tienden a ser de carácter individual, con rasgos biologicistas y otras con una mirada en las problemáticas de la salud mental con base en las crisis subjetivas, que remiten a lo que sanitariamente se denominan urgencias en salud mental.

No surgen, en primeras instancias, posibilidades de asociar las emergencias al ámbito social o comunitario, a los grupos o a intervenciones por fuera de la organización hospitalaria.

Sobre los Desastres.

Representatividades y divergencias con las emergencias. Posibilidades de intervenciones desde el campo de la salud mental.

En el transcurrir de las entrevistas se observa que al hablar de desastres, profesionales del campo de la salud mental, representan situaciones abruptas, disruptivas, las cuales irrumpen con cierto orden establecido. Describen lo expuesto enunciados tales como:

"Son situaciones que pasan, no se… de golpe… que usualmente no se está preparado (...)". (Entrevista B).

"Son como situaciones disruptivas, son situaciones que irrumpen con la cotidianeidad o a lo que estamos acostumbrados nosotros a tolerar". (Entrevista F).

Otra expresión profesional asocia los desastres al caos, el que produce transformaciones implicantes a un cambio del orden establecido. A su vez, es considerado como posibilidad, como oportunidad, todo lo cual expone como incumbencia del campo de la salud mental:

"(...) como un conflicto, una posibilidad de que las cosas dejen de funcionar de una manera y tengan que funcionar de otra, donde este caos posibilita una reestructuración, una resistematización (…)". (Entrevista A).

Lo planteado queda en articulación con lo conceptualizado por Benyakar (2016) cuanto plantea que los desastres se caracterizan por confrontar al ser humano en forma súbita y sorpresiva con su vulnerabilidad y desvalimiento, disminuyendo casi totalmente la autonomía y el autocontrol relativos de los individuos.

Asimismo, surgen representaciones ligadas al desborde y colapso, lo que consecuentemente remite a la imposibilidad de dar respuestas a lo acontecido. Si bien hay enunciados que remiten a lo individual, se evidencia la posibilidad de asociar los desastres a aspectos del orden de lo colectivo:

"yo creo que es cuando nos desbordamos de varios lados, o sea del lado del usuario, del paciente, del que lo atiende, de la institución… aparece toda una descoordinación." (Entrevista G).

"(...) un desastres es cuando un usuario no tenga una respuesta… no tenga a donde ir… que quede por fuera del sistema (...)". (Entrevista H).

Se observa así, que estas representaciones se ligan a características de los desastres que remiten a que "el impacto y progresividad es estructural, y afecta a sujetos, comunidad, bienes, servicios, ambiente y desborda y colapsa el sistema de respuesta." (Santini, 2015, P.7).

Complejizando lo expuesto surge un intento de asociar los desastres a la afectación colectiva o comunitaria, pero se evidencia en el entramado discursivo características individuales en cuanto a las descompensaciones psíquicas que afecta a otros integrantes de la red vincular. Inclusive una de las profesionales hace una categorización para "desastres sociales":

"(...) Hay una situación en la que varias personas viven una situación traumática por llamarlo de alguna manera. A veces el desastre puede ser en el núcleo familiar, frente a la descompensación de alguien y eso tiene consecuencias entre los diferentes integrantes" (…) "pensándolo ya como un desastre social… un derrumbe de un edificio, que haya varias personas en shock (...)". (Entrevista C).

En cuanto a las diferencias entre emergencias y desastres, se observa que éstos últimos quedan ligados a sucesos súbitos, inesperados lo que imposibilita la planificación y organización de los recursos, donde la variable temporal aparece como un determinante radical que diferencia entre una y otra:

"Yo creo que la emergencia es más a largo plazo, y un desastre es algo que pasó como sin previo aviso… algo más del momento". "La organización… uno con el desastre tiene que actuar más ya, y en la emergencia uno… se me hace que tiene un poco más de tiempo…de actuar". (Entrevista E).

Consecuente a esta variable, las estrategias de intervenciones también marcan las diferencias entre emergencias y desastres. Se piensa que en las

primeras hay un tiempo prudencial que permite observar, planificar e intervenir e incluso existencias de saberes y de protocolos de intervenciones. En los desastres, queda suspendida la posibilidad de articular el carácter preventivo que habilitaría un "estar preparados" para un acontecer potencialmente disruptivo, en los que se debiera tener en cuenta al riesgo en los planes estratégicos como un elemento fundamental en los ejes de intervenciones.

Evidencian lo expuesto, enunciados como:

"En la emergencia uno puede pensar antes, se puede tener estrategias, en el desastre no… yo creo que el desastre genera ansiedad hasta para quienes trabajamos. (…) y cuando hay una emergencia, uno lo puede ver, lo puede pensar, lo puede calcular". (Entrevista A).

"Las emergencias son situaciones para lo que uno está preparado, sabe cómo actuar y hay un protocolo, hay una forma de trabajo… en el desastre al ser imprevisto, se va resolviendo en el momento". (Entrevista B).

"(…) en la emergencia hay gente capacitada… al menos alguien tiene el conocimiento, es decir el mando para poder dirigir… en el desastre está todo más caótico". (Entrevista G).

Otro elemento diferenciante en los enunciados de las personas entrevistadas, es la cuantificación, es decir se asocia la emergencia al impacto individual, al caso particular y a los desastres a la afectación de más de una persona:

. *"(...) la emergencia es algo más individual, es ese caso particular que sufre una crisis. Y el desastre es compartido, es la situación que implica un conjunto de personas".* (Entrevista C).

"(...) la emergencia es algo más individual, algo más subjetivo, en cambio el desastre me parece que abarca algo más en comunidad". (Entrevista F).

Lo expuesto se enlaza a concepciones teóricas como la planteada por Lopez-Ibor (2004) en cuanto los desastres afectan a un grupo social y

producen tales pérdidas humanas y materiales que los recursos del grupo social se ven desbordados y no pueden ser afrontados con los mecanismos sociales habituales para afrontar las emergencias, y que el impacto psíquico puede ser amortiguado por el mismo grupo social o por ayuda externa. Bien es sabido que, la cuantificación no es un determinante de diferenciación, pero es un elemento significativo que se asocia a la capacidad de respuesta y los recursos comunitarios y sociales para amortiguar el impacto provocado.

En virtud de lo expuesto, una de las personas entrevistadas puede dar cuenta que un desastre radica en la desatención del evento primero, el que fue una emergencia. Esta falta de atención es asociada a escasez o ausencia de recursos humanos y materiales, como así también a la ausencia o escasez de organismos y de información.

En cuanto a las experiencias de intervenciones casi en su totalidad, las personas entrevistadas manifiestan no haber participado de abordajes en situaciones de desastres, aunque consideran que están dentro de sus incumbencias profesionales. Sólo una de ella considera a la pandemia como tal y puede dar cuenta de las intervenciones realizadas en ese contexto dentro de la institución hospitalaria.

Cabe destacar que surge la manifestación de no contar con formación en la materia y que por esta razón hay pocas experiencias de intervenciones:

"Yo creo que no tenemos mucha idea sobre desastres. No estamos formados para los desastres. De hecho no estamos formados en desastres. Estamos más formados para las urgencias. (…) otra cosa también es poder trabajar en equipo… En los momentos de desastres y urgencias es necesario trabajar en equipo, y para eso tiene que saber lo que tiene que hacer". (Entrevista B).

Este servicio de salud mental, al que pertenecen profesionales participantes en la investigación, llevó a cabo una de las experiencias provinciales de abordajes en contexto pandémico mediante dos líneas de acción: atención remota a la población y espacios de contención a equipos de

primera respuesta. No obstante, la mayoría no asocia estas experiencias a intervenciones del orden de los desastres, aun sabiendo del colapso del sistema de respuestas, la falta de recursos, y lo disruptivo del evento.

Otro de los ejes de indagación radica sobre las posibles intervenciones que propondrían ante desastres. De ello resultaron acciones con bases en dispositivos grupales, espacios de contención tanto para personas afectadas directamente, como para familiares de las mismas. Surge la idea de intervenciones en dos tiempos, inmediatamente al evento crítico y posterior al mismo. Consideran que es necesario que se asigne a personas o instituciones en pos de coordinar las acciones.

Algunos enunciados en relación a lo expuesto:

"Trabajar en lo que es la contención, en el momento y pos, con los familiares y con las personas que quedaron después del desastres (…) desde lo grupal". (Entrevista F).

"Poner a alguien, persona o institución a dirigir, a coordinar (…)". (Entrevista G).

"Un espacio de contención emocional (…)". (Entrevista C).

"Es fundamental los equipos, yo creo que no hay otra manera, por más clínica, siempre es con otros". (Entrevista A).

Podría pensarse que ante desastres surgen representaciones que remiten a la comunidad, y que de algún modo lo intrahospitalario es insuficiente para abordar los mismos. Aparece "contención" como significante preponderante. Se asocian conceptos de grupo, trabajo en equipo y coordinación, todo ello con bases comunitarias.

Por último, se retoma un enunciado que permite la articulación entre desastres y salud mental que expresa las implicancias del campo con perspectiva humanitaria y con la calidez necesaria requerida para los abordajes ante estas situaciones:

"(...) por más clínica, siempre es con otros. Necesitamos poner en palabras con otros, para poder expresar lo que siente, cómo se siente frente al desastre, donde nadie tiene razones, ni hay certezas. La incertidumbre…con otros se encuentra el sentido, el sentido de poder buscar una palabra o nombrar algo (…) poner en palabras es lo que nos ayuda a transitar los desastres". (Entrevista A).

Arribando a algunas conclusiones.

Emergencias y Desastres.

El desafío del campo de la salud mental no remite a cerrar, ni obturar, tampoco a concluir en certezas absolutas, sino a producir interrogantes, habilitar distintas formas de pensar, abrir caminos un tanto más llanos que permitan nuevos recorridos para continuar "descubriendo". Estas conclusiones son algunos acercamientos que posibilitan cuestionar y seguir indagando las emergencias y los desastres en el campo que nos compete.

Partiendo desde los ejes de indagación, en cuanto a acciones institucionales y prácticas en el campo de la salud mental, se observa que la posibilidad de asociar intervenciones en el ámbito comunitario, desde una perspectiva integral y social, quedan constreñidas por el área a la que pertenecen las personas entrevistadas.

Coexistencia institucional de modos distintos de representar al sujeto y a la salud mental, y a partir de ello producir prácticas en el campo de la salud. Es decir, por un lado, aspectos ligados a lo individual y a las crisis en salud mental, modos de abordajes referentes al orden biomédico, prácticas relacionadas al modelo médico hegemónico. Por otro lado, quienes trabajan en consultorios externos, se habilitan a pensar en el ámbito comunitario, al sujeto en relación con otros/as, acciones que incluyen a la atención primaria de la salud.

Ante emergencias y desastres, en general, las representaciones de profesionales participantes en esta investigación, dan cuenta de que las personas implicadas, directa o indirectamente, en los eventos críticos, atraviesan afectaciones en su salud mental, que los mismos producen daños subjetivos mediante los impactos emocionales a los que se ven expuestos.

Desorganización y conflicto son significantes que emergen y ante ello la necesidad de intervenciones del campo de la salud. A pesar de la existencia de abordajes y de recurso bibliográfico sistematizado, reconocen ausencia de formación disciplinar en relación a las emergencias, desastres y catástrofes,

considerando el sesgo en las currículas hacia la clínica de lo individual y los abordajes intrahospitalarios.

En lo particular, podría decirse que en grupo representacional, las emergencias quedan ligadas a las descompensaciones psíquicas, de corte individual y con rasgos biologicistas. Las mismas se articulan con intervenciones intrahospitalarias que vislumbran algunas articulaciones con el ámbito social, no obstante predominan las de corte individual, de carácter clínico.

Se observan asociaciones que dan cuenta de lo causal y unidireccional, las que habilitan prácticas con escasas estrategias sistémicas e integrales.

En su mayoría quedan asociadas a las llamadas urgencias en salud mental, donde las emergencias sociales quedan subsumidas por situaciones de riesgos clínicos bajo el común denominador de "riesgo cierto o inminente, para sí o para terceros", pudiendo ser pensadas sólo mediante inducción.

