



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS  
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**TESIS:**

**MAESTRO(A) EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**REPRESENTACIONES Y ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A LA  
SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN  
UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN  
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

**ALUMNO:**

**MARIO ARMANDO RUIZ ZAPATA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DR. RUBÉN MUÑOZ MARTÍNEZ**

**SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS; AGOSTO DE 2023.**

© Mario Armando Ruiz Zapata 2023  
Todos los derechos reservados



**CENTRO DE INVESTIGACIONES  
Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL  
CIESAS SURESTE-NORESTE  
PROMOCIÓN 2020-2022**

---

**COMITÉ DE TESIS**

Título: Representaciones y estrategias de atención a la salud mental durante la pandemia de covid-19 en un hospital de segundo nivel de atención en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Estudiante: Mario Armando Ruiz Zapata

DIRECTOR (A):

Dr. Rubén Muñoz Martínez



LECTORES/AS:

Dra. María Guadalupe García

Dra. Arlinda Barbosa Moreno

Dr. José Enrique Eroza Solana

*A mi mamá,  
María Elena,  
por su amoroso soporte.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico suministrado durante 24 meses para el planteamiento y ejecución de esta investigación. Asimismo, a quienes conforman el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, unidad regional CIESAS-SURESTE. En especial, agradezco al Dr. Rubén Muñoz Martínez por interesarse en dirigir este proyecto. Su escucha atenta, lectura, comentarios y soporte, cuando las adversidades académicas sobrepasaban, fueron esenciales para esta etapa de mi vida y formación académica.

A cada una de las personas del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” que me abrieron las puertas para realizar esta investigación.

A mis lectores de tesis, la Dra. Arlinda Barbosa Moreno, la Dra. María Guadalupe García y el Dr. José Enrique Eroza Solana, quienes a la distancia me transmitieron amablemente que un estudio de posgrado puede ser una experiencia gratificante.

A mi madre, que con mucho amor siempre ha confiado en mis proyectos.

A Amarilis Castro, por acompañarme en un momento importante de esta travesía.

A mis amigos Abelardo y Emilio, quienes se volvieron un punto de fuga en medio de complejidades. Por su puesto, a Paula, Alma, Jimena, Ángel y Cecilia por hacer divertida esta aventura.

A Fanny Morada, por su cariño, enseñanzas y apapachos.

Cada una de estas personas ha dejado una huella imborrable en mi vida y contribuyó de manera significativa a la realización de esta investigación. Sin su apoyo, no habría sido posible llegar hasta aquí.

## ABSTRACT DE LA TESIS

Representaciones y estrategias de atención a la salud mental durante la pandemia de covid-19 en un hospital de segundo nivel de atención en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Mario Armando Ruiz Zapata

En esta investigación se identifican y analizan las representaciones y prácticas de atención a la salud mental (ASM) de personal de salud y población en general durante la pandemia de covid-19, a través de las experiencias del personal de psicología, psiquiatría, médicos, coordinadores de servicios y directivos del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Los datos empíricos principales de este estudio se generaron a través de un enfoque metodológico cualitativo, el cual incluyó la realización de entrevistas semiestructuradas y observación participante.

Primero, se analiza el contexto de la atención a la salud mental en el hospital de segundo nivel antes de la pandemia, considerando los espacios y recursos disponibles, las actividades realizadas por el personal especializado, los circuitos y pautas institucionales, así como las interacciones con la práctica médica. Estas representaciones y prácticas se comprenden dentro de un marco de Cultura Organizacional Biomédica (Muñoz, 2021a; 2021b), y el análisis revela cómo se producen diferentes formas de subordinación de la atención a la salud mental a los objetivos, intereses y definiciones de la biomedicina.

Posteriormente, se examina la reorganización de los procesos de atención dentro del hospital en general, y específicamente en lo que respecta a la salud mental. Se utiliza la categoría de Cultura Organizacional Epidémica (Muñoz y Cortez, 2021) para abordar las estrategias institucionales y profesionales en sus aspectos materiales y simbólicos. Esto incluye la reconversión hospitalaria, el análisis de la formación de comités de crisis y protocolos, la segmentación de espacios y flujos de circulación, el cierre de servicios, la dinámica de los grupos de trabajo, la percepción del riesgo y los factores estructurales que llevaron al personal a autoorganizarse para cuidarse y satisfacer las necesidades de equipo de protección personal (EPP).

Finalmente, se analizan las estrategias que condujeron a la reconfiguración del objeto, propósitos y enfoques en la atención de la salud mental, como el uso de recursos psicofarmacológicos y la implementación de teleasistencias para abordar el malestar subjetivo tanto de la población en general como del personal de salud.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
Intereses en el tema .....	9
Estructura de la tesis .....	10
<b>CAPÍTULO I – PARTE I: PUNTOS DE PARTIDA</b> .....	13
Planteamiento del problema .....	13
Antecedentes .....	19
Justificación .....	23
Objetivos .....	26
Objetivo general .....	26
Objetivos específicos .....	26
<b>CAPITULO I - PARTE II: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS</b> .....	27
Diseño metodológico .....	27
Criterios de selección .....	30
Universo de estudio .....	31
Codificación y análisis .....	33
Consideraciones éticas .....	34
Marco teórico .....	35
Características del contexto .....	49
Datos del hospital .....	52
<b>CAPÍTULO II - SALUD MENTAL: ANTES DE LA PANDEMIA</b> .....	55
Prácticas Psi de un hospital de segundo nivel .....	55
Interconsultas .....	56
Turno nocturno .....	62
Consulta externa .....	63
Urgencias .....	65
Hospitalización y salud mental .....	65
¿Por qué la atención a la salud mental? .....	65
Salud mental: problemas y dinámicas .....	68
¿A quién le sirven las Prácticas Psi? .....	70
Psicología laboral y salud mental .....	72
Efectos terapéuticos rápidos .....	72
Conclusiones del capítulo .....	77

<b>CAPÍTULO III - CRISIS HOSPITALARIA: CAMBIOS, ADAPTACIONES Y SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19</b> .....	85
Producción de una Cultura Organizacional Epidémica (COE) .....	87
Primeros cambios .....	89
Bunker-covid y repercusiones en la salud mental .....	95
Percepción de riesgo y prácticas de atención a la salud mental .....	100
Equipo de protección personal, marchas y autoorganización .....	103
Adaptación: exigencias, recursos y normalización .....	109
Conclusiones del capítulo.....	112
<b>CAPÍTULO IV - ESTRATEGIAS Y PRÁCTICAS DE ACCESO A LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19</b> .....	119
Lo externo.....	119
Consulta externa y Primeros Auxilios Psicológicos .....	119
Servicio de Intervención en Crisis .....	122
Teleasistencias al dolor subjetivo .....	129
Clínica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.....	137
Lo interno .....	142
Hospitalización .....	142
Área de Mindfulness .....	143
“Todos somos médicos”: Reorganización y estigma.....	147
Los usos del fármaco .....	150
Conclusiones del capítulo.....	154
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES</b> .....	165
<b>REFERENCIAS</b> .....	185



# INTRODUCCIÓN

## Intereses en el tema

Al inicio de mi investigación, el objetivo principal se centraba en explorar la formación y el estado actual de los médicos tradicionales de los altos de Chiapas, conocidos como *poxhawanejtik*. Sin embargo, la llegada de la pandemia de covid-19 me obligó a reconsiderar algunos aspectos éticos y metodológicos de dicho proyecto, así como a aclarar mi interés primordial: dar voz a aquellos reconocidos como portadores de saberes relacionados con la salud. Por lo tanto, empecé a reajustar el enfoque de mi estudio. Decidí dejar de lado mi investigación original para enfocarme en problemáticas que emergieron de manera contingente en el contexto de la pandemia de covid-19. Finalmente, me interesó explorar la manera en que los profesionales de la salud mental de un contexto público e institucionalizado se adaptaron y respondieron a los nuevos desafíos de esta situación.

Mis intereses en el tema de investigación se originan en mi formación en psicología clínica y mi práctica de psicoanálisis de orientación lacaniana, la cual me ha llevado a examinar constantemente el concepto de *salud mental* y lo que de ello se deriva. Específicamente me llama la atención que, con el objetivo de mantener rúbricas y lineamientos en búsqueda de la “salud mental”, se pasan por alto experiencias de malestares en las relaciones con otros; por ejemplo, en la familia, en el trabajo o en situaciones de abuso de poder. Por lo tanto, el objetivo de interesarse en este tema de investigación se concentra en problematizar lo que se entiende por “salud mental”, considerando las representaciones y prácticas sociales de las y los profesionales que se encargan de la atención de salud mental de la población del sur de México.

En el campo de la investigación siempre existen áreas que se han explorado poco o incluso que no han sido investigadas en absoluto. Estos vacíos de conocimiento son una fuente importante de inspiración y motivación para emprender esta investigación. Para mi sorpresa, ubiqué una valiosa posibilidad de contribuir a la discusión existente y explorar perspectivas de la salud mental en el sur de México.

Esta pesquisa es el primer acercamiento entre el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y el Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”, un hospital general relevante en el estado de Chiapas. Mi trabajo también tiene la intención de mostrar los alcances de insertar las herramientas de la

antropología médica en el área institucional hospitalaria. Propongo la necesidad de un diálogo y cooperación institucional que permita avanzar en el desarrollo de proyectos conjuntos que beneficien a la población local.

Me gustaría mencionar que nací y crecí en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; por lo tanto, tengo un particular interés por este lugar. Es muy grato para mí contribuir desde mi papel como investigador en formación en la generación de discusiones que, finalmente, se vinculan con la vida cotidiana de la población chiapaneca y del sur de México.

Por último, me interesa destacar que investigar en contextos como estos es una tarea desafiante, pero esencial para avanzar en el conocimiento y en el abordaje de problemas sociales. La investigación antropológica nos brinda la oportunidad de descubrir algo nuevo, incluso en áreas que se creen bien comprendidas por el investigador/a. No solo permite expandir nuestros horizontes, sino que también nos brinda la oportunidad de revelar nuevas perspectivas y enfoques valiosos para resolver problemas específicos tanto a nivel personal como en la comunidad.

### **Estructura de la tesis**

El primer capítulo se divide en dos secciones. En la primera parte se presentan antecedentes, datos del hospital y estudios importantes para comprender las características esenciales del problema abordado. En la siguiente sección, se describen los aspectos metodológicos, las particularidades del universo de estudio y se expone la posición del investigador al señalar el marco teórico y los conceptos fundamentales para leer esta investigación.

En el capítulo 2, titulado *Salud Mental: Antes de la pandemia* se mostrarán las características principales de la ASM dentro de un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas previo a la pandemia de covid-19. De esta manera, se expondrán las representaciones, prácticas y estrategias utilizadas para desarrollar diferentes intervenciones en el área hospitalaria, de urgencias y de consulta externa, según el personal de psicología y psiquiatría que desempeña labores en las respectivas áreas. La relevancia de señalar esos

temas es mostrar el uso que se da a las estrategias de las *Prácticas Psi*<sup>1</sup>; y al mismo tiempo, evidenciar el papel de la salud mental en esta Cultura Organizacional Biomédica (COB).

Este capítulo ayudará al lector a comprender las dinámicas habituales de este hospital de salud, asentando las bases para contextualizar lo sucedido durante la pandemia de covid-19; por ejemplo, las tomas de decisiones, alcances de las estrategias realizadas, adaptaciones del *Personal Psi*<sup>2</sup>, papel de la salud mental y relaciones de poder entre diferentes gremios del hospital.

En el Capítulo 3: Crisis hospitalaria: cambios, adaptaciones y salud mental durante la pandemia de covid-19 se presentará un desglose de las primeras adecuaciones realizadas en el hospital estudiado. Los testimonios señalan los similares efectos subjetivos entre profesionales de la salud y población en general, cuando la incertidumbre, miedo y ansiedad se presenta en un espacio donde el riesgo de contagio de covid-19 es latente. Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es examinar el contexto y producción de una Cultura Organizacional Epidémica (COE) permitiendo analizar las características donde se desarrollaron estrategias y prácticas de atención a la salud mental durante la pandemia de covid-19. De esta forma, se describirá la percepción de riesgo en un contexto en que las y los interlocutores desarrollaron sus actividades gerenciales y operativas entre exceso de información, comentarios de pasillos, datos incongruentes del hospital, temores de contagiar a su familia, cambios en las prácticas, incertidumbre laboral y problemas en el abastecimiento de Equipo de Protección Personal (EPP).

Más adelante, en el Capítulo IV: *Estrategias y prácticas de acceso a la salud mental durante la pandemia de covid-19* se describirá y analizarán las estrategias de acceso a la salud mental implementadas durante este periodo. Este apartado se divide en dos secciones; la primera, aborda aquellas estrategias desarrolladas para atender las necesidades externas al hospital; encontrándose el Servicio de Intervención en Crisis (SIC), las teleasistencias en *Medicina del dolor y cuidados paliativos* y las actividades de la psiquiatra del hospital a través de tecnologías digitales. En la segunda sección, se analizarán las estrategias enfocadas en las necesidades internas del recinto hospitalario, como el área de Mindfulness,

---

<sup>1</sup> Siguiendo a Rose (2019) se nombrará *Prácticas Psi* a la psicología, psiquiatría, psicoterapia y el psicoanálisis.

<sup>2</sup> Personal de salud de Psicología y Psiquiatría.

y se describirán los efectos al reconvertir las prácticas hospitalarias de la especialista en psiquiatría.

Por último, en el Capítulo V: Conclusiones y reflexiones finales, se presenta una discusión general sobre los principales hallazgos y se ofrecen propuestas para espacios hospitalarios en contextos similares al estudiado, teniendo en cuenta las limitaciones propias de esta investigación.

# CAPÍTULO I – PARTE I: PUNTOS DE PARTIDA

## Planteamiento del problema

El primer caso de covid-19 fue detectado el 01 de noviembre de 2019 en un hombre de 55 años proveniente de Hubei, China, considerado el epicentro de la pandemia. Se identificó un nuevo beta coronavirus, denominado: “Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave 2” (SARS-CoV-2) (WU et al., 2020), pero no fue hasta el 31 de diciembre de ese mismo año que se alertó de una nueva enfermedad respiratoria, conocida como *covid-19*. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) oficializó la situación como una "emergencia de salud pública de importancia internacional" el 30 de enero de 2020.

En México, el primer caso oficial de covid-19 fue detectado el 27 de febrero de 2020 en un hombre de 35 años residente de la Ciudad de México, quien fue dado de alta el 02 de marzo del mismo año. El 11 de marzo, la OMS declaró la enfermedad como una pandemia. En México el 23 de marzo comienza una estrategia a nivel federal llamada "Susana Distancia", que utilizó un personaje animado para explicar las medidas correctas de distanciamiento, evitar el saludo de mano y la invitación a quedarse en casa si se presentaban síntomas de covid-19 (Carranza et al., 2020). El 24 de marzo, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación (DOF) las medidas preventivas anunciadas bajo el nombre de "Jornada Nacional de Sana Distancia", que entró en vigor el 30 de marzo de 2020 y se extendió hasta el 30 de mayo de 2020.

Según el trigésimo Informe Epidemiológico sobre la situación de COVID-19 publicado el 30 de agosto de 2021<sup>3</sup> por la Secretaría de Salud (2021c) a nivel mundial se han registrado un total de 4,490,296 defunciones por covid-19. Las regiones con mayor número de defunciones son América, con el 46.65% de los casos, y Europa, con el 28.22% de los casos. En el caso específico de México, se reporta oficialmente un total de 258,491 defunciones atribuidas a la enfermedad.