Existe preponderancia en los aspectos individuales de los abordajes-incluso formando parte de una institución de salud pública-, campo que en varias oportunidades declaró emergencia sanitaria, por ejemplo en el año 2001 por la crisis económica y social, la pandemia Covid 19, y actualmente el incremento de personas usuarias del sistema de salud que recurren al ámbito público debido a la faltas de recursos económicos que imposibilitan el acceso y sostenimiento de abordajes en salud mental. Se observa disociación, tendencia a pensar al sujeto por fuera del tiempo, espacio y circunstancia sociales que habita.

No obstante, surge otro grupo representacional que puede dar cuenta de que la emergencia remite a cuestiones ligadas a la subjetividad, al impacto singular que puede producir algún imprevisto en la vida del sujeto y a las acciones integradas e integrales que requiere del equipo de profesionales intervinientes.

En cuanto a los desastres las representaciones dan cuenta del atravesamiento en el ámbito comunitario, son pensados, no sólo como

fenómenos naturales, sino también, comprendiendo el protagonismo que tienen los sujetos ante tales eventos. Es decir, la mano del hombre está presente, la intervención del ser humano es condicionante, por lo que el grado de desarrollo de un grupo social es determinante.

"Aún en los desastres llamados naturales siempre es posible actuar preventivamente, las poblaciones pueden recibir preparación física y psíquica para no sentirse tan desvalidos en el momento en que la situación irrumpe en sus vidas. De todos modos, es insuficiente lo que existe en materia de preparación psicológica, comparado con los logros tecnológicos alcanzados para la defensa de los bienes materiales" (Benyakar, 2006, pp.115-116).

Las representaciones evidencian asociaciones ligadas al caos, desorganización, a la progresividad estructural del impacto que generan en la comunidad y al colapso del sistema de respuestas.

Profesionales de la salud mental consideran imperioso el trabajo en la comunidad, donde la información aparece como un elemento indispensable. Los desastres quedan ligados a la necesidad de generar una cultura del riesgo, dando cuenta de la prevención como eje sanitario fundamental, trabajando en la promoción de reacciones esperables y de pautas de afrontamiento y, por supuesto, en la atención y el cuidado de las personas afectadas que lo requieran.

Hay un corrimiento del aspecto biologicista e individual que posibilita pensar en grupos, en la necesidad del trabajo interdisciplinario e interinstitucional con bases comunitarias. Asimismo hay un reconocimiento de que los mismos están caracterizados por el caos, el desorden, la falta de recurso tanto físico como humano y por lo tanto un colapso del sistema de respuesta.

Por tanto se considera que hay diferencias significativas entre las representaciones de emergencias y desastres. Las primeras, en su mayoría, quedan enlazadas al ámbito clínico, individual e intrahospitalario, algunas de ellas referentes a aspectos subjetivos y otras con bases biologicistas, en

función al orden biomédico. Las segundas, referente a los desastres, permiten asociar aspectos comunitarios, con afectaciones de tintes subjetivos e intervenciones que indefectiblemente deben ser llevadas a cabo en territorio, con grupos y comunidades. Respecto a las incumbencias, todas las personas entrevistadas consideran que las intervenciones en dicha materia están habilitadas dentro de sus campos de abordajes.

Incidencias de un Estado presente o ausente.

"Es a través de lo colectivo, de lo público, la forma como se transforma y se "cientifiza" el pensamiento sobre la sociedad y sus espacios, entre ellos el de salud" (Mario Testa, 1997)

La pandemia Covid-19 marcó un hito en la historia de la humanidad y en el campo de las emergencias y desastres. Inscribió un modo concreto de pensar estos eventos adversos como real de acontecer, más cercanos, con la posibilidad de atravesar a cualquier sujeto y comunidad.

Anterior al suceso pandémico, el Ministerio de Salud de la Nación, en cuanto a emergencias y desastres, y su articulación con el campo de la salud mental, publicaba en su página oficial sólo herramientas para los abordajes en las urgencias en salud mental. Las emergencias quedaban destinadas al manejo pre hospitalario y a intervenciones biologicistas.

Lo expuesto, queda articulado con las representaciones de emergencias que en su mayoría habitan en profesionales a quienes se realizaron las entrevistas: ligadas, en primeras asociaciones, a las urgencias en salud mental (referentes a las crisis subjetivas) de las cuales se ocupan y son propias de su campo de intervención, y en segundas posibilidades de asociaciones, donde las emergencias quedan ligadas al orden biomédico, con respuestas de características basadas en el modelo médico hegemónico.

Durante y posterior a la pandemia, surgieron producciones de conocimientos y se retomaron muchas que estaban vigentes hacía años. Se sistematizaron estrategias, intervenciones y experiencias de abordajes en dicha materia.

Tan es así que la cartera sanitaria nacional, como acción que evidencia la presencia de un estado garante de la salud como derecho universal, incorporó publicaciones que incluyen aspectos de la salud mental ante situaciones de emergencias y desastres. Se sistematizaron herramientas, dispositivos e

informaciones para la población y para equipos de primeras respuestas. Desde la Dirección de Emergencias Sanitarias de dicho Ministerio, se comenzó con el armado de un Protocolo Nacional de Intervención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial ante situaciones de Emergencias y Desastres.

El Ministerio de Ciencia y Tecnología financió la producción de conocimiento situada que desarrolló la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos[25], investigación que converge emergencias, desastres y catástrofes con salud mental. Recupera experiencias territoriales, incorporando a su vez el cuidado de los equipos de primeras respuestas. Resulta un aporte privilegiado al campo formativo de profesionales en salud mental.

La reciente Epidemia[26] de Dengue[27] afecto de forma directa a nuestra sociedad, con ausencia absolutas de políticas públicas sanitarias a nivel nacional (sólo algunas acciones aisladas, locales y provinciales), la desprotección y la angustia son las características de un escenario ominoso. Guardias de hospitales y sanatorios saturadas, población sin información, escasez de repelentes e insecticidas, todo ello bajo un contexto económico inflacionario, con devaluación de los haberes y despidos laborales masivos.

Cabría, al menos, interrogarse si algo de las experiencias anteriormente transitadas pueden ser resignificadas y puestas en acción ante el contexto actual, si las intervenciones sólo quedan al deseo de cada profesional de la salud en dar respuesta a la población (con los recursos que pueda y tenga), o

[25] Beade, A; Bargas, M. (Editores). (2022) "Epopeyas entrerrianas en pandemia. Manifestaciones en clave de salud mental a través del acompañamiento de dispositivos de contención remotos" Paraná, Entre Ríos. Ed. La hendija.

[26] En Argentina, según fuentes periodísticas consultadas (ya que la página oficial del Boletín Oficial está fuera de servicio) presenta 215.885 casos confirmados y 151 personas fallecidas por dengue en lo que va de 2024. Según Comunicado de Prensa del 31 de enero del 2024: Desde la Semana Epidemiológica 31/2023 hasta la Semana Epidemiológica 3/2024 se registraron en Argentina 27.430 casos de dengue: 26.010 autóctonos, 872 importados y 548 en investigación, resultando en una incidencia acumulada a nivel país de 59 casos cada 100.000 habitantes.
En Entre Ríos, 11.599 casos confirmados y dos personas fallecidas al 18 de marzo de 2024, Según reporte epidemiológico del Ministerio de Salud Entre Ríos.

[27] Denominado por la Organización Mundial de la Salud como fiebre quebrantahuesos, es una infección vírica que se transmite de los mosquitos a las personas.

si ante una situación de tal magnitud e impacto, no es el Estado quien debe promover y definir acciones tendiente a la prevención, promoción, atención y cuidado de la salud.

Como posible respuesta al planteo, lamentable, angustiante e inconstitucionalmente[28], el Ministro de Salud de la Nación, expresó públicamente al respecto, en relación a las acciones del estado: "*hay que insistir en el cuidado de usar mangas largas, ropa clara y tener cuidado con los pantalones cortos"*. También respecto a la vacuna dijo, *"Nosotros no decimos que la gente no se vacune. Si tu médico te hace una receta para que te inocules porque cree que así se podría reducir un posible caso grave, está más que permitido. Es una decisión personal"*. (Mario Ruso, 2023)

Esta investigación considera que las emergencias y desastres deben ser parte de las políticas públicas sanitarias a cargo del estado. Las administraciones del gobierno estatal deben arbitrar los medios necesarios para enfrentar los eventos adversos y garantizar la salud como un derecho universal. En modo alguno el cuidado puede quedar librado a lo individual, cuando éste pertenece al ámbito de lo comunitario, implica siempre a otro/as y es una obligatoriedad que le compete al estado.

Como ciudadanos, como trabajadores de la salud, nos convoca la lucha colectiva en defensa de la salud pública, universal y gratuita, más aún en el contexto emergente que nos atraviesa, de recortes y ajustes que impactan en la salud de nuestra población.

"La salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales, mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos". (Franco Agudelo et.al. 2002).

[28] La Constitución Nacional, en sus artículos 33, 41, 42 y 75, entre otros, garantiza la plena vigencia del derecho a la salud.

Escribiendo estas últimas líneas, ante la vorágine social y cotidiana, ante el duro contexto social, político y económico que nuestra sociedad atraviesa, las emergencias y desastres emergen sin cesar, una nueva amenaza se incorpora a la sociedad: la viruela símica. ¿Cómo enfrentará la sociedad este evento adverso? ¿Qué aprendizajes podrán resignificarse e incorporarse a los cuidados? ¿Qué medidas adoptará el Estado para mitigar su impacto?

"La utopía está en el horizonte: camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces para qué sirve la utopía? Para eso, sirve para caminar. E. Galeano (1993).

Bibliografía.

Abric, & J.C. (1994). *Practiques Sociales et Representations Sociales.* Paris: PUF.

Aisenson, D., Virgili, N., Polastri, G., & Azzolini, S. (2012). *La noción de" proyecto" en jóvenes que consultaron en un servicio de orientación. Abordaje desde la teoría de las representaciones sociales.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Anuario de Investigaciones Versión On line ISSN 1851-1686. Anu. Investig. Vol. 19. No 1.

Archenti, N., Marradi, A., & Piovani., J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales.* Buenos Aires: Emecé Editores.

Ardila Gomez, S., & Rosales, M. y. (2021). Impacto de la Pandemia por Covid 19 en los Servicios de Salud Mental en Argentina. *REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA. Suplemento COVID-19.*

Arito, S., Imbert, L., Jaquet, M., Cerini, L., Rígoli, A., & Kriger, P. (2020). *Desastres y Catástrofes: Herramientas de Pensamiento para la Intervención.* Paraná. Entre Ríos: Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social.

Artito S. (2021) Seminario de Emergencias y Desastres Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. UNER. Clase Cohorte 12a. Paraná

Armus, D. (2002). *La Enfermedad en la Histografía de América Latina Moderna.* Swarthmore College. USA: Asclepio, 54(2).

Arraigada, M., & Cepeda, C. y. (2016). *La Psicologái de la Emergencia en el Marco de la Ley de Salud Mental.* Mar del Plata. Bs. As.: VII Congreso Marplatense de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Beade, A; Bargas, M. (Editores). (2022) *"Epopeyas entrerrianas en pandemia. Manifestaciones en clave de salud mental a través del acompañamiento de dispositivos de contención remotos"* Paraná, Entre Ríos. Ed. La Hendija.

Belmartino, S. (1987). *Modelo Médico Hegemónico.* Anales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 1987.

Bentolilla S. (2019) *Integración de los lineamientos de salud mental con los principios de gestión para la reducción del riesgo de emergencias y*

desastres: el caso de la Red PROSAMIC en la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad ISALUD.

Benyakar, M. (2006). *Lo disrruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales.* Buenos Aires: Biblos.

Boletín Oficial de la República Argentina. Legislación y avisos oficiales. Ministerio de Salud. Resolución 2211/2015. Buenos Aires. 30/11/2015 Fuente: https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/137878/20151209. Fecha de ingreso: 15/1/2024

Boniolo, P., Dalle, P., Elbert, R., & Satu, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología.* Buenos Aires: Clacso.

Bordieu, P. (1990) "Algunas propiedades de los campos". Sociología y cultura. México: Grijalbo.

Casallas, AL. *La medicina social-salud colectiva latinoamericana: una visión integradora frente a la salud pública tradicional*. Rev. Cienc. Salud. 2 017;15(3):397-408. Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123

Cueva Dávila, A. El marxismo latinoamericano: historia y problemas actuales. Homines. 1989;13(1):428-41.

Costa, Leticia. (2020) Planificación de Cátedra. Psicología Social. Licenciatura en Enfermería. FCVS. UADER.

De Riso, Silvia; Jaquet Mónica. Compiladoras. (2020) *Formación en Salud Mental. Una Experiencia de Maestría en la Universidad Pública de Argentina*. FTS. UNER. EDUNER.

Dio Iorio, J., Seidmann, S., & Rigueiral, G. y. (2018). *Investigaciones sobre representaciones sociales desde una perspectiva procesual: articulaciones entre la investigación y la intervención psicosocial.* Buenos Aires: X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur. UBA.

Dirciara, B. S., & Maria, D. A. (2013). Emergencia de salud pública: representaciones sociales entre gestores de un Hospital Universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

Faillace, R. (2017). *Capacitación Regional en Emergencias Prehospitalarias*. Concordia. Entre Ríos: Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias.

Florear, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Catálogos Editora. Buenos Aires.

Argentina.

Galeano, E. (1993). *Las palabras andantes.* Siglo XXI Editores. México.

García Acosta, V. (1992). *Enfoques teóricos para el estudio histórico de los desastres naturales.* En: Maskrey, Andrew (Comp.) (1993). Los desastres no son naturales. Cap. viii. La Red, Bogotá.

García Acosta, V (2005). *El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos*. Desacatos, septiembre-diciembre, 019, 11-24. Centro de Investigación y estudios superiores en Antropología social, México DF. Disponible en: http://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1042

Gastão Wagner de Sousa Campos (2001). Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Giménez, G., Flores, G., & Gomez., R. (1996). *Metodología de Investigación Cualitativa. Tradición y enfoques en la investigación cualitativa.* Granada. España: Aljibe.

Gonzalez Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad.* Guatemala: Tinta y Papel S.A.

Gonzalez, M; Rubalcada S. (2010) *Seguridad del agua en situaciones de emergencia y desastres. Peligros microbiológicos y su evaluación*. Rev Cubana Hig Epidemiol v.48 n.1 Ciudad de la Habana

Haas, V., & Jodelet, D. (1999). *Pensée et mémoire sociale.* Paris: Manuel de Psychologie Sociale.

Jodelet, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (comp) Psicología Social II.* Barcelona: Paidós.

León, M. (2002). *Representaciones Sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social*. Buenos Aires: Psicología Social. Prentice Hall.

López-Ibor. (2004) *¿Qué son Desastres y Catástrofes?* San Carlos. Madrid: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad Complutense. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico.

Ministerio de Salud de Nación. Comunicado de Prensa. sitio web: https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-enfatiza-la-importancia-de-sostener-los-cuidados-para-la-prevencion-del-dengue#:~:text=Desde%20la%20Semana%20Epidemiol%C3%B3gica%2031,59%20casos%20cada%20100.000%20habitantes. Fecha de Acceso: 8 de abril de 2024.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires: Huemul.

Moscovici, S., Permanadeli, R., Jodelet, D., & Sugiman, T. (2012). *Producción alternativa de conocimiento y representaciones sociales.* Indonesia: Programa de Posgrado en Estudios Europeos. Universidad de Indonesia.

Organización Mundial de la Salud. (1998) *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra. https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/glosario.-promocion-de-la-salud.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2012) Primera Ayuda Psicológica. Guía para trabajadores de campo. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequen ce=1

Organización de Naciones Unidas. *International Decade for Natural Disasters Reduction*. 44th Session of the General Assembly. Resolution 44/236. New York:ONU; 1989

Organización Panamericana de la Salud (2010) - Apoyo psicosocial en emergencias y desastres. Guía para equipos de respuesta. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=books&alias=1087-apoyopsicosocial-en-emergencias-desastres&Itemid=1179&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud (2020) Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de Covid-19. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19

Pampliega de Quiroga, A. (1986). *Una experiencia interdisciplinaria de trabajo en comunidad ante una situación de emergencia social (Guerra de Malvinas).* Buenos Aires: Ediciones 5.

Santini, O. (2015). *Emergencias y Desastres. Gestión de Riesgo. Estrategia Preventiva, Asistencia y Rehabilitación Psicosocial.* Córdoba.: Brujas.

Sirvent, M. T. (1998). *Multipobrezas, violencia y educación*, en: IZAGUIRRE, I. (coord. y comp.), Violencia social y derechos humanos, Buenos Aires, Editorial EUDEBA, pp. 201- 209

Stolkiner, Alicia. (2021). *Prácticas en Salud Mental.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Noveduc.

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas*. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría.

Urbano, C., & Yuni, J. (2006). *Técnicas para Investigar 2.* Buenos Aires: Brujas. *Investigación social.* Buenos Aires: FFyL. UBA.

Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Maestría en Salud Mental

Tesis: Emergencias y Desastres. Representaciones Sociales en Salud Mental.

Un estudio en torno a las representaciones sociales sobre emergencias y desastres en profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

ANEXOS

Tesista: Licenciado Ortiz, Exequiel

Directora: Licenciada Beade, Adriana (Res."CD" "FTS" "UNER". Nº 523/2022)

Paraná, Entre Ríos. Agosto 2024.

DATOS PROFESIONALES:

TESISTA: Licenciado en Psicología Exequiel Eduardo Raimundo Ortiz

D.N.I: 33.569.094

Celular Nro. (0343) 15503292190

Mail: ortixexequiel1987@gmail.com

DIRECTORA: Licenciada Adriana Beade

D.N.I: 12.313.987

Mail: adrianabeade@gmail.com

INDICE ANEXOS

Modelo Nota institucional solicitud autorización 4

Documento de consentimiento informado 6

Formulario de consentimiento informado 9

Modelo Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental". 10

Entrevistas 11

Entrevista a referente institucional en materia de Emergencias y Desastres ... 45

MODELO NOTA INSTITUCIONAL SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN[1]

Concordia, 10 de enero de 2023

Al Sr. Director
Lic. ……
Hospital ……
S / D:

De mi mayor consideración, quien suscribe, Licenciado Exequiel Eduardo Raimundo Ortiz DNI: 33.569.094, en calidad de maestrando me dirijo a usted a los efectos de solicitar autorización para llevar cabo la Tesis titulada "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental", en el Servicio de Salud Mental de la institución que usted coordina.

La misma se encuadra en la Maestría en Salud Mental de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y tiene como objetivo general indagar y analizar cuáles son las representaciones sociales acerca de las Emergencias y Desastres que tienen las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos, identificando divergencias y convergencias entre ellas.

Para cumplimentar con el objetivo se desarrollarán entrevistas semi dirigidas a profesionales de los distintos equipos interdisciplinarios, que acepten la participación en la misma, garantizando composición interdisciplinaria.

Asumo el compromiso de resguardar datos identitarios del nosocomio, como así la confidencialidad de las personas entrevistadas, bajo la modalidad de consentimiento informado. También realizaré una devolución institucional en base a las conclusiones, en pos de

[1] Se reserva el derecho de confidencialidad y datos institucionales. La nota original con la firma de autorización queda disponible para quien lo requiera.

contribuir al campo de la salud/salud mental, siendo propósito trascendental la articulación entre campo de la salud y la educación.

Aguardando una respuesta favorable

Saludos cordiales.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Emergencias y Desastres. Representaciones Sociales en Salud Mental"

Un estudio en torno a las representaciones sociales sobre emergencias y desastres en profesionales de equipos interdisciplinarios del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia.

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado (a) a participar en la investigación "Emergencias y Desastres. Representaciones Sociales en Salud Mental".

Su objetivo es Indagar y analizar cuáles son las Representaciones Sociales que tienen acerca de las Emergencias y Desastres las y los profesionales de equipos interdisciplinarios de un servicio hospitalario de salud mental de la ciudad de Concordia provincia de Entre Ríos, identificando divergencias y convergencias entre ellas. El presente trabajo de investigación tomará como población a profesionales del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia, Provincia de Entre Ríos. Usted ha sido seleccionado (a) porque forma parte de los equipos que componen dicho servicio, es profesional del campo de la salud mental y desde su campo disciplinar se puede garantizar composición interdisciplinaria.

El investigador responsable de este estudio es el Lic. En psicología Exequiel Eduardo Raimundo Ortiz, tesista de la Maestría en Salud Mental de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Dirige la presente la Lic. Adriana Beade.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en una entrevista en la cual podrá expresar consideraciones sobre la temática seleccionada. Se realizará un tipo de estudio cualitativo, descriptivo, en el cual se utilizarán técnicas de recolección de datos basadas en entrevistas semi-estructuradas individuales.

Riesgos: La presente investigación no expone a los participantes a riesgos de ninguna índole.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información que sirva para el estudio sobre las emergencias y desastres en el campo de la salud mental.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. El investigador y su directora se comprometen a garantizar la confidencialidad de la información recabada, así como a resguardar la identidad y privacidad de los participantes a partir del anonimato. Tanto en la transcripción de los relatos como en la elaboración de los textos e informes académicos, los datos surgidos en esta investigación serán tratados bajo estricto cumplimiento de la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25.326. Todos los individuos gozan de plena libertad y autonomía para aceptar participar en la presente investigación, quedando exclusivamente bajo su total voluntad dicha decisión. La participación es libre y gratuita, pudiendo también decidir abandonar dicho proceso en cualquiera de las etapas de implementación que se sucedan sin necesidad de dar explicaciones y sin perjuicio alguno ni pérdida de derechos. Asimismo, el equipo de trabajo se compromete a brindar cualquier tipo de aclaración requerida sobre los procedimientos u otros asuntos relacionados con

la investigación que puedan surgir, antes de su inicio como también durante su desarrollo.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se dejará una copia en papel de la investigación en el Servicio que usted trabaja a la cual podrá acceder libremente o solicitarla de manera digital al correo ortizexequiel1987@gmail.com.

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al Investigador Responsable de este estudio:

Lic. Exequiel Ortiz

Teléfono: 3435029210

Dirección: Chile 1306, Concordia. Entre Ríos.

Correo Electrónico: ortizexequiel1987@gmail.com

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO[2]

Yo, ……..……..……, acepto participar en el estudio "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental", en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

_____ _____

Firma Participante. Firma Investigador Responsable.

Lugar y Fecha:

_____

Correo electrónico para la devolución de la información _____

_____

Este documento consta de cuatro páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

[2] El documento original queda a disposición de quien lo requiera.

Modelo Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".

Un estudio en torno a las representaciones sociales sobre emergencias y desastres en profesionales de equipos interdisciplinarios del servicio de salud mental de un hospital polivalente de la ciudad de Concordia.

Sobre lo institucional:

¿Cuál es su profesión?

¿Cuál es su equipo de trabajo? ¿Cómo se compone ese equipo?

¿Qué función tiene dentro de la institución?

¿Cuál es su trayectoria institucional?

Prácticas profesionales:

¿Cuáles son las acciones específicas que desempeña dentro del campo de la salud mental en este servicio?

¿Realizó abordajes que hayan requerido de inmediatez ante ciertos riesgos/emergencias en personas o comunidades?

Sobre las Emergencias:

¿Qué considera que son las emergencias en salud mental?

¿Cuáles cree que son las más frecuentes?

¿De qué modo se abordan?

¿Ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales o comunitarias?

Sobre los Desastres

¿Qué considera que son los desastres?

¿Ha intervenido alguna vez? ¿Cree que estaría dentro de sus incumbencias profesionales?

¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencia y desastre?

¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias y desastres y salud mental?

¿Qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones?

ENTREVISTAS

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".