Para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (covid-19), se implementó el “Plan de auxilio a la población civil” Plan DN-III-E con el que la

---

<sup>3</sup> El trabajo de campo de esta investigación comenzó el primero de septiembre de 2021.

Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) contribuyeron con médicos y hospitales para la atención de pacientes confirmados con covid-19. El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)<sup>4</sup> en conjunto con la SEDENA operaron 32 hospitales de reconversión covid con un total de 770 camas de terapia intensiva y 560 de hospitalización (Secretaría de Salud, 2020).

Las autoridades sanitarias de México adoptaron una estrategia llamada "reconversión hospitalaria", la cual se considera uno de los puntos estratégicos más importantes en la historia de las pandemias (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020). A través de esta estrategia, se aumentó la cantidad de camas disponibles para hospitalización en el segundo y tercer nivel de atención,<sup>5</sup> lo que permitiría al sistema de salud hacer frente a la creciente demanda de atención médica generada por la pandemia de covid-19. Se amplió la disponibilidad de cuidados intensivos y el número de respiradores para pacientes que estuvieran en situación crítica. Ahora bien, pese a que diversos hospitales recibieron el nombramiento exclusivo de "hospitales covid", otros centros de salud continuaron brindando atenciones en sus campos de especialización habituales, adecuando solamente un espacio para el cuidado y manejo de casos sospechosos o casos confirmados de covid-19; estos últimos se conocieron como "hospitales híbridos". Por su parte, el hospital de segundo nivel aquí estudiado solamente acondicionó temporalmente un área llamada "bunker-covid"; realizando cambios en sus procesos y lineamientos.

La pandemia de covid-19 ha generado desafíos significativos en los sistemas de salud de países en desarrollo, y México no ha sido la excepción. Experimentar una pandemia cambia las prioridades de la población en general y también la agenda de aquellos y aquellas que se vinculan y atienden la salud mental (Téllez-Vargas, 2020), es decir, el personal de salud.

---

<sup>4</sup> El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) inició operaciones el 01 de enero de 2020 como un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal. Busca proveer la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, garantizando así el derecho a la protección de la salud (Gobierno de México, 2021).

<sup>5</sup> Los servicios de atención médica en México se dividen en tres niveles: el primer nivel ofrece atención médica general y preventiva; el segundo nivel brinda atención especializada hospitalaria para enfermedades crónicas, mentales e infecciosas; y el tercer nivel es de alta especialidad. Esto se describe con mayor detalle en el apartado titulado "Características del contexto" de esta investigación. (Página 45).

En mayo de 2020<sup>6</sup> el Gobierno de México (2020) presentó los “Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia” donde, de acuerdo con Brooks *et al.* (2020) en las crisis epidemiológicas el riesgo de problemas de salud mental aumenta gracias a las medidas de aislamiento, restricciones de movilidad y el nulo contacto físico. De acuerdo con lo planteado, lo anterior sería motivo para desarrollar síntomas de depresión grave; incluso, síntomas de estrés postraumático. La incertidumbre sobre una enfermedad, la separación de los seres queridos o el aburrimiento, causan efectos psicológicos adversos, así como frustración, confusión, enojo; síntomas que pueden escalar hasta el suicidio (SSa, 2020).

La Secretaría de Salud (2020) de México, de acuerdo a la OMS, mencionó que las medidas de atención a la salud mental (ASM) debían distinguir cinco grupos de personas a las cuales atender: Población en general sin covid-19; personas con covid-19, que están en aislamiento domiciliario o en un medio hospitalario; población que remitió de covid-19; familiares o cuidadores de personas con covid-19; por último, pero no menos importante, al personal de salud y primeros respondientes de esta emergencia. En este sentido, se anunció la implementación de medidas para prevenir, detectar y tratar problemas de salud mental en los profesionales de la salud. El 15 de mayo de 2020 se publicó un documento que sugirió promover servicios de atención de salud mental dentro de hospitales y clínicas, construir áreas para el descanso, promoviendo turnos de menos de 8 horas, y rotación de funciones. Además, se indicó la asignación de personal calificado para suministrar informes y dar malas noticias a las familias de los pacientes (Gobierno de México, 2020b). Empero, debido a la necesidad de evitar el contacto cercano y prolongado entre las personas para prevenir el contagio del virus, las estrategias educativas de promoción y terapias psicológicas grupales tuvieron que ser suspendidas dentro de estos espacios de salud (Mendoza-Papoca y Suárez-Morales, 2020). Esto se debe a que estas estrategias suelen requerir la presencia física de un grupo de personas en un espacio cerrado, lo que aumenta el riesgo de contagio del virus. Es importante destacar que, aunque estas actividades hayan sido suspendidas temporalmente en los espacios de salud, existen alternativas en línea y a

---

<sup>6</sup> A pesar de que el término "pandemia" fue oficialmente reconocido a principios de marzo, el sistema de salud mexicano tuvo que implementar estrategias y adaptaciones para abordar la situación sin contar con lineamientos oficiales sobre salud mental en el país, ya que la mayoría de estos fueron publicados hasta mayo de 2020.

distancia para continuar brindando apoyo psicológico y educativo a las personas en este momento difícil; sin embargo, un reciente estudio hecho en la Ciudad de México (Muñoz, 2022) señala que más de la mitad de las y los médicos entrevistados no eran conscientes de las estrategias implementadas para prevenir y controlar problemas de salud mental que afectaron al personal de atención médica durante el surgimiento de la pandemia de covid-19.

Durante la pandemia de covid-19, la telepsicología se convirtió en una opción importante para buscar estabilidad emocional, como han señalado Argüero-Fonseca et al (2021) en un estudio reciente. Tanto a nivel nacional como internacional promovieron protocolos y guías sanitarias que recomiendan este tipo de atención tanto para el personal de salud como para la población en general.<sup>7</sup> Ahora bien, aunque la implementación de ciberterapias ya estaba siendo explorada previo a la pandemia, existe evidencia de que algunos psicoterapeutas han mostrado resistencia a utilizar tecnologías digitales en su práctica clínica, como ha señalado Soto-Pérez (2008). Varios artículos cuantitativos han investigado y analizado estrategias parecidas en diferentes países de la región; sin embargo, hasta 2021, no se han realizado investigaciones cualitativas sobre estrategias de atención durante la pandemia de covid-19 (Drissi et al., 2021).

Soto-Pérez y Franco-Martín (2018) señalan la importancia de considerar las condiciones sociodemográficas tales como edad, cercanía con la tecnología y nivel socioeconómico (p. 118) al desarrollar estudios respecto a los temas ya mencionados. Por nuestra parte se cree relevante examinar características que interfieren directa o indirectamente en la atención de la salud; por ejemplo, limitaciones de comunicación e infraestructura, carencias en equipamiento material tecnológico y de recursos humanos. También, es importante tener en cuenta las barreras geográficas, lingüísticas y socioeconómicas que dificultan el acceso a la atención médica, y de la salud mental, para ciertos grupos de la población. En el caso de Chiapas, la diversidad lingüística y cultural de la población es un factor importante en el desarrollo de atenciones médicas (Jiménez, García y Rodríguez, 2021); por lo tanto, también lo sería en la atención de la salud mental. La Dra. María Elena Medina-Mora (2020) destacó tempranamente en la pandemia de

---

<sup>7</sup> Véase American Psychiatric Association, 2020; Ramalho et al., 2020; Rodríguez-Díaz, Reyes-Estrada y Cepeda-Hernández, 2020; Quispe-Juli, et al., 2020; Secretaría de Salud, 2020.



covid-19 que la población atendida con menos recursos económicos no se ha beneficiado<sup>8</sup> de atenciones a la salud mental brindadas a través de tecnologías digitales, y que algunos usuarios no han recibido atención de consulta externa porque muchas instituciones de salud han tenido que reorganizar sus recursos para atender a pacientes con covid-19 y priorizar la atención médica urgente.