Entrevista A

Identificación: I

Profesión: Profesional de la Psicología

Equipo de trabajo: Admisión de adultos

- **Entrevistador (E)**: ¿Podría contarme cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (I)**: Mi equipo de trabajo son otros colegas, 3 más aparte de mí y transitoriamente en algún tiempo pueden concurrir practicantes de carreras afines y residentes.
- **E**: ¿Qué función tiene dentro de la Institución?
- **I**: Trabajo como Psicóloga, haciendo clínicas de adultos y también formando parte del equipo de admisión de adultos, es decir realizo admisiones y muchas veces estas admisiones terminan en tratamientos, es decir clínica.
- **E**: ¿Cuál es su trayectoria dentro de la Institución?
- **I**: Mi trayectoria dentro de la Institución fue en un comienzo, yo trabajaba en el ministerio de salud de la provincia como secretaria y luego pedí un traslado a la ciudad de Concordia, faltándome muy pocas materias para recibirme, 2 materias, el traslado fue como cargo administrativo y estuve casi 10 años trabajando como administrativa dentro de este servicio. También en un comienzo participaba como estudiante avanzada en unos programas que hubo, no recuerdo específicamente ahora pero que funcionaban en el centro de salud caminal, en un equipo de teatro. Luego cuando me recibí pido el pase de tramo administrativo a profesional para ejercer como psicóloga en el equipo de admisión de adultos.

- **E**: De acuerdo a las prácticas profesionales, ¿qué acciones específicas desempeña dentro del campo de salud mental en este servicio?
- **I**: Bueno desde la psicoprofilaxis, a veces como hemos dado lugar a compañeros del hospital para poder pensar las prácticas de otro servicio, también en lo que es la admisión esto de poder revisar el motivo de consulta de los usuarios para ver qué tipo de demanda, poder discernir entre lo urgente y no tan urgente, que no deja de ser importante y estas urgencias que viene a veces de otras instituciones y no de lo individual o particular de cada individuo y/o usuario. Poder discernir los tipos de demandas, a veces la demanda no es genuina, de lo psíquico del sufrimiento del dolor, sino más bien de otros. Pero se puede ir pensando a estos espacios, cuando lo requieren otras instituciones, enseñar de qué se trata la salud mental, dar a conocer a las personas de la ciudad de Concordia que vienen al servicio, enseñar de qué se trata la salud mental, cuál es la función de este servicio. Yo creo que la admisión para los que formamos parte de este equipo se trata un poco de eso, de explicar qué es un servicio de salud mental, que la salud mental es la posibilidad de pensarnos a veces, de pensar que hay un conflicto y cuando uno puede reconocer esto es saludable… Bueno un poco es esto de mi función creo yo…capaz mañana pienso otra cosa (risas).
- **E**: ¿Realizó abordajes que haya requerido de inmediatez antes ciertos riesgos y/o emergencias con personas o comunidades?
- **I**: Inmediatez sí, en personas que… acá en el servicio en una época que… en la pandemia. En la pandemia es como que muchas veces… no es que uno tenía mucha idea de, es como que las herramientas que teníamos ayudaban a responder a eso, a lo urgente, a lo inmediato, lo que no se sabía. Personas que venían del 107 por ejemplo, que eso era una respuesta que la construíamos incluso ahí. Con nuestros colegas nunca estábamos solos, la mayoría de las veces cuando se podía pensar incluso con otros. No sé si esta es la respuesta en relación con la pregunta… ¿me la puedes repetir?

- **E**: Si realizo abordajes que haya requerido de inmediatez antes ciertos riesgos y/o emergencias con personas o comunidades
- **I**: Creería que sí, si porque pasa esto acá en el servicio, como en cualquier servicio y también con lo referente a la salud mental.
- **E**: Hablando específicamente sobre las emergencias, ¿que considera que son las emergencias en salud mental?
- **I**: Emergencias en salud mental… y bueno cuando muchas veces… Yo creo que a las emergencias hay que pensarlas desde quien la demanda, hay diferentes tipos de emergencias: cuando es el usuario, viene la persona, cuando es una emergencia para otro, como para una institución… ¿para quién es la emergencia?, ¿de dónde viene esa demanda?... creo que sí. No sé si estoy respondiendo bien a la pregunta
- **E**: La pregunta es sobre lo que considera que son las emergencias en salud mental
- **I**: Bueno esto de diferentes tipos de emergencias. Es una emergencia cuando hay sufrimiento, cuando hay dolor, eso es una emergencia en salud mental. No es responder pensando en lo que recibimos en la admisión a instituciones, sino dar algún tipo de respuesta a un conflicto, muchas veces familiar, social, es decir cuando hay denuncias por violencia, por abuso, ahí hay una emergencia social, no siempre la persona que llega, o el motivo… Es una emergencia para la justicia por ejemplo o la sociedad o para la víctima y no para quien viene al servicio. Que pueda pensar esto como una posibilidad de que hay un problema y de que se puede hacer algo.

  Sabemos también que las emergencias tienen que ver con las estructuras psíquicas, es difícilmente que alguien que no es consciente, un perverso pueda plantearse algo… y también las estructuras institucionales no pensamos todas las emergencias desde el mismo lugar. Yo creo que las emergencias en salud mental, es el dolor psíquico siempre, que esto debería ser nuestra emergencia pero bueno… lo social también tiene que ver con la salud mental. Estos síntomas

sociales Como pueden ser la violencia en todos sus sentidos es un emergente… es emergencia para nosotros.

- **E**: ¿Cuáles cree que son las emergencias más frecuentes?
- **I**: Intentos de suicidio, es un riesgo…. Riesgos para sí, para la persona y también el riesgo para otros. Yo creo que a veces cuando respondemos a esto… al pedido de la justicia frente a una probation, más allá de que sepamos… al menos indagar ya que hay algo que puede aparecer acá… una emergencia social que puede manifestar frente a otros
- **E**: entonces… ¿el suicidio es la más frecuente?
- **I**: si, y también la depresión que lleva muchas veces al suicidio, muchas veces no pero que trae en la familia toda una dificultad… esta persona empieza a venir y surge una afectación en su entorno. Muchas veces pasa en el servicio que diferentes equipos están abordando una situación familiar… Esto es una emergencia.
  La adicción también es una emergencia, ya ha habido desde el año pasado y después de la pandemia… ha disminuido la demanda, pero no quiere decir que no sea una emergencia.
  La ansiedad como manifestación del dolor psíquico también, de poder angustiar frente a algo que le sucede frente a los menesteres de la vida.
- **E**: ¿De qué modo se abordan estas emergencias?
- **I**: ¿En el servicio? ¿En el equipo? Y bueno en el equipo de admisión se hacen entrevistas, entre una y tres entrevistas, donde discernimos la demanda, la urgencia y de ahí… lo que tratamos es de dar respuesta siempre… ya que una persona se acerque a pedir ayuda, a pedir un turno, así sea derivado, es pensar que se ha acercado entonces queremos dar una respuesta.
  Trabajamos de esta manera de una a tres entrevistas, a veces la admisión misma sirve… es terapéutica. También vemos las opciones que tenemos, la posibilidad de que sea grupal o a la espera de un espacio individual… vemos las posibilidades de responder ante lo urgente… a veces la admisión es más de tres entrevistas a la espera de

un turno individual… a veces han sido ocho. Escuchamos… lo difícil ahí es que ya comienza a ser terapéutico y deja de ser una admisión. Muchas veces los que integramos el equipo terminamos teniendo mayor cantidad de pacientes… esto de poder pensar la frecuencia…

- **E**: ¿Ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales y comunitarias?
- **I**: si, a mí me parece que uno… Hay momentos en que necesita como terapeuta, como persona, como individuo, transitar por otros espacios, porque a veces tenemos que revisar las prácticas, salir de un lugar, entrar en otro, volver, revisar, replantearse ayuda a ver el panorama desde otro lugar, desde otra perspectiva… hacer siempre lo mismo… no se… yo pienso que uno puede generar otros espacios, es más pienso que este equipo de admisión alguna vez puede transformarse en otra cosa, como en salir a la comunidad o conectarse a la comunidad desde otro lugar… no se… yo creo que una institución algo así se estanque y funcione siempre de la misma manera
- **E**: ¿cómo se podrán pensar estas intervenciones en el ámbito social o comunitario?
- **I**: y a veces hasta como hemos hecho en algún momento estas reuniones con otros equipos de otras instituciones como lo judicial, el Co.P.N.A.F, frente a demandas con algunas particularidades con pacientes que pedía la defensoría o con otros equipos del hospital por ejemplo de mesa de entrada. Muchas veces no está instalado esto y estaría bueno siempre poder revisar las prácticas de equipos, las prácticas nuestras, esto estaría bueno. Creo que para los que trabajamos en salud mental, la salud mental más allá de lo individual también es en las instituciones.
- **E**: ¿Qué considera que son los desastres?
- **I**: podríamos pensar que a veces los desastres… no sé, me imagino yo… como un conflicto, una posibilidad de que las cosas dejen de funcionar de una manera y tengan que funcionar de otra… donde este caos posibilita una reestructuración, una resistematización. Pensando

desde un paradigma… pensando en algo que funcionaba, frente a estas nuevas situaciones deja de funcionar, creo que ahí está poder hacer este cambio cualitativo. Un desastre nos da la posibilidad de repensarnos, de reinventarnos, de evolucionar muchas veces. Creo que la salud mental tiene que ver con esto, con la posibilidad de resolver conflictos, desastres… y es ahí en la cancha donde se ven los pingos… de todo lo que yo pude hasta ahora… aprender qué de esto me sirve para poder seguir y desde qué lugar puedo ayudar a construir. Yo creo que la pandemia fue un desastre y que quienes estuvimos participando… hoy pensando en lo que hacíamos… fue lindo porque nadie pudo solo, no podíamos trabajar solos, aunque estabas solo en tu casa, con tu barbijo… haciendo atención remota y que funcionaba y que era a cualquier hora. El desastre creo que yo que es una posibilidad.

- **E**: Entonces… ¿Ha intervenido en algún desastre? ¿Cree que está dentro de sus incumbencias profesionales?
- **I**: Yo creo que todo el tiempo, no sabemos con qué nos vamos a encontrar, no sé si es un desastre pero nuestro trabajo es como artesanal en esto… viene alguien todo desarmado, hecho un desastre, hay una situación que es un desastre y yo creo sí, que se trata de eso, de un desafío… yo creo que nunca sabemos todo y que en los desastres muchas veces vamos a poder y en otras no. Yo siempre trabajo con otros profesionales
- **E**: ¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencias y desastres?
- **I**: en la emergencia uno puede pensar antes, se puede tener estrategias. En el desastre no, estando ahí tengo que ver qué tengo y cómo hacer algo con todo esto. Es distinto, es como que uno tiene… yo creo que el desastre genera ansiedad hasta para quienes trabajamos. Es como que el miedo nos protege y también nos crea todo esto de… y cuando hay una emergencia uno lo puede ver… lo puede pensar, lo puede calcular… en el desastre ya estás ahí… como esto del teatro… no podemos pensar mucho hay que salir a actuar.

- **E**: ¿Qué asociaciones podría establecer entre emergencias, desastres y salud mental?
- **I**: Bueno eso un poco… de que la salud mental es un conflicto, a veces como esto que llega un desastre pero que es ahí donde se puede hacer, que es importante poder ver algo que no está bien. La salud mental es poder decir que bueno… hay algo con lo que no puedo, que hay un conflicto que hay que reconocerlo, esto es saludable. El desastre en la salud mental y la emergencia es todo esto… es poder dar cuenta. A veces el desastre es imposible resolverlo, pero dándome cuenta…sí la verdad… estoy hecho un desastre, necesito otra cosa…es saludable reconocerlo.
- **E**: ¿qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones de desastres?
- **I**: yo creo que es siempre con otros, es fundamental los equipos, yo creo que no hay manera… por más clínica, siempre es con otros. Necesitamos poner en palabras con otros para poder expresar lo que siente, cómo se siente frente al desastre, donde nadie tiene razones, ni hay certezas. La incertidumbre… con otros se encuentra el sentido, el sentido de poder buscar una palabra o nombrar algo… el sentido, esto que es el significante.. qué es para mí un desastre, qué es para el otro un desastre. Poner en palabra es lo que nos ayuda a transitar los desastres.
- **E**: ¿Quisiera agregar algo más?
- **I**: no, creo que he dicho mucho (risas)
- **E**: Muchas gracias.

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".
Entrevista B.

Identificación: R
Profesión: Profesional de la Medicina. Especialista en Pediatría. Residente en Salud Mental
Equipo de trabajo: Residencia. Rotación actual sala de Internación Servicio de Salud Mental.

- **Entrevistador (E)**: ¿Podría contarme cuál es su profesión y cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (R)**: yo soy médica pediatra, trabajo en la guardia de emergencias del Hospital Masvernat como médica pediatra. Este equipo está formado por dos pediatras, un cirujano, un traumatólogo, dos clínicos y otras especialidades de guardias pasivas, enfermeras y administrativos.

  En la Residencia de Salud Mental del Hospital Heras estoy con otras disciplinas, soy la única médica, hay psicólogos, trabajadores sociales, comunicadores sociales. Vamos rotando por distintos equipos del servicio. Actualmente me encuentro rotando en la sala de internación de este servicio.
- **E**: ¿Qué función tiene dentro de la Institución?
- **R**: soy residente de segundo año, por lo tanto estoy en formación, un poco más específica de la disciplina de psiquiatría. Así que actualmente evalúo pacientes en conjunto con otros profesionales y participó de talleres con usuarios.
- **E:** ¿Cuál es su trayectoria institucional?
- **R**: tengo unos cuantos años de recibida. Al principio trabajaba en la provincia de Santa Fe como médica de guardia. Luego vine a Concordia al Hospital Masvernat para hacer la Residencia en Pediatría. Después

empecé a trabajar en la guardia de emergencias y en consultorios externos. Y acá en el Hospital Heras este es mi segundo año como residente y sólo hago esto.

- **E**: De acuerdo a las prácticas profesionales, ¿qué acciones específicas desempeña dentro del campo de salud mental en este servicio?
- **R**: Soy Residente. El residente en mi caso es un médico en formación, que pasa por los diferentes equipos, y en cada equipo tiene actividades diferentes. En la sala ahora, que es donde estoy, veo a los pacientes en conjunto con el equipo de sala, que está formado por dos psicólogos y una psiquiatra. Allí se evalúa los pacientes agudos, también hacemos interconsultas de otros servicios y de otras instituciones… y bueno evaluar pacientes… las evoluciones… ver los tratamientos y armar también redes de los pacientes al momento del alta y también hago algo de clínica porque bueno… Es mi primera especialidad. No concibo una cosa sin la otra.
- **E:** ¿Realizó abordajes que haya requerido de inmediatez antes ciertos riesgos y/o emergencias con personas o comunidades?
- **R**: A ver estoy pensando… y sí porque también eso me faltó decir… también vemos los pacientes que están en la guardia de urgencias, entonces sí también he abordado pacientes de urgencias.
- **E**: ¿Qué considera que son las emergencias en Salud Mental?
- **R**: Las emergencias de salud mental son situaciones en que el paciente está en riesgo y que esté en riesgo terceros también. creo que eso es lo primero, situaciones que pongan en riesgo su vida como cualquier emergencia, es decir médica o de salud mental.
- **E:** ¿Cuáles cree que son las más frecuentes?
- **R**: las más frecuentes en mis pocas experiencias… Las autolesiones son las más frecuentes, que son en las que se ponen en riesgo estos pacientes.
- **E:** ¿de qué modo se abordan esas emergencias?
- **R**: lo que pasa es que siempre depende de cada paciente y de la situación en la que se encuentre. Hay situaciones en que uno puede

dialogar con el paciente y otras en las que necesitamos intervenir de otra manera, como por ejemplo con fármacos… si no se puede charlar primero necesitamos tranquilizar al paciente y estabilizarlo. Siempre hablando de personas que estén clínicamente estables, no? Porque si es una persona que está clínicamente inestable directamente no es algo que vamos a abordar en ese momento sobre la salud mental… sino que se espera estabilizar al paciente para luego poder abordarlo desde la salud mental.

- **E:** ¿A qué se refiere con lo clínicamente estable?
- **R:** clínicamente estable significa que tenga sus signos vitales estables.
- **E**: ¿Ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales y comunitarias?
- **R:** sí, vuelvo a decir lo mismo, yo concibo a las personas como seres biopsicosociales, aunque es un paradigma antiguo. Por lo tanto, si solo nos ocupamos de lo clínico sin pensar en lo psico y en lo social… nos está faltando algo. Así como si nos ocupamos de lo psico y lo biológico sin pensar en lo social… personas que están insertas en un medio y que la terapéutica muchas veces necesita de un continente para que pueda ser mejor
- **E:** ¿Qué considera que son los desastres?
- **R**: Qué difícil definir… Son situaciones que pasan… no se de golpe… que usualmente no se está preparado. Creo que eso es un desastre…no se me ocurre nada más.
- **E:** ¿Se le ocurre algún ejemplo?
- **R**: Déjame pensar…. puede ser por ejemplo una inundación es un desastre… un accidente es un desastres. Es decir son situaciones en que te desacomoda y que nadie está preparado y que hay que pensarlos.

  Por ejemplo para una emergencia uno sabe más o menos lo que se hace con esa situación de emergencia… médica estoy hablando… en un desastre hay cosas que no sabes, que las tenes que pensar ahí en el momento.

- **E**: ¿Ha intervenido alguna vez en situaciones de desastres? ¿Cree que estaría dentro de sus incumbencias?

- **R**: no, nunca intervine en un desastre… como médica no… (Piensa)... como médica de urgencias… no sé si sería de mi incumbencia, sí sería parte de… acompañamiento pero… no lo sé.

- **E**: ¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencias y desastres?

- **R**: Bueno lo dije antes, la emergencia son situaciones para lo que uno está preparado, sabe cómo actuar, hay un protocolo, hay una forma de trabajo. En un desastre creo que al ser un suceso… ¿cómo sería la palabra?... El imprevisto se va resolviendo en el momento. Por ejemplo, un desastre sería una explosión en una escuela. Si bien, hablándole yo como médica, en cuanto a la explosión y a las cosas que pueden pasarle a las personas… sabría cómo actuar… si fueran quemados… pero ya en el hospital. En cambio en el desastre… por supuesto que hay personas que ya saben que se hace en una explosión… nosotros como médicos no actuamos en el momento de la explosión, actuamos cuando se lleva a los pacientes al hospital… no sé si se entiende.

- **E**: ¿Qué asociaciones podría establecer entre emergencias, desastres y salud mental?

-**R**: (piensa) y pensando… a ver… que existen emergencias y desastres... vamos de nuevo. Que existen desastres que tiene que ver sólo con la salud mental. No sólo estar expuesto… por ejemplo que ¿con el ejemplo de la explosión… no sólo el quemado sería parte del desastre sino alguien que vea y que esté en esa situación también podría ser afectado por el desastre y no poniendo el cuerpo sino poniendo su cabeza.

y en una situación de emergencias también puede afectar su salud mental. y bueno las emergencias de salud mental son emergencias de salud mental

- **E**: ¿cuáles?

- **R**: Y como hablamos antes, una situación que una persona ponga en riesgo su vida, que se quiera tirar de un puente, una persona en una situación de violencia… todas son urgencias en salud mental.
- **E**: ¿Qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones de desastres?
- **R**: (silencio, piensa)... me parece que lo primero que tenemos que hacer es entender las implicancias de cada uno, para asi saber en qué podemos aportar. Creo que en las situaciones de desastres terminamos todos queriendo hacer todo y terminamos sin hacer nada… el que mucho abarca poco aprieta.
- Yo creo que no tenemos muchas ideas sobre desastres, no estamos formados para los desastres. De hecho no estamos formados en desastres. Estamos más formados para la urgencia. Somos, y me incluyo como pediatra, pocos los que nos gusta trabajar en la urgencia, y no se nos forma mucho en ese tema. Entonces creo que primeramente deberíamos formarnos en emergencias y saber cada una de nuestras implicancias para saber que se hace en ese momento y bueno… otra cosa también es esto de poder trabajar en equipo, en los momentos de desastres y urgencias es necesario saber trabajar en equipo y para eso tiene que saber lo que tiene que hacer
- **E**: Quiero agradecerle por su tiempo y preguntarle si quiere agregar algo más
- **R:** No, muchas gracias.

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".
Entrevista C.

Identificación: L
Profesión: Profesional de la Psicología
Equipo de trabajo: sala de Internación Servicio de Salud Mental.

- **Entrevistador (E)**: ¿Podría contarme cuál es su profesión y cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (L)**: soy psicóloga. Mi equipo de trabajo es el de sala de internación, compuesto por dos psicólogos, un psiquiatra y en este momento dos residentes: una residente en psicóloga y una médica pediatra para hacer su especialidad de psiquiatría.
- **E**: ¿Qué función tiene dentro de la institución?
- **L**: mi función es atender a los pacientes que han ingresado por guardia… en alguna crisis aguda en su salud mental
- **E**: ¿Cuál es su trayectoria institucional?
- **L**: yo vine como adscripta, concurrente ad honorem en 2007 durante cuatro años, y en 2011 obtuve una suplencia extraordinaria. Esos años participé de diferentes espacios: estuve en consultorios externos, armado de proyectos de diferentes talleres: revista jardín… y en los últimos cinco años exclusivamente atención en sala.
- **E**: ¿Cuáles son las acciones específicas que desempeña dentro del campo de la salud mental en este servicio?
- **L**: ¿Las específicas?...bueno yo creo que lo más específico es que cuando uno aborda… el primer abordaje que hace de la situación, teniendo en cuenta que se trata de una crisis aguda, es evaluar lo más que se pueda no solo de la crisis, sino del contexto en el que se da la crisis, para poder pensar en las intervenciones que van a servir durante la internación y en la externación.
- **E**: ¿Realizó abordajes que hayan requerido de inmediatez ante ciertos riesgos/emergencias en personas o comunidades?

- **L**: Si… en los ingresos es todos los días digamos, en persona. Porque la persona que ingresa, hay un riesgo de alguna manera. Así que sí, creo que se trata de lo cotidiano.
- **E:** ¿qué considera que son las emergencias en salud mental?
- **L:** Yo creo que la emergencia en salud mental tiene que ver con esa crisis aguda, digamos que hay algo que le sucede a la persona que descompensa o que aparece algún síntoma que la puede poner en riesgo, para mí eso es una emergencia.
- **E**: ¿Cuáles cree que son las más frecuentes?
- **L**: Depende de la época del año. Hay épocas en la que los intentos de suicidios son los motivos de internación más frecuentes y otras épocas del año en que las descompensaciones psicóticas son los motivos de internaciones. Dependiendo entonces a veces de las fechas, se dan más casos de uno o más casos de otro.
- **E**: ¿De qué modo se abordan?
- **L**: Bueno, la primera intervención siempre es medicamentosa, la aborda el psiquiatra, para que ceda lo más agudo del cuadro, y después recién el abordaje es psicoterapéutico. En ese mientras tanto, en realidad la función del psicólogo es trabajar con la familia o hablar con la red social de esa persona.
- **E**:¿ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales o comunitarias?
- **L**: No, no sé si lo he pensado, pero si muchas veces, en el momento de la externación de alguien es cuando lo que se requiere es más comunitario o social para poder sostener a esa persona en su estabilidad fuera de la internación.
- **E**: En relación a los desastres, ¿Qué considera que son los desastres?
- **L**: Yo creo que un desastre es cuando, digamos… Hay una situación en la que varias personas viven una situación traumática por llamarlo de alguna manera. A veces un desastre puede ser en el núcleo familiar, que frente a la descompensación de alguien eso tenga consecuencias entre

los diferentes integrantes que lo van a vivir de diferente maneras y puedo llegar a pensarlo como un desastre.

- **E**: ¿Ha intervenido alguna vez? ¿cree que estaría dentro de sus incumbencias profesionales?
- **L**: No, digamos pensándolo ya más como un desastre social, algo que suceda… Un derrumbe de un edificio y que haya varias personas en shock, algo así nunca interviene. Y sí, creo que es de mi incumbencia.
- **E**: ¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencia y desastre?
- **L**: Para mí la emergencia es más individual, en particular que sufre una crisis. Y el desastre es compartido, es la situación que implica a un conjunto de personas.
- **E**: ¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias y desastres y salud mental?
- **L**: Y la asociación que surge primero, es que frente a una emergencia y un desastre seguramente se van a requerir de intervenciones en salud mental por lo que implica esa situación, que puede desorganizar, desacomodar, impactar. Creo que hay relación directa.
- **E**: ¿Qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones?
- **L**: (Piensa) Intervenciones generales… (silencio) y yo creo que en una situación de desastre creo que tendría que abrirse un espacio en ese momento de contención emocional para ese grupo de personas, sería lo primero que se me ocurriría.
- **E**: Bueno, ¿quisiera agregar algo más?
- **L**: No, nada más.
- **E**: Muchas gracias!