Chomali y Arguello (2020) destacan que “No existe una fórmula única para afrontar una pandemia” (p. 30). Es decir, los objetivos particulares, culturas, financiamiento y diversidad de liderazgos hacen que los sistemas de salud busquen sus propias estrategias. Sin embargo, es esencial tener en cuenta los antecedentes que impactan tanto interna como externamente en el centro de salud para analizar sus problemáticas. En particular, Muñoz (2022) destaca que la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en México ha indicado en repetidas ocasiones que la inversión en salud ha disminuido desde la década de 1980 debido a una política neoliberal implementada por las administraciones gubernamentales, lo que ha llevado a un sistema de salud ineficiente en términos de infraestructura y recursos humanos, especialmente en términos de salud mental. En México, el factor financiero se convierte en un obstáculo para la implementación de los estándares recomendados en salud mental, ya que sólo se destina el 2% del presupuesto de salud para abordar este tema. Además, el 80% de ese presupuesto se utiliza para gastos operativos de hospitales psiquiátricos, lo que limita la capacidad para llevar a cabo acciones como la prevención y promoción del autocuidado, la intervención en la comunidad, la capacitación del personal de salud mental y adicciones, investigación para reducir el estigma y la discriminación (SSa, 2021).

Es a propósito de las características mencionadas y la ausencia de información vinculada a las experiencias de la práctica clínica durante la pandemia de covid-19 en Chiapas, que se pretende identificar y analizar las representaciones y prácticas relacionadas a la atención de salud mental de personal de salud y población en general durante la pandemia de covid-19, desde las experiencias del personal de psicología y psiquiatría del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

---

<sup>8</sup> Es relevante mencionar que el hospital de segundo nivel aquí estudiado atiende a población sin seguridad social, ya que la mayor parte de sus usuarios no cuenta con un empleo formal (Dantés et al., 2011).

Muñoz y Cortez (2021) explican que durante la pandemia se estableció una Cultura Organizacional Epidémica (COE) que se relaciona con 1) productos y artefactos materiales: como los espacios, los aparatos tecnológicos, los protocolos, las normativas; 2) las expresiones simbólicas, valorativas y comportamentales; 3) las personas que forman parte de la institución entendidas como conjuntos sociales receptores y generadores de sus artefactos materiales y simbólicos; y, 4) los procesos reorganizados para la gestión y mitigación del riesgo ante la pandemia; por ejemplo, autorganizaciones del personal de salud para obtener Equipo de Protección Personal (EPP) utilizado para el tratamiento de “casos covid” o cambios en las *Prácticas Psi* hospitalarias.

En el caso específico del hospital aquí estudiado, se cerró el área de consulta externa desde marzo de 2020 hasta enero de 2021, tal como lo sugería el Lineamiento de Reconversión Hospitalaria del Gobierno de México (2020), modificando y problematizando las prácticas de atención a la salud mental en dicha unidad hospitalaria. Por lo tanto, resulta fundamental analizar las experiencias de aquellos especialistas de la atención de la salud mental que estuvieron en un entorno en constante cambio durante este período, pues este conjunto de técnicas no solo tiene el potencial de ayudar, sino también de producir efectos iatrogénicos. Especialmente, como menciona Muñoz (2021a) cuando el o la paciente no pertenece a la clase media, para la que este tipo de servicios muchas veces están dirigidos.

Rose (1999) menciona que las psicologías y psiquiátrías históricamente han sido utilizadas para imponer imperativos a nivel macro y micro. A través de la definición de categorías diagnósticas, la normalización y patologización de ciertos comportamientos y la prescripción de tratamientos específicos. Estas técnicas buscan moldear subjetividades, teniendo efectos en la percepción de bienestar. Las prácticas psicológicas y psiquiátricas en relación con la salud mental operan a través de concepciones sobre la salud, el comportamiento y el cuerpo humano, pero no cualquier cuerpo, sino aquel que se inserta en lo que Oyěwùmí (2017) llama la "epistemología occidental de lo visual" (p. 58). Considerar las políticas del cuerpo<sup>9</sup> (Icaza y Leyva, 2019) y las interpretaciones que subyacen en las *Prácticas Psi* de la salud mental, es relevante cuando estas políticas están más interesadas en las necesidades cognoscitivas propias del capitalismo y son promovidas por manuales

---

<sup>9</sup> El término original es *body politics*, acuñado por Wendy Harcourt. Dicho término ha sido utilizado como fuerza movilizadora para señalar desigualdades de género, racismo y discriminación (Icaza y Leyva, 2019).

estadísticos y evaluaciones diagnósticas del *Modelo Médico Hegemónico*<sup>10</sup> que miden y cuantifican las relaciones (Lugones, 2008). En síntesis, las *Prácticas Psi* son útiles para la atención de malestares; sin embargo, en ocasiones suelen ser utilizadas de manera abusiva o coercitiva. Por lo tanto, es fundamental que se promueva una reflexión crítica sobre el uso de estas estrategias y se fomente una práctica de la salud mental que respete la dignidad de las personas.

Finalmente, la cultura organizacional se define como el conjunto de creencias y significados que los miembros de una organización han asumido como naturales en el marco de un orden hegemónico, convirtiéndose en un horizonte de interpretación y prácticas (García, 2006). En este sentido, para percibir las expresiones simbólicas y los procesos reorganizados que han surgido en la gestión y mitigación del riesgo es fundamental examinar la Cultura Organizacional Biomédica (COB) y Epidémica (COE) de la atención en salud mental durante la pandemia de covid-19. Conocer las representaciones y estrategias adoptadas por los profesionales de la salud mental durante este periodo resulta clave para identificar las fortalezas y debilidades del sistema de salud, los desafíos enfrentados en la pandemia y las necesidades laborales de los trabajadores de la salud de un hospital tan importante para la capital del estado de Chiapas. Todo ello permitirá analizar cercanamente las realidades de la atención de salud mental de personal de salud y población general, así como crear antecedentes para próximas emergencias sanitarias.

### **Antecedentes**

Pese a que existe una importante cantidad de publicaciones relacionadas a las atenciones a la salud mental de personal de salud<sup>11</sup> y población en general<sup>12</sup> durante la pandemia de covid-19, no se encuentran investigaciones en el ámbito de la antropología médica mexicana, ni en otras áreas de las ciencias sociales, que se concentren en las representaciones y prácticas sobre la ASM en instituciones públicas del sur de México, tampoco específicamente de Chiapas. No obstante, los primeros hallazgos publicados por Muñoz (2022) en hospitales públicos de la Ciudad de México brindan un panorama

---

<sup>10</sup> Por *Modelo Médico Hegemónico* entendemos el “conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención” (Menéndez, 2020, p: 88).

<sup>11</sup> Mansoor, et al., 2020; Bendau, Ströhle y Petzold, 2021; Robles, et al., 2021; Muñoz, 2022.

<sup>12</sup> Grover et al., 2020; Sánchez, Peña y Bernardo, 2020; Bernardini, et al., 2021; O’connor, et al., 2021.

analítico respecto a lo acontecido. Merece una mención especial, el trabajo realizado por Muñoz y Cortez (2021), quienes a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a médicas y médicos de hospitales “covid” e “híbridos” de la Ciudad de México, proponen la categoría de *Cultura Organizacional Epidémica* (COE), analizando la reorganización de la atención hospitalaria desde las representaciones sociales y prácticas de estos actores. Si bien este artículo menciona el proceso de reconversión hospitalaria, y las respuestas autoorganizadas de médicas y médicos, no se concentra en la atención de la salud mental de estos; no obstante, su marco teórico y metodológico es fundamental para el desarrollo de esta investigación.

A propósito de una fragmentación de largos años entre el sistema de salud y las desigualdades en esta materia, Bautista-González *et al.* (2021) hace una revisión exploratoria de políticas públicas en México, anunciadas durante la pandemia de covid-19. El artículo menciona políticas publicadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SSA) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), específicamente aquellas publicadas entre el 29 de febrero y el 15 de junio de 2020. Se destaca que el mayor número de políticas fueron dirigidas a respuestas de salud pública, le siguen aquellas vinculadas a la prestación de servicios de salud y los recursos humanos. Además, la mayor parte de políticas se publicaron durante la segunda fase de la pandemia, es decir, durante el periodo de transmisión comunitaria.