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".
Entrevista E.

Identificación: C
Profesión: Profesional de Enfermería
Equipo de trabajo: sala de Internación Servicio de Salud Mental.

- **Entrevistador (E)**: ¿Podría contarme cuál es su profesión y cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (C)**: Yo soy enfermera, trabajo en sala de internación de salud mental. ¿A profesionales se refiere?
- **E**: a todas las personas que componen ese equipo.
- **C**: Bueno el equipo consta de psiquiatras, psicólogos, compañeros enfermeros, algunos son licenciados, otros son enfermeros profesionales y otros auxiliares. Y después el equipo de maestranza
- **E**: ¿Qué función tiene dentro de la institución?
- **C**: Yo soy enfermera asistencial.
- **E**: ¿Cuál es su trayectoria dentro de la institución?
- **C**: Yo comencé en el 2010, después estuve 1 año y medio sin trabajar, y regresé. Así que aproximadamente mi antigüedad es de 10 años y unos meses.
- **E**: ¿Siempre en el mismo servicio?
- **C**: Un solo mes trabaje en consultorios externos, después siempre en el mismo servicio.
- **E**: ¿Cuáles son las acciones específicas que desempeña dentro de este servicio?
- **C**: Y nosotros en atención al usuario, con pacientes, brindándole todo lo que es asistencia, digamos… a la persona, es decir los cuidados básicos. Y después también brindamos a veces escucha, contención, lo mismo que al familiar del paciente, cuando asisten familiares necesitan contención o sacarse dudas, también participamos.

- **E**: ¿Realizó abordajes que hayan requerido de inmediatez ante ciertos riesgos/emergencias en personas o comunidades?
- **C**: En personas sí, en los pacientes. Han estado en momentos de crisis y si…
- **E**: En relación a las emergencias, ¿qué considera que son las emergencias en salud mental?
- **C:** y emergencias en salud mental es cuando un paciente no puede controlar sus estado mental y corre riesgos para sí o para terceros. Ahí uno trata de ver la manera mejor de abordar eso
- **E:** ¿Cuáles cree que son las emergencias más frecuentes?
- **C:** En el área que yo trabajo es cuando un paciente no controla su estado de ánimo y necesita ayuda en el área de salud mental. En mi caso nunca he tenido que actuar en un paciente descompensado a nivel, no mental, sino de salud. Gracias a dios hasta hoy nunca se me descompensó ningún paciente de manera que acudir a una urgencia ya con ayuda médica.
- **E:** ¿De qué modo se abordan?
- **C:** En mi caso, si se puede trato de abordarlo de manera verbal primero, cuando el paciente todavía puede comprender la manera verbal. Cuando el paciente no comprende la manera verbal se solicita ayuda, tanto al personal de seguridad, como médica si es necesario.
- **E:** ¿ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales o comunitarias?
- **C:** Si…. (silencio prolongado)
- **E:** ¿cómo las pensaría?
- **C:** social... comunitaria… tendría que ser con un equipo, trabajar con un equipo. Salir a la comunidad o trabajar con la comunidad en la institución.

  Yo la única vez que he estado en comunidad fue con las prácticas cuando estudiaba, ahí salimos a la comunidad. Después siempre trabajé en la institución, no se me presentó para trabajar en la comunidad.
- **E:** En referencia a los desastres ¿qué consideran que son?

- **C:** Desastres, es una catástrofe ambiental, o ahora como el caso de la pandemia, en el área de salud mental trajo mucha conmoción.
- **E:** ¿Ha intervenido alguna vez en algún desastre?
- **C:** Se trabajó en pandemia en la sala, tratando de contener a los pacientes, por el hecho de que con el tema de la pandemia había varias… no decir restricciones, sino medidas para evitar mayor propagación, entonces hubo que contener a los pacientes y a los familiares, por el hecho de que no podían tener contacto salvo vía telefónica.
- **E:** ¿cree que estaría dentro de sus incumbencias profesionales actuar en situaciones de desastres?
- **C:** Sí, sí. (silencio, y espera la siguiente pregunta)
- **E:** ¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias y desastres y salud mental?
- **C:** Y… una emergencia yo creo que es como más a largo plazo, y un desastre es algo que pasó cómo sin previo aviso, que pasó… ¿cómo decirlo? se desmoronó un edificio… algo más del momento.
- **E:** marca la variable tiempo como una de las diferencias, ¿cree que hay alguna otra diferencia?
- **C:** y… la organización, uno con el desastre tiene que actuar más ya, y la emergencia uno se me hace que en el tiempo uno tiene un poco más ya de… de eso… de actuar.
- **E:** ¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias, desastres y salud mental?
- **C:** La contención, sea tanto de las personas que sufren la emergencia o el desastre, como también los familiares que no están en el lugar o en el momento pero sí, también de alguna manera les afecta.
- **E:** ¿Qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones?
- **C:** ¿Podrías repetirme?
- **E:** Sí, ¿qué intervenciones generales podría pensar desde el campo disciplinar en salud mental para realizar en situaciones de desastres?

- **C:** Lo principal para hacer son equipos de contención para las personas involucradas en emergencias o en los desastres. Yo hablo en sí desde la rama que yo estoy trabajando en este momento. De manera asistencial, tendría que ser que enfermería vaya a prestar sus servicios asistenciales. Pero desde la parte del equipo de salud mental más la contención.
- **E:** Bueno C. ¿Algo más para agregar?
- **C:** y estas preguntas yo las respondo, no desde la experiencia porque no he tenido experiencias en desastre sino más desde el razonamiento, es decir de lo que uno debería, no sé cómo actuaría si realmente estuviera en una situación de estas… se me hace que uno en el momento lo va a ir resolviendo.
- **E:** Bueno muchas gracias.

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".
Entrevista F.

Identificación: A
Profesión: Profesional del Acompañamiento Terapéutico.
Equipo de trabajo: Adolescencias, Grupo Institucional de Alcoholismo y otras adicciones (GIA) y Equipo de Externación..

- **Entrevistador (E)**: ¿Podría contarme cuál es su profesión y cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (A)**: soy Operadora psicosocial y Acompañante Terapéutico. Tengo dos equipos: GIA que significa Grupo Institucional de Alcoholismo y otras adicciones que se compone por otra operadora en psicología social también y el otro equipo es el de adolescencias compuesto por psicólogas y residentes de psicología y trabajo social. Ha también este año me incluí en el equipo de externación, el cual está compuesto por psicólogos, trabajadoras sociales, terapistas ocupacionales, comunicadoras sociales, muchos de ellos residentes.
- **E:** ¿Qué función tiene dentro de la institución?
- **A:** como operadora mi función es acompañar, algunos talleres, en el equipo de externación acompañó todo lo que es terapia ocupacional y los talleres que se llevan a cabo con usuarios de sala. Mi función tiene que ver más con lo grupal, talleres y grupos operativos o grupos terapéuticos.
- **E:** ¿Cuál es su trayectoria institucional?
- **A:** empecé en agosto de 2011 a trabajar en el servicio, primeramente en el dispositivo GIA y desde el 2020 desde que se creó el equipo de adolescencias también trabajó ahí. en externación desde el año pasado 2021.
- **E:** ¿Cuáles son las acciones específicas que desempeña dentro del campo de la salud mental en este servicio?
- **A:** Terapia grupal… eso hago aquí específicamente.

- **E:** ¿Realizó abordajes que hayan requerido de inmediatez ante ciertos riesgos/emergencias en personas o comunidades?
- **A:** si, en personas más que nada acompañamiento, recibiendo a la persona y acompañando a las internaciones o a la guardia, siempre buscando otros compañeros de equipo. (silencio)
- **E:** ¿y comunitarias?
- **A:** talleres en escuelas…
- **E:** en relación a inmediatez, emergencias…
- **A:** claro en relación a eso… inmediatez… como inmediato o urgencias en comunidades no…. no, no.
- **E:** ¿qué considera que son las emergencias en salud mental?
- **A:** (silencio prolongado, piensa) Emergencias en salud mental… emergencias subjetivas…. situaciones de violencias, todo aquello que la parte subjetiva de la persona esté en riesgo digamos…
- **E:** que podría ser una emergencia subjetiva, ¿qué se le ocurre?
- **A:** un intento de suicidio… un consumo problemático muy… elevado… vuelvo a reiterar, situaciones de violencia. Por ahí también me acuerdo de usuarios que han asistido muy mal porque se le ha prendido fuego el lugar donde viven por ejemplo y han asistido como a pedir ayuda y contención y a eso lo considero una emergencia… porque era el momento en que lo necesitaban.
- **E:** ¿Cuáles cree que son las más frecuentes?
- **A:** los intentos de suicidio… eso se me ocurre.
- **E:** ¿De qué modo se abordan?
- **A:** lo primero es contención, escucha, derivación, ya sea a guardia o derivar a otro profesional que esté habilitado como para poder medicar o hacer una internación. Pero yo creo que lo primero es la escucha y contener a la persona y ver como se lo puede acompañar también.
- **E:** ¿ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales o comunitarias?
- **A:** sí, he pensado que es lo que se puede hacer desde mi profesión. En caso de inundaciones por ejemplo se trabaja en los lugares donde se

aloja la gente que está en esa situación, se trabaja mucho desde la psicología social. Yo nunca participé pero sí se hace y lo he pensado en algún momento.

- **E:** ¿Qué considera que son los desastres?
- **A:** son como situaciones disruptivas, son situaciones que irrumpen la cotidianeidad o a lo que estamos acostumbrados nosotros a tolerar comúnmente. Fue el tema de las inundaciones o lo que fué la pandemia también. Fue algo disruptivo, de un momento para otro tuvimos que adaptarnos a otra forma totalmente diferente, de alejarnos… y eso ha generado cambios también.
- **E:** ¿Ha intervenido alguna vez?
- **A:** no, así como… así que haya sucedido y yo ir, no.
- **E:** ¿cree que estaría dentro de sus incumbencias profesionales?
- **A:** Sí.
- **E:** ¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencia y desastre?
- **A:** la emergencia es lo que está pasando ya, capas estoy equivocada, y … o la emergencia puede ser algo más individual, algo más subjetivo, en cambio el desastre, me parece, que abarca algo más en comunidad, sociedad, me parece a mí o capaz estoy erradísima.
- **E:** Entonces una de las diferencias que marca es la cantidad de personas afectadas, ¿cree que hay alguna otra?
- **A:** no… no se me ocurre ninguna más que esa en este momento.
- **E:** bueno… ¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias y desastres y salud mental?
- **A:** (piensa) la posición del daño subjetivo, lo emocional.. que es algo que a cualquiera de los afectados. En una emergencia o en un desastre está implicado el sujeto, en eso entraría lo que es la salud mental.
- **E:** ¿Qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones?
- **A:** …y depende… esto que te digo... que lo que se hizo antes en temas de inundaciones y que se ha hecho en desastres sociales por ejemplo

como fue Cromañon, donde trabajaron muchos psicólogos sociales, en lo que es la contención en el momento y post, con los familiares o con las personas que quedaron después del desastre, con los sobrevivientes, sé que se trabajó mucho desde lo grupal. Sé que se pueden hacer cosas.

- **E:** ¿algo más para agregar?
- **A:** no,... sé que en algún momento sobre esta temática la trabajamos en el hospital, o sea capacitaciones… pero no me acuerdo de nada.. me van a matar (risas)
- **E:** muchas gracias por su aporte, será de mucha utilidad.

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".
Entrevista G.

Identificación: M
Profesión: Lic. en terapia ocupacional
Equipo de trabajo: Coordinadora Equipo DIAT (Dispositivo Interdisciplinario para la Externación). Transversalidad resto de los equipos

- **Entrevistador (E)**: ¿Podría contarme cuál es su profesión y cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (M)**: Yo soy Licenciada en terapia ocupacional, ¿estamos hablando en salud pública?
- **E**: si, referente al servicio de salud mental del Hospital Heras.
- **M:** En realidad trabajo con todos los equipos del servicio de salud mental, trabajo con psicólogos, psicopedagogos, área de niñez, adolescencia, adultos e internación de sala.
- **E:** ¿Qué función tiene dentro de la institución?
- **M**: cumplo la función de terapista ocupacional, tanto de manera grupal, como de manera individual… como si fuera consultorio
- **E:** ¿Cuál es su trayectoria institucional?
- **M:** En relación a la antigüedad, 11 años y algunos meses más que fue ad honorem. El servicio fue cambiando, el equipo de adolescencia es nuevo… en el de niñez me sume después…en general en un principio siempre se pensó a la terapia ocupacional de manera grupal, en esto de los talleres así que así empezó mi recorrido en lo que es el servicio de salud mental y en la sala también en un principio a las actividades de la vida diaria, lo que decimos cómo AVD… en cómo mejorar la calidad de vida de los usuarios… estaba más abocada a eso. Después que se fue conociendo la disciplina empecé a sumarme al equipo de niñez, cuando se conforma el equipo de adolescencia también y lo mismo con el equipo de admisión de adultos. Actualmente estoy en el equipo de

externación que es el más nuevo, un nuevo dispositivo en el servicio… Estoy como coordinadora.

- **E:** ¿Cuáles son las acciones específicas que desempeña dentro del campo de la salud mental en este servicio?
- **M:** …bueno como dije… en este dispositivo de DIAT como coordinadora, en el cual seguimos casos de la sala de internación que han sido externados… vamos haciendo seguimientos para evitar el reingreso de los pacientes, en ese dispositivo como coordinadora. Después los otros equipos, niñez, adolescencia y admisión de adultos, estoy con distintos casos particulares, ayudando de acuerdo a las etapas de su ciclo vital, abocada a estos pacientes de manera más particular, con niños por ejemplo en relación a la escolaridad y algunos problemas de la escritura, algunas cuestiones conductuales en el aula y ahí se trabaja desde distintos modelos como de integración sensorial… más que nada en la evaluación de estos niños y en asesorar a estos padres para que después sigan con el equipo de trabajo. En las adolescencias estamos en relación a lo que es proyectos de vida, el armado de su vida… ya para transitar una vida adulta. Un poco de orientación vocacional, orientación a su vida laboral, ver sus intereses y ayudando a armarse de este lugar. En adultos, he trabajado más el área cognitiva, también en esto de la reorganización de su vida cotidiana, por ahí son adultos que suelen estar solos, sin otro familiar cercano o que tampoco salen mucho a relacionarse con otros… poder organizar su vida adulta desde otro lugar que no estén tan solitarios, o si lo están que no lo sea tanto en su vida cotidiana, pero en la sala de internación es uno de los principales objetivos de la terapia ocupacional, esto de reorganizar las actividades de la vida diaria… entonces ver cómo llevan adelante ellos en la sala de internación sus quehaceres cotidianos…lo que llamamos ADD que serían higiene básica, lavado de cara, dientes, manos… su organización de los espacios, si bien son espacios comunes a todos los pacientes internados, cómo pueden estar individualizados en este espacio

común… que cuiden sus espacios, que cuiden sus pertenencias, que se sientan individuos, cada uno con sus particularidades.

- **E**: ¿Realizó abordajes que hayan requerido de inmediatez ante ciertos riesgos/emergencias en personas o comunidades?
- **M:** sí me ha tocado hace algunos años atrás… no depende puntualmente de mi porque… en salud me pasó con un paciente que necesitaba una internación urgente y ya no dependía de mí. Me mandaron a la guardia, había otros médicos psiquiatras… y bueno ahí es donde dependo de otro médico. Este paciente estaba con un problema de salud que parecía una gripe y nada más severo y bueno ahí tuve que actuar como de manera más urgente para lograr una internación. eso… (silencio)
- **E:** ¿Y en las comunidades?
- **M:** No me ha pasado, en este momento no lo recuerdo sinceramente, pero no, no, no, no. Siempre en relación a la sala me ha pasado más que nada con esos pacientes de cuestiones de inmediatez, pero no en comunidades nada. No porque bueno… trabajamos en la emergencia en pandemia eso… y bueno previo a trabajar en el servicio… algo pude haber hecho pero de inmediatez en comunidad no.
- **E:** ¿qué considera que son las emergencias en salud mental?
- **M:** bueno ahí está el tema, en primer momento cuando corre riesgo la vida de la persona o la de otros, la de terceros, ahí es donde se evalúa, así que ahí es donde yo considero que hay una emergencia para trabajar
- **E:** ¿Cuáles cree que son las más frecuentes?
- **M:** hay… a ver… Mi opinión es subjetiva a la pregunta pero a ver.. cuando la persona intenta hacerse daño a sí mismo o a otros, pero hay cuestiones de salud que por ahí las personas de salud mental no están detectando que se están haciendo daños a sí mismo.. quizás no sea tan visible… no sé si me explico con la respuesta y que también es una emergencia a trabajar cuando la persona se está auto agrediendo sin

darse cuenta que lo está haciendo y ahí hay que actuar en consecuencia.

- **E:** ¿De qué modo se abordan esas emergencias en salud mental en el servicio?
- **M:** creo que en un primer momento es la escucha, ante todo la escucha y bueno ahí se evalúa con qué elementos contamos como para poder ayudar, ya sea en su comunidad, su familia si tiene con quien estar o no, si es necesario una internación al menos momentánea en sala, que hay un equipo más especializado para trabajar, y si no también que no quede internado pero ver con quién cuenta esta persona para que lo acompañe.
- **E:** ¿ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales o comunitarias?
- **M:** no tanto, no estoy especializada ni capacitada actualmente, pero sí lo podría hacer.
- **E:** En relación a los desastres… ¿Qué considera que son los desastres?
- **M:** ¡huy!.. qué difícil pregunta… qué son los desastres… y yo creo que es cuando nos desbordamos de varios lados, o sea del lado del usuario, del paciente, del que lo atiende, de la institución… aparece toda una descoordinación vamos a decir y ahí es donde sucede esto.
- **E:** ¿Ha intervenido alguna vez?
- **M:** No… no sé si se consideraría lo mismo… por ahí en esto de la pandemia que trabajamos un poco en lo que sería la emergencia pero ya estábamos más organizados, por eso no consideraría ahí un desastre. Después en relación al servicio y cuestiones de desastres en sí me es difícil pensarlo como tal, no sabría contestarte con claridad eso
- **E:** ¿cree que estaría dentro de sus incumbencias profesionales abordar desastres?
- **M:** sí, creo que sí, se podría trabajar a nivel institucional y estaría dentro de mi incumbencia.
- **E:** ¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencia y desastre?

- **M:** un poco eso… el desastre tiene más que ver con una desconexión de distintas partes de donde se genera y la emergencia al haber gente ya capacitada en eso… al menos alguien ya tiene el conocimiento, es decir el mando para poder dirigir esta emergencia y tratar de llevarla adelante lo mejor posible. en el desastre la diferencia me parece está en que todo está más caótico
- **E:** ¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias y desastres y salud mental?
- **M:** (piensa)… difícil… quizás esto de la desorganización, en los tres puede llegar a haber una desorganización, en salud mental puede haber una desorganización de la persona o la comunidad, en la emergencia también hay una desorganización por algo que surgió. Vuelvo a decir simplemente aquí hay alguien que puede llegar a orientar un poco mejor, que tenga más conocimientos y el desastre me parece que es una desorganización en sí de todas las partes.
- **E:** ¿Qué intervenciones generales podría proponer para abordar estas situaciones?
- **M:** poner a alguien, una persona e institución lo que sea como a dirigir, coordinar vamos a decir, poner las distintas áreas a trabajar para lograr que esto no sea un desastre.
- **E:** ¿Quisiera agregar algo más?
- **M:** no, no creo que no.
- **E:** bueno, muchas gracias.

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".
Entrevista H.

Identificación: S
Profesión: Profesional de la psicopedagogía
Equipo de trabajo: Equipo de niñez

- **Entrevistador (E)**: Muchas gracias por su tiempo en primera instancia. Comencemos, ¿cuál es su profesión y cómo se compone su equipo de trabajo?
- **Entrevistada (S)**: Soy Licenciada en psicopedagogía. Mi equipo de trabajo se compone por dos psicólogas y dos psicopedagogas… y una terapista ocupacional. Es el equipo de niñez que está en servicio de salud mental del Hospital Felipe Heras.
- **E:** ¿Qué función tiene dentro de la institución?
- **S:** soy psicopedagoga dentro del equipo atendiendo la franja etaria entre 4 y 12 años aproximadamente.
- **E:**¿Cuál es su trayectoria institucional?
- **S:** Bueno, yo hice 2 años de concurrencia ad honorem y ya van 2 años y 8 meses de esta rentada. Así que en total 4 años y pico siempre en el mismo equipo.
- **E:** ¿Cuáles son las acciones específicas que desempeña dentro del campo de la salud mental en este servicio?
- **S:** sería el de prevención, el de análisis, el de diagnóstico por ahí de las dificultades de aprendizaje de los usuarios que llegan al servicio. Y también promoción de la salud mental porque… Estoy pensando un poco en todas las cosas que hacemos, y por ahí con las actividades que realizamos, independientemente del consultorio sino por fuera, buscamos esto de promover la salud mental, alguna temática…todo que tenga que ver con las infancias y poder visibilizar ciertas cuestiones en la comunidad.

- **E:** ¿Realizó abordajes que hayan requerido de inmediatez ante ciertos riesgos/emergencias en personas o comunidades?
- **S:** la realidad es que en psicopedagogía no se consideran urgencias, no hay urgencia en psicopedagogía; sí podemos pensar ciertas urgencias en algunos niños teniendo en cuenta no se… se me ocurre ahora… niños que con cierta edad no estén alfabetizados, eso sería una urgencia entre comillas, pero no es que se considere una urgencia al momento de la llegada digamos. uno lo considera como una emergencias, porque a uno le genera este impacto, de decir bueno tiene cierta edad y aún no está alfabetizado o tiene algunas dificultades en el aprendizaje que deberían haberse superado respecto a su desarrollo evolutivo… pero no que se consideren urgencias al momento de la consulta.
- **E:** ¿qué considera que son las emergencias en salud mental?
- **S:** en niños definitivamente lo que tiene que ver con abusos y violencia
- **E:** En general… ¿que se le ocurre que son las emergencias en salud mental o cómo las describiría?
- S: ¿en general o en la franja etaria que yo atiendo?
- **E:** bueno, en ambas.
- **S:** a ver…es como muy amplio de pensar. en niños sería así, cualquier derecho del niño que se encuentre vulnerado, ya sea, desde la alimentación como algo básico, como a los cuidados que recibe, por eso aparece esto de la violencia o el abuso. Cuando nos referimos a la violencia no solo nos referimos a la violencia física digamos, puede ser…se han visto muchísimos casos en que la violencia es también del maltrato psicológico, de cómo los nombran, de cómo los tienen, violencia escolar se ve mucho. Entonces es como que… se escuchan nenes que no quieren ir a la escuela porque la maestra les dijo … los nombró de determinada manera y eso claramente eso repercute en el proceso de aprendizaje y en esa vinculación del niño con el aprender. Eso también sería un emergente, es lo invisible también, a veces uno piensa en la violencia física en los golpes y demás pero hay toda una cuestión más

invisible que también tiene que ver con la salud mental de la cual también hay que ocuparse. Y también pensándolo en la población general un poco lo que venimos trabajando hace muchos años desde acá, esto de visibilizar la salud mental no como una cosa de locos, sino que a todos nos pasa, todos tenemos que atender esta parte de la salud, una cuestión de integralidad… bueno vamos al cardiólogo, vamos a hacernos análisis, vamos al ginecólogo bueno…atender también a la salud mental, poder hablar de síntomas, no normalizar acciones. Vos tenes que aguantar y poder superar. No, poder hablar de lo que nos pasa. Trabajar en niños también sobre… que ellos empiecen, eso se empezó a trabajar este último tiempo, en general lo veo… en que ellos empiecen a reconocer sus emociones, antes era como está llorando bueno ya está no va a pasar nada…bueno, no… está enojado, estás triste, te enojaste y sí yo también me enojaría… poder como que la emoción empiece a tomar protagonismo de la vida porque en realidad es lo que nos atraviesa, puedo estar más nerviosa, mas cansada, mas… y en base a eso es también como uno se siente, se maneja en la vida.