Por su parte, León-González (2021) muestra información relevante de un hospital psiquiátrico del Estado de México que tuvo casos de covid-19; destaca que los lineamientos gubernamentales emitidos durante este tiempo requieren adecuaciones según las necesidades de la población que reside en cada hospital. Menciona que algunas de estas adecuaciones fue establecer horarios escalonados y jornadas alternadas de trabajo.

Respecto a la atención de salud mental del personal de salud, se enfatiza la necesidad de atención y cuidado de la salud mental de esta población a propósito de la exposición frecuente al covid-19. Por mencionar sólo algunos efectos, se señala lo siguiente: afectación en calidad del sueño, insomnio, agotamiento, estrés agudo, despersonalización, ansiedad intensa, rutinas de estrés, ideación suicida, depresión, estrés postraumático, etc. Además, México fue uno de los países con mayor mortalidad en la

población médica durante la pandemia de covid-19 (Chertorivski *et al.*, 2020). En este contexto, una preocupación constante era contagiar a familiares o tener amigos cercanos con covid-19, por ello, la necesidad de monitorear a corto, mediano y largo plazo al personal de salud (De Caneva, García-Gómez y Baur, 2020; Torres-Muñoz *et al.*, 2020; Miguel-Puga *et al.*, 2021). Sin embargo, la mayor parte de estos estudios se realizaron a través de encuestas y protocolos aplicados de manera online, debido a las características de prevención que limitaban la interacción con esta población.

De acuerdo con los Principios de Intervención Psicológica en crisis, Jiménez-López, Pérez-García y Miranda-Delgado (2021) exponen que el personal sanitario de primera línea presenta vulnerabilidad y problemas de salud mental, pero su atención cara a cara sería un riesgo de propagación de covid-19, por ello, la primera estrategia de ASM recomendada mundialmente para esta población es a través de telecomunicaciones o tecnologías digitales.

La Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México (FENAPSIME) se organizó y dividió en 8 regiones del país, brindando a través de vías telefónicas y/o redes sociales (*Facebook* y *Messenger*) la Primera Ayuda Psicológica (PAP) (Carranza *et al.*, 2020). A través de una orientación práctica, se brindó información para resolver problemas inmediatos a través de Brigadas de Atención Psicológica. Como menciona Grover *et al.* (2020) la ASM a través de tecnologías digitales ayudaría a tolerar las luchas diarias, las frustraciones y la ansiedad del porvenir. En lo particular, la Región Suroeste abarcaba: Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Concretamente, en Chiapas, se reconoce que el Colegio Oficial de Psicólogos del estado participó en dicho proyecto emergente.

En un contexto internacional, Cao Di San Marco, Menichetti y Vegni (2020) describen el trabajo realizado por el servicio de Psicología clínica de una de las unidades públicas más grandes de la capital regional de Lombardía (Milán). Precisamente, Italia fue uno de los primeros países europeos gravemente afectados por la pandemia. Este breve artículo señala las atenciones de profesionales de la salud, familiares, pacientes con VIH y a los propios pacientes con covid-19. De forma breve, se describen atenciones psicológicas desarrolladas en coordinación con el personal de medicina; por ejemplo, la implementación de líneas telefónicas directas con los operadores de las unidades covid-19, la intervención a familiares y también el apoyo al personal médico por estos medios. Además, la creación de

salas de “descompresión”<sup>13</sup>; espacio para reflexionar, relajarse y mostrar las emociones que el contexto provocaba al personal de salud.

Es relevante el trabajo elaborado por Feuerwerker (2021) quien contextualiza la política de salud brasileña, es decir, el Sistema Único de Salud (SUS) de São Paulo. Relaciona el trabajo y la subjetividad a partir de algunas experiencias y modos de enfrentar la pandemia de covid-19 en dicho país. Este texto es producto de un espacio de conversaciones para compartir experiencias, que la Facultad de salud pública de la Universidad de São Paulo acoge. En estos espacios, trabajadores de salud se reunieron para comentar acerca de lo vivido en este periodo. Se considera relevante por abordar vivencias en el primer nivel de atención en salud mental y con movimientos sociales. Además, a través de algunos registros (disponibles en YouTube)<sup>14</sup>, se analizan algunos elementos conceptuales que buscan ampliar nociones vinculadas al trabajo en salud, políticas prácticas en salud, y algunos procesos de subjetivación.

En este mismo orden de ideas, se realizó la comparación de un Hospital psiquiátrico y un Hospital General de Canadá (Anzola, 2021). A través de cinco instrumentos psicométricos<sup>15</sup> evaluaron síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Los resultados muestran que profesionales de estos dos entornos hospitalarios tenían síntomas similares, y que las enfermeras expusieron una mayor resiliencia al estrés. En consecuencia, el autor sugiere que es importante abordar las necesidades de salud mental en términos de gestión de crisis.

Vinculado a las necesidades de salud mental, es relevante que en las sociedades actuales es común inferir que los profesionales de salud tienen habilidades mentales para hacer frente a todo tipo de desafío; haciéndolos inmunes a padecer estrés, ansiedad o depresión. Por su parte, el breve artículo de Kar y Singh<sup>16</sup> (2020) muestra preocupación por la salud mental de aquellas y aquellos profesionales que se dedican a atender la salud

---

<sup>13</sup> Estas salas contaban con música ambiental y sillones cómodos, además existía la opción de recibir atención psicológica. Este lugar permitía a las y los profesionales de la salud expresar lo sucedido y cómo el contexto las y los hacía sentir.

<sup>14</sup> Véase: <https://youtu.be/EMi9bIOK4vA>.

<sup>15</sup> La mayor parte de los instrumentos utilizados en esta investigación no fueron creados para el estudio. Es decir, su estandarización corresponde a información previa al covid-19.

<sup>16</sup> Departamento de Psiquiatría, Instituto de Postgrado de Educación e Investigación Médica, Chandigarh, India.

mental. Este artículo afirma que existen razones para que estos profesionales tengan una mayor responsabilidad durante la pandemia de covid-19, aumentando sus niveles de estrés, provocando malestares subjetivos. Los autores comentan que estos trabajadores enfrentan lo mismo que su familia o lo que las y los rodea. En palabras de Asmundson y Taylor (2020) en un escenario de crisis social y de salud, todos pasan por una angustia, lo que requiere atención. "Todo clínico, es también un paciente" (Lai et al., 2020).

### **Justificación**

El Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones 2000-2004 de la Secretaría de Salud de México (SSa, 2021) señala que existe una falta de evaluación de resultados y análisis del impacto de políticas nacionales relacionadas a la atención de salud mental (ASM). Respecto a la ASM en ámbitos institucionales del estado de Chiapas, hasta el momento, sólo se encuentra un estudio reciente realizado por Aceves (2019) en la Unidad de Atención "San Agustín" en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; por otro lado, destaca el reciente estudio de Rodríguez (2020) que se interesó en analizar la experiencia del internado rotatorio de pregrado en médicos de la Facultad de Medicina Humana "Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II" de la Universidad Autónoma de Chiapas, UNACH. Sin embargo, estos trabajos son previos a la pandemia de covid-19 y no se concentran en las representaciones del personal de psicología y psiquiatría de un contexto hospitalario. Principalmente se logra encontrar artículos, guías o lineamientos que dan sugerencias. Por ejemplo, el Gobierno de México (2020) presentó los "Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia" donde se manifiesta:

En el personal de salud y en los primeros respondientes es frecuente que durante una emergencia sanitaria los equipos médicos y otros miembros del sistema de salud se ven expuestos a una mayor demanda física y emocional, debido a factores como el incremento en las horas laborales, el trabajo continuo con pacientes en situaciones críticas, eventos potencialmente traumáticos, la ansiedad vinculada con adquirir la enfermedad, entre otras. Este incremento en el estrés y adversidades en el ámbito laboral puede conducir a que el personal presente desgaste laboral, fatiga por compasión y detonar o agravar algunos trastornos mentales, como depresión y trastorno por estrés postraumático, condiciones que resultan altamente incapacitante. Ya que los servicios prestados por los profesionistas de la salud son un componente esencial para lograr una adecuada gestión de la crisis [...] (p. 4).