- **E:** algo ya dijiste, pero lo vuelvo a preguntar, ¿cuáles son las emergencias más frecuentes en salud mental?
- **S:** En niños ya te digo, abusos y violencias.
- **E:** ¿De qué modo se abordan?
- **S:** nosotros las abordamos interdisciplinariamente, con trabajo en equipo, tratando de que cada uno desde su posición ética pueda aportar una mirada y tratar de cómo son urgencias de resolverlas en la inmediatez en la medida de lo posible.
- **E:** ¿ha considerado dentro de sus intervenciones la posibilidad de abordar las emergencias sociales o comunitarias?
- **S:** sí, yo creo que una de las cosas que hacemos es esto de salir a la comunidad, de convocar para las diferentes actividades, es aportar un granito de arena en las diferentes cuestiones que aparecen. De hecho lo pienso ahora, cada año cuando proponemos el festejo del día de la niñez tiene que ver con situaciones que fuimos escuchando, que se

fueron repitiendo y dijimos bueno…esto hay que tomarlo para poder visibilizar y trabajar. El año pasado fue "hagamos ruido, con el ruido el niño nos quiere contar algo" porque venían a decir: se mueve hace ruido… hay que callarlo, hay que taparlo, hay que…molesta, bueno no hay que poder explicar qué tiene que ver con otra cosa. Otro año fue la importancia del juego en la infancia, porqué es tan importante que un niño juegue, qué pasa cuando un niño no juega, no es lo mismo a que un niño mire tele, a que juegue a un video juego a que esté creando a través del juego. A través del juego las variables que intervienen, ya sean… se empezaron a ver a través del juego las dificultades que se presentan, el lenguaje cómo se ve atravesado, la motricidad… todo lo que parece que no está relacionado y que sí está relacionado. Hay que visibilizar esas cuestiones es importante.

- **E:** ¿Qué considera que son los desastres?
- **S:** Desastres… desastres en salud mental ¡guau!. Un desastre en salud mental se me ocurre ahora que sería que un usuario no tenga una respuesta. A ver un usuario en una emergencia o urgencia no tenga a dónde ir por ejemplo, sin una respuesta sin alguien que lo pueda ayudar…que no pueda obtener una respuesta en ese momento, eso sería un desastre para mí. Que quede por fuera del sistema por no saber a dónde ir, por no saber a quién recurrir y que eso tenga consecuencias. Pero una persona que necesite abordaje en salud mental y que no sepa, que fue retirado, replegado…para mí es un desastre. Y eso es algo que tenemos pendiente de poder avanzar, se ha hecho un montón de cosas pero me parece que todavía falta, este acercamiento a la comunidad, a poder entender la salud mental y poder recurrir… esto que se hace ahora, creo que en Paraná que hay un número de 24 horas, eso me parece que está espectacular.
- **E:** ¿Ha intervenido alguna vez? ¿cree que estaría dentro de sus incumbencias profesionales?
- **S:** no, no he intervenido directamente, sí he aportado como ya te digo, en el trabajo en equipo desde mi lugar, pero no directamente por esto

mismo de no ser una incumbencia profesional. me parecería poco ético mandarme yo sola ante esto

- **E:** ¿Cuáles cree que son las principales diferencias entre emergencia y desastre?
- **S:** a ver... yo creo que el desastre…si llegó a ser desastre es porque no se atendió la emergencia. Como que previo a ser un desastre hubo una emergencia y que culminó en un desastre.
- **E:** ¿y por qué cree que pudo no haberse atendido, qué variables no participaron?
- **S:** en esa atención… en esa desatención.. no hubo recurso, no hubo organismo, no hubo información.
- **E:** ¿Cuáles son las asociaciones que puede establecer entre emergencias y desastres y salud mental?
- **S:** Bueno están relacionadas justamente por esto que hablábamos recién digamos, yo considero que en salud mental hay emergencias pero pueden terminar en un desastre si no se atienden. Y en esa atención no me refiero solamente a lo humano, al recurso humano, sino también esto al organismo, al organismo dispuesto a trabajar en esto, tener más recurso humano, no se da abasto profesionalmente para abordar la cantidad, y si queremos que esto avance se va a necesitar…necesariamente se trabaje urgentemente en esta área, en salud mental para evitar desastres y atender las emergencias.
- **E:** Por último ¿Qué intervenciones propondría para abordar los desastres?
- **S:** y bueno, esto de la línea de emergencias es una, que haya más atención, guardias sería…más recurso humano valorado, bien valorado, visibilización, información. La información, circula rápidamente por suerte hoy, por redes sociales, no tenemos solo tele y radio, las redes sociales son el acceso directo a muchas…en gran parte de la comunidad…lo que se está haciendo con adolescentes, en las escuelas, en poder visibilizar lo normativo, lo que antes era normal…lo estoy pensando en el caso de la violencia… Se avanzó mucho gracias a las

redes sociales. Lo que estaba bien ahora se cuestiona, empezar a charlar, que haya espacios de debates, espacios de escucha, de contención, de confidencialidad… antes no había.

- E: Gracias, ¿quisieras agregar algo más?
- S: no, suficiente ya (risas). Me hiciste pensar.

Entrevista a referente institucional en materia de Emergencias y Desastres.

Entrevista Tesis de Maestría en Salud Mental: "Emergencias y Desastres. Representaciones en Salud Mental".

Entrevista D.

Entrevista Realizada a la Referente del Área Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres. Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias. Ministerio de Salud. Argentina. (Se nombrará a la persona entrevistada como L)

Se realiza introducción sobre el tema, los objetivos y supuestos subyacentes de la investigación. Se explicita sobre la intención de profundizar en relación a las políticas públicas nacionales existentes en materia de Emergencias y Desastres.

> **Entrevistador (E)** – Agradecerte por el espacio y la oportunidad de concretar una entrevista tan enriquecedora para mi trabajo de investigación. La idea es que podamos conversar sobre el eje de la temática, en virtud de algunos interrogantes que pude ir construyendo en este tiempo.
>
> ¿Cuáles son los lineamientos que proponen desde la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias y qué consonancia tiene que con los que propone la Dirección Nacional de Salud Mental?
>
> **L-** Los lineamientos son siempre los mismos, tomando como bases las propuestas teóricas y de abordajes de la Organización Panamericana de la Salud, los ejes establecidos en la Ley Nacional de Salud Mental.
>
> Nosotros no hemos desarrollado bibliografía, hay una idea actual de desarrollar un protocolo, pero no está terminado, estamos aun trabajando.

E-¿Podría marcar históricamente un comienzo de estos abordajes o del Área?

L- Diría desde el año 2015, o tal vez un poco antes, que se incorpora el componente en salud mental en esta dirección. O sea desde cuando yo puedo hacer el registro. En realidad hubieron muchas intervenciones antes desde la dirección pero con agente externo. Es decir había algún evento y dada la magnitud del evento, solicitaban algún personal idóneo como por ejemplo Silvia Bentolila. Esa profesional llevaba o armaba su equipo de abordaje.

Desde el año 2015 si, ya se crea el área, que considera la salud mental como parte de las intervenciones y a su vez de una mirada transversal, es decir no es solamente pensar a la salud mental para intervenir con los afectados directos o indirectos, sino que es un componente que forma parte de toda intervención. Ahí se empieza a hablar del cuidado de los equipos.

Entonces esas serían las dos patas, en los que todos estos años, continuos o discontinuos… yo en algún momento fui como una especie de coordinadora, después paso a otro compañero, entonces si uno tuviese que ver todo un registro, no sé si lo hay… se podría llegar a hacer.

La dirección Nacional de Salud Mental ha logrado hacer una recopilación teórica y práctica delo que venimos haciendo, en ese sentido esta buena. Hubiese sido lindo poder haber hecho algo desde acá. Salió algo publicado antes de 2015 por las intervenciones directas en los eventos en Salud Mental.

Nosotros como área fuimos afectados por los diferentes cambios de gestiones…y salud mental aún es algo que no prende del todo y por eso se necesita a veces machacar y hacer capacitaciones, redes y compartir bibliografía. El tema se tiene que instaurar.

Paso lo del Covid y ahora se sabe que cualquier persona está afectada por esa situación, pero también hay necesidades más básicas… lo digo mal… en ese momento era por ejemplo más necesario un respirador… o se veía más necesario eso que la contención de una persona aislada en un hotel por ejemplo.

Es nuevo incorporar salud mental a todo esto en la consciencia… cambian las gestiones y termina quedando a criterio de quien conduce.

La representación social que se tiene de emergencias y desastres queda muchas veces absorbida por las cuestiones de las crisis individuales sin posibilidad de contextualizarlas…. Yo igual creo que se empieza a hablar… pero cuesta por ejemplo un hospital general si es un caso muy agudo de salud mental termina derivando a uno más específico, un neuropsiquiátrico. En este caso paso algo parecido, en las emergencias, viene alguien con la cabeza cortada y lo van a atender primero que a alguien que tiene ataque de pánico si está en la guardia…. En las emergencias y desastres tienen la misma morfología.

E - ¿Desde qué perspectiva se abordan las emergencias y desastres desde su área?

L- Se aborda desde lo psicosocial, más en este recorte uno no ve el cuadro puro, ve una reacción de una persona ante un evento, entender que el sufrimiento humano es un componente desde que nacemos y que ante eventos de cierta magnitud es una de las respuesta que uno espera. Entonces prevenir, tomar consciencia, hablar de esto, tener un lenguaje en común, machacar es prevenir, porque cuando uno conoce ya se está protegiendo al menos desde el pensamiento. Prevenir e intervenir sabiendo que ese sufrimiento tiene un lugar, es desde ahí… ahora si ese cuadro es una emergencia de salud mental específica es otra cosa, también se puede abordar. Por eso también el equipo es de psicólogos. La intervención ideal es

transdisciplinar, por ejemplo que vaya algún enfermero y que se pueda tener un recurso como trabajador social. Porque después lo que el evento deja es todo una cuestión social y es gestión también. Quizás es ideológica la transdisciplina pero se intenta. Un equipo que conozca lo que está haciendo el otro. Un utopía, sin caer en la queja pero se intenta.

E-¿Cómo está compuesto el equipo?

L- Actualmente cuatro psicólogos. En los cambios de gestiones se han ido, éramos un montón, llegamos a ser ocho o diez profesionales.

E-¿Cuál es el lineamiento que se estable desde nación con las provincias, y si existe algún nexo con Entre Ríos?

L- no hay un programa que se baje a las provincias, como hay direcciones de salud mental, éstas hacen contacto con dirección de salud mental de nación. Todo lo que es emergencias, las Direcciones provinciales de Emergencias no tienen vinculación con salud mental, salvo en algún evento que necesiten gente o algún director muy abierto que diga que necesita esta ayuda. Sino el proyecto era poder generar el referente dentro de las direcciones de emergencias, armar una red muy humildemente e incorporar el conocimiento mediante capacitaciones y poder armar un consenso, esa era la idea.

Primero hicimos un relevamiento de direcciones provinciales, que no fue fácil, porque los directores no tienen formación en este tema, por lo que hace difícil captar a los agentes e incorporar el componente. Ojo, hay provincias que ya tiene cosas desarrolladas que son buenísimas, por ejemplo Jujuy tiene toda la parte de salud mental en las ambulancias, armado cual si fuese el sistema médico, te encontras con joyitas así, entonces ese director está más afianzado con la salud mental, se aborda la salud integral desde un primer momento.

El covid marca un antes y un después en las publicaciones, inclusive en las conferencias que hacia el presidente traía especialistas y pudo

incorporar, fue tan evidente… no solo el que se moría o el familiar del fallecido, sino todos los que estaban encerrados…

Yo recuerdo que fue en la Gestión de Matilde Maza que se armó toda la revolución en este tema… y en otros, fue una dedicada y apostadora de muchas temáticas que venían pendientes…

Nosotros tenemos una deuda que es el protocolo desde nuestra dirección en materia de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres.

Nos queda mucho por hacer, este es un proyecto el que tenemos que te lo presto pero te aclaro que no tiene una resolución, no está oficializado, nunca lo estuvo… tenemos que hacerlo de manera urgente ahora que me doy cuenta. Pero bueno, el componente está institucionalizado en la Dirección Nacional de Emergencias y Desastres.

E- Agradecido por toda la información, el compromiso si usted quiere, es de hacerle una devolución a la institución a la que pertenece en pos de contribuir humildemente a los contenidos y prácticas que ustedes sistematizan.

L – sería de mucha importancia para el área poder contar con eso.