Reconocer las experiencias del personal de salud durante la pandemia implica también examinar los desafíos y virtudes que encontraron en su labor, ya que esta población estuvo

expuesta a situaciones difíciles y tuvo que autoorganizarse en la solución de diversas necesidades. Es decir, ante un abrupto surgimiento y adopción de nuevas prácticas y estrategias, la antropología médica, a través del estudio de las representaciones y prácticas para la atención de la salud mental, permitiría explorar las modalidades y adecuaciones de la práctica psicológica y psiquiátrica durante la covid-19, desde el punto de vista de los actores de dichos tratamientos; en este caso psicólogos/os y psiquiatras que debieron reorganizar sus modalidades de atención.

Una de las estrategias de atención a la salud mental primordiales durante la pandemia de covid-19 fue la atención a través de tecnologías digitales. La estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) menciona que los países miembros deben “identificar, gestionar y comunicar los riesgos, y mitigar las amenazas relacionadas con el uso de las tecnologías digitales para mejorar la salud y posibilitar la cobertura sanitaria universal”. Sin embargo, la revisión sistemática realizada por Olivella-López, Cudris-Torres y Medina-Pulido (2020) refleja que la mayor parte de la producción académica sobre telepsicología del 2006 al 2019, se realizó en Europa y en Norte América. Estos espacios geográficos se perfilan como los abanderados en el uso y aplicación de telepsicología; por lo tanto, existen muy pocos estudios empíricos en Latinoamérica. En otras palabras, la presente investigación tiene como objetivo contribuir con información respaldada en evidencias. Además, con el fin de fortalecer los servicios de atención y tratamiento de salud mental en hospitales generales de México, se vincula al objetivo de crear equipos multidisciplinarios entre instituciones (Ssa, 2021).

Muñoz (2021a) ostenta que existen muy pocas investigaciones antropológicas en México centradas en las prácticas y representaciones sociales de los psiquiatras con respecto a los pacientes en contextos de multiculturalidad significativa<sup>17</sup>, lo que también podría señalarse en el ámbito general de la salud mental en un contexto como Chiapas, donde se concentra una diversidad cultural y lingüística, dispersión poblacional, limitaciones de comunicación e infraestructura, así como carencias de recursos económicos, materiales, tecnológicos y humanos en los servicios de salud (Jiménez, García y Rodríguez, 2021). Es decir, si se pretende mejorar las prácticas en salud mental para grupos como los

---

<sup>17</sup> Situaciones de multiculturalidad significativa, serían esas donde emergen diferencias de tipo cultural o de idioma, convirtiéndose en un problema para la interacción e interpretación, en este caso, durante consultas psicológicas y psiquiátricas (Giménez, 1997 citado en Muñoz, 2021a).



pueblos originarios, migrantes, la prevención en atención primaria de la salud y la atención a víctimas de violencia (Secretaría de Salud, 2020) es importante escuchar las perspectivas de los profesionales de la salud para llevar a cabo proyectos y actividades en relación con la ASM durante y después de la pandemia de covid-19.

Considerar a los profesionales de la ASM es desde la importancia de analizar lo que sucede en un tema tan relevante en la salud pública: la atención de la salud mental. Se requiere analizar continuamente las prácticas de atención de salud mental en los espacios públicos de salud, especialmente cuando se continúan generando iniciativas relacionadas con la salud mental, pero no se dispone de información transparente sobre las experiencias de su implementación.<sup>18</sup>

Según Restrepo y Jaramillo (2012) la condición plural de las concepciones de salud mental en los espacios de salud pública incitaría una necesaria revisión crítica de esas teorías, modelos, aquellos supuestos ontológicos de sus conceptos; y al mismo tiempo, reflexionar sobre sus intereses, prácticas y cómo estas se materializan en: políticas públicas, estrategias, desarrollos de planes, relaciones de poder, programas y proyectos que buscan la organización de sistemas de salud.

Desde la antropología médica, esta investigación analiza los caminos recorridos en un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez para adoptar soluciones y brindar atenciones en el ámbito de la salud mental en el surgimiento de la pandemia de covid-19. Lo anterior, con el fin de promover alianzas interdisciplinarias, aprovechando las diferentes capacidades institucionales académicas y de salud presentes en el estado de Chiapas.

En conclusión, se propone que la antropología médica permite analizar los objetivos y respuestas vinculadas a la salud mental de una Cultura Organizacional Biomédica que se vio trastocada durante la pandemia de covid-19. Finalmente, la presente investigación podría generar los siguientes beneficios:

- La información obtenida sería motivo de análisis en diversos ámbitos relacionados a la salud mental, respecto a las necesidades de diagnóstico de programas y políticas implementadas (Ssa, 2021) en el servicio hospitalario de Chiapas.

---

<sup>18</sup> Véase: <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/expone-chiapas-transformacion-del-modelo-de-atencion-la-salud-mental>

- Generar conocimiento de carácter aplicado en el campo de la antropología médica.
- Orientación a las y los profesionales de la salud mental: Establecer los fundamentos para futuras adecuaciones en servicios públicos y privados en contextos de crisis, como el sucedido durante la pandemia de covid-19.
- Proponer un espacio para el intercambio entre disciplinas del conocimiento, y exponer nuevas rutas para la discusión de problemáticas presentes en el ámbito de la salud en el estado de Chiapas.
- Desde la antropología médica, aportar reflexiones y sugerencias al personal e instituciones de salud del estado de Chiapas, con el fin de colaborar para la toma de decisiones, en torno a la atención de salud mental.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Identificar y analizar las representaciones y prácticas relacionadas a la atención de salud mental de personal de salud y población en general durante la pandemia de covid-19, desde las experiencias del personal de psicología y psiquiatría del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”.
- Examinar los factores socioculturales y estructurales que determinan la atención de salud mental en el Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”, según las representaciones del personal de psicología y psiquiatría de la institución.

### **Objetivos específicos**

- Identificar y analizar la Cultura Organizacional Biomédica de la atención de salud mental de población en general y personal de salud, previo a la pandemia de covid-19, desde las representaciones del personal de psicología y psiquiatría del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”.
- Analizar la percepción de riesgo del personal de psicología y psiquiatría del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” durante la reconversión de sus actividades de atención a la salud mental de personal de salud y población en general a propósito del covid-19.
- Describir y analizar las prácticas y estrategias de psicólogas/os y psiquiatras del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” para realizar atenciones a la salud mental durante la pandemia de covid-19.

# CAPITULO I - PARTE II: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

## Diseño metodológico

Durante el mes de junio de 2021, un amigo cercano, me sugirió que hablara con la coordinadora del área de psicología de un hospital importante en la capital del estado de Chiapas. Aunque ella estaba interesada en mi proyecto, no pudo ayudarme con las primeras preguntas que surgieron en mi investigación. Sin embargo, esa conversación me llevó a ser recomendado a la jefatura del hospital que finalmente investigué. Concreté una cita con la coordinadora del área de psicología del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” quienes desarrollaron atenciones a la salud mental a través de tecnologías digitales durante la pandemia de covid-19.

Llegar allí fue complicado, ya que no tenía muchas ideas sobre el lugar y no conocía a nadie en el hospital. Mi primera impresión fue que no es un espacio intuitivo para los visitantes; a pesar de que existen anuncios y letreros, es fácil perderse. Tuve que tocar puertas y hacer preguntas, considerando siempre la posibilidad de ser rechazado.<sup>19</sup>

Dicho hospital-escuela no suele recibir estudiantes o investigadores interesados en colaborar con ellos. La visita de un estudiante de maestría de antropología médica fue algo excepcional; sin embargo, el 26 de agosto de 2021 (vía Google Meet) se presentó el protocolo de investigación al Comité de ética del hospital que fue “aprobado con observaciones”.

Después de cumplir con los consentimientos necesarios del Comité de ética, este proyecto de investigación se interesó inicialmente en analizar las representaciones y estrategias de ASM a través de tecnologías digitales durante la pandemia de covid-19 por parte de psicólogas y psicólogos clínicos del hospital; concentrándose en: Psicólogos/as clínicas de la jefatura de Salud Mental del Hospital General con y sin experiencia de

---

<sup>19</sup> Me gustaría señalar que también solicité a la coordinación de enseñanza e investigación del distrito #1 de salud del estado de Chiapas realizar esta investigación académica en un Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Sin embargo, no cuentan con un comité de ética que evalúe este tipo de proyectos. Por su parte, el centro de investigación donde se auspició este proyecto me advirtió constantemente sobre esta situación, ya que estos espacios de salud no están totalmente abiertos a investigadores externos como yo. Aunque entregué una versión de mi protocolo, solicité los permisos requeridos y entregué en tiempo y forma los documentos necesarios, no recibí respuesta a mi solicitud.

atenciones a la salud mental a través de tecnologías digitales; sin embargo, en las primeras conversaciones y entrevistas con las y los interlocutores primarios, se encontró que 1) se habían desarrollado más estrategias de ASM que aquellas previamente consideradas por el investigador y 2) el personal que atendió a través de tecnologías digitales era solamente una cuarta parte del personal activo. Por lo tanto, en conversación con la coordinación de la jefatura de psicología, se evaluó la posibilidad de modificar criterios de inclusión/exclusión de los participantes del proyecto. Finalmente, se optó por incluir a cualquier psicólogo/a o psiquiatra del hospital que estuviera dispuesto a compartir sus experiencias de atención de salud mental durante el surgimiento de la pandemia de covid-19, con el fin de analizar las estrategias y diversas acciones en las que participaron.<sup>20</sup>

Este nuevo objetivo comprendería de mejor manera las representaciones y prácticas del personal de psicología y psiquiatría durante la pandemia de covid-19. Por consiguiente, se conversó con el área de investigación del hospital el interés de examinar primordialmente los efectos del covid-19 en las estrategias de ASM desarrolladas en el 2020 y 2021.

Se utilizó un enfoque metodológico cualitativo para obtener los datos empíricos principales. Se realizaron dentro del hospital entrevistas semiestructuradas y actividades de observación participante previamente acordadas con el *Personal Psi*. De esta manera, las actividades de trabajo de campo —iniciadas el 1 de septiembre de 2021 y concluidas el 31 de diciembre del mismo año—, generaron interrogantes que no se contemplaron previamente por el investigador. La delimitación final del tema surgió a partir del encuentro con la población objetivo, a quienes al momento de las entrevistas se les dio la palabra para compartir información de manera voluntaria, en lugar de obligarlos a proporcionar datos específicos. Este posicionamiento se basa en la Teoría fundamentada, la cual se orienta por la creación de marcos conceptuales o teorías a partir del análisis y conceptualización de los datos (Acuña, 2015). Este método permite que los investigadores recolecten y procesen datos simultáneamente mientras observan y consideran las interpretaciones de los participantes involucrados en el estudio. Una de las ventajas de la teoría fundamentada es su flexibilidad, lo que permite a los investigadores adaptar el método a diferentes situaciones y problemas de investigación (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

---

<sup>20</sup> Más adelante se detallan los criterios de inclusión y exclusión.

Como ya se mencionó, las actividades se realizaron de manera presencial en el hospital, manteniendo siempre una distancia de seguridad con otras personas (1 metro mínimamente). Al ingresar al nosocomio, el equipo de vigilancia me otorgaba un gafete de "invitado" mientras medían mi temperatura y proporcionaban gel antibacterial. Durante la estancia en el hospital, porté doble cubrebocas (uno de triple capa y uno KN-95). Durante las entrevistas, los interlocutores también utilizaron cubrebocas y se consideraron espacios que permitieran mantener una distancia de 2 metros durante las conversaciones.<sup>21</sup> Igualmente, otra de las medidas contempladas fue vacunarme, logrando el “esquema completo” en la primera semana de octubre de 2021. Hay que destacar que, en ningún momento del trabajo de campo tuve algún síntoma relacionado a covid-19.

Durante el trabajo de campo se desarrollaron 54 entrevistas semiestructuradas a 23 personas; 16 informantes primarios (15 psicólogas/os y 1 psiquiatra); 4 informantes secundarios (coordinadores/supervisores que se vinculan directamente a personal de psicología/psiquiatría); y 3 informantes complementarios (directivos de la institución). Las entrevistas tienen una duración de 40 minutos a 1 hora 15 minutos.

Respecto a las y los informantes primarios, 5 son hombres y 11 son mujeres. La edad de esta población está en el rango de 30 a 40 años. Respecto a esta población, la mayor parte de estos fueron entrevistados 3 veces hasta alcanzar un punto de saturación de acuerdo con los objetivos planteados en el estudio. Interesaba realizar dos entrevistas a los informantes secundarios y directivos, pero por cuestiones de tiempo y obstáculos institucionales, en la mayor parte de los casos sólo se obtuvo una entrevista.

Se destaca que no se desarrollaron entrevistas con el turno vespertino, pues la coordinación de psicología no brindó información del personal que estuviera en ese turno. Por lo tanto, las actividades de recolección de información durante trabajo de campo se concentraron en el turno matutino, horario donde se reúne mayor carga laboral en el hospital. Asimismo, no se desarrolló el total de entrevistas acordadas con el personal de la Jefatura de psicología y *Medicina del Dolor y cuidados paliativos* de fin de semana, debido

---

<sup>21</sup> La jefatura de enseñanza e investigación del hospital brindó el aula de “telesalud” para desarrollar las entrevistas de este proyecto. Sin embargo, a veces esta se encontraba ocupada, entonces algunas entrevistas se realizaron en el cubículo 5 de consulta externa, en la Jefatura de Psicología, en el cubículo del Centro especializado para la atención de violencia hacia la mujer, en la sala de espera de terapia intensiva, la capilla del hospital, cubículos de Medicina del dolor y cuidados paliativos o una bodega

a un altercado con un directivo del hospital de este turno. Empero, tal situación ejemplificó las diferentes relaciones de poder que se gestan en una Cultura Organizacional Biomédica.

Al solicitar información estadística, solo se proporcionaron datos generales sobre la población atendida durante los años 2019, 2020 y 2021, lo que dejó importantes vacíos en la información detallada. Otro punto es que a pesar de que no se acompañó al personal de psicología de Medicina del Dolor en las atenciones a través de tecnologías digitales, se lograron realizar entrevistas con los directivos de esta área, el personal de psicología a cargo, así como conversaciones con la enfermera y el personal administrativo.

Por otra parte, gracias a la incursión dentro del hospital, se realizaron observaciones en el área de Consulta Externa, prioritariamente, durante el turno matutino. Asistía al hospital tres veces por semana y permanecía en promedio tres horas en el recinto. Las actividades comenzaban regularmente a las 10 de la mañana y finalizaban a las 13:30 horas. Además, se realizaron entrevistas durante el turno vespertino, turno nocturno, fines de semana e incluso en días festivos, con la finalidad de incluir a psicólogos y psicólogas que trabajan en estos turnos y que participaron en estrategias de atención de salud mental durante 2020 y 2021 dentro del hospital.

Gracias a la invitación de dos psicólogas, en tres ocasiones acompañé sus intervenciones en el área de hospitalización. Durante estas actividades, me limité a observar y escuchar las intervenciones de las psicólogas con los pacientes, sin tener como objetivo realizar entrevistas con ellos. Además, se mantuvo una distancia prudente de acuerdo con los protocolos del hospital, es decir, dos metros entre el investigador y los entrevistados por las psicólogas. Estas actividades resultaron muy útiles para el proyecto de investigación, ya que permitieron contrastar y enriquecer la información proporcionada durante las entrevistas. También fueron relevantes para observar las técnicas de atención y las dinámicas entre el personal de psicología y otros miembros del hospital; por ejemplo, pacientes, familiares y personal de salud. De esta manera, se reconocieron las características de los espacios donde el personal de psicología y psiquiatría de este hospital de segundo nivel desarrolla sus prácticas.

### **Criterios de selección**

El primer criterio de selección que se consideró fue que las y los interlocutores primarios fuesen parte de la Jefatura de Psicología y personal de psiquiatría del Hospital

Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”. Principalmente, que hubieran participado y/o hayan tenido actividades durante la reconversión del hospital a propósito del covid-19. Por ejemplo, se privilegió aquel personal que participó en el *Servicio de Intervención en Crisis*; Psicología Laboral, quienes también atendieron a profesionales de la salud; y personal encargado del área de hospitalización y urgencias, quienes reorganizaron sus prácticas según sus servicios de adscripción.

Respecto a las/los coordinadores y supervisores entrevistados, tenían que manifestar una cercanía administrativa y clínica con el personal de psicología/psiquiatría. Estos tenían que haber acompañado durante los cambios, adaptaciones y reajustes del hospital a esta población. Asimismo, ser personas que tuvieran el ánimo e interés de comentar su experiencia. De esta forma, contrastar la toma de decisiones y los acuerdos que se tuvieron que desarrollar durante este período.

Por último, para considerar voces complementarias, se invitó al proyecto a personas protagonistas en la toma de decisiones durante la pandemia de covid-19; estas tenían que haber estado al mando de jefaturas o coordinaciones que definieran el rumbo del hospital, y de esta manera considerar el papel de la salud mental en estas decisiones; lo anterior, desde una experiencia personal y también como responsables de una institución.

### **Universo de estudio**

Las y los actores principales de esta investigación son las psicólogas/os y personal de psiquiatría del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” que realizó atenciones de salud mental durante la pandemia de covid-19. De un universo total de diecisiete psicólogas/os que pertenecen a la Jefatura de Psicología del Hospital, se logró entrevistar a dieciséis. Se decidió incorporar a todo aquel que le interesara compartir su experiencia de ASM durante la pandemia, precisamente para conocer las estrategias y diferentes actividades que desarrollaron y/o participaron.

Los actores secundarios son coordinadores y supervisores que tuvieran a cargo a personal de psicología/psiquiatría, antes y durante la pandemia de covid-19. Se entrevistaron a 4 coordinadores/as que dirigieron acciones administrativas y clínicas, implementando estrategias que influyeron en la atención de salud mental de sus respectivos servicios durante la pandemia ya mencionada.

Por último, las y los actores complementarios son 3 directivos que formularon decisiones estratégicas para el hospital durante la pandemia de covid-19. De esta forma, se profundizó en esta perspectiva gerencial relacionada a la toma de decisiones sobre ASM en este periodo.

Además, se mantuvieron conversaciones informales (señalando siempre mi papel de investigador) con personal de mantenimiento y seguridad del hospital, personal administrativo y enfermería del área de Medicina del Dolor, una prestadora de servicio social de la jefatura de psicología y un médico interno de pregrado.

### **Psicólogas/os y psiquiatras entrevistadas/os**

<b>Adscritos/as en un servicio</b>			
<b>Puesto</b>	<b>Cantidad de entrevistados</b>	<b>Género</b>	<b>Entrevistas realizadas</b>
Psicología Laboral	1	Femenino	3
Psicología Laboral (Fin de semana)	1	Femenino	1
Centro especializado para la atención de violencia hacia la mujer	1	Masculino	3
Clínica del dolor	2	Femenino	4
		Femenino	3
Cáncer de mama	1	Masculino	2
Psiquiatría	1	Femenino	2
Hospitalización	2	Femenino	3
		Femenino	3
Hospitalización (fin de semana)	1	Femenino	2
Urgencias	2	Masculino	4
		Masculino	2
Jefatura de psicología (Turno	2	Femenino	4



nocturno)		Femenino	1
<b>Adscritos/as en dos servicios</b>			
<b>Puesto</b>	<b>Cantidad de entrevistados</b>	<b>Género</b>	<b>Entrevistas realizadas</b>
Consulta Externa y hospitalización	1	Femenino	3
Consulta Externa y Psicología Laboral	1	Masculino	4

#### **Coordinadores/as entrevistados**

<b>Puesto</b>	<b>Género</b>	<b>Entrevistas realizadas</b>
Jefatura de psicología	Femenino	3
Medicina Interna	Masculino	2
Clínica del dolor (fin de semana)	Masculino	1
Clínica del dolor (vespertino)	Masculino	1

#### **Directivos/as entrevistados**

<b>Género</b>	<b>Número de entrevistas</b>
Masculino	1
Masculino	1
Femenino	1

#### **Codificación y análisis**

Respecto al análisis de la información, las entrevistas fueron reiteradamente escuchadas durante el trabajo de campo; en este sentido, al momento de avanzar el trabajo de campo surgían nuevas preguntas y se modificaban los guiones de las entrevistas. Al

concluir el periodo de trabajo de campo se transcribieron las entrevistas obtenidas de audio; lo mismo se realizó con el diario de campo y auto grabaciones de voz generadas durante esta etapa.

Posteriormente, fue necesario escuchar y leer repetidamente las entrevistas transcritas; se reconocieron palabras frecuentes, temas similares o divergencias muy marcadas. Un análisis inductivo permitió codificar categorías y conceptos emergentes, permitiendo esbozar temas centrales y subtemas de la problemática abordada. Asimismo, se realizó una codificación deductiva, comprobando categorías y conceptos considerados durante el planteamiento del proyecto de investigación.

Después, a través del programa de análisis cualitativo ATLAS.TI 9 se codificaron categorías generales a través de grupos de códigos, dividiendo así la información en temas centrales y subtemas. De esta manera, se generó una matriz de datos para dar lugar a comparación y triangulación de resultados.

### **Consideraciones éticas**

Con la aprobación del Comité de ética del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”, bajo el número de registro CI-11-2021 y a través de la Jefatura de Psicología, se realizó un estudio para analizar las representaciones y estrategias de atención a la salud mental durante la pandemia de covid-19.

Respecto a las entrevistas desarrolladas, se ajustaron a la disponibilidad de las y los entrevistados, buscando que el tiempo empleado no afectara sus actividades hospitalarias. De la misma forma, durante la inmersión dentro del hospital, se respetó el reglamento del instituto, añadiendo los debidos cuidados y medidas preventivas en torno al covid-19.

Cabe destacar que la participación en este estudio fue anónima. Los nombres de las y los participantes no se identificaron durante las grabaciones en audio, ni en los apuntes del investigador; por ello, se han cambiado u omitido los nombres, con el objetivo de salvaguardar el anonimato e identidad de las y los participantes, salvo que el/la entrevistada/o desee aparecer en la redacción final de esta tesis. Asimismo, previo a las entrevistas, a cada entrevistada/o se le presentaron los objetivos del proyecto, así como la metodología empleada.

Uno de los principales intereses al desarrollar la presente investigación, fue que las o los participantes no tuvieran dudas respecto a los objetivos del proyecto. Por ello, todas y todos los participantes firmaron un consentimiento informado al que se le brindó un tiempo considerable y necesario para aclarar los puntos redactados. También, si la o el participante lo consideraba oportuno se le brindaba una copia firmada.

La información obtenida durante el proceso de investigación no se compartirá con terceros y será utilizada sólo para la presente investigación o para posibles publicaciones de propia autoría. En estas últimas, en caso de suceder, se mantendrá lo establecido en el Consentimiento Informado acordado.

Es importante señalar que esta investigación se realizó gracias a que la coordinación de la jefatura de psicología del hospital abrió sus puertas y brindó valioso acompañamiento durante este periodo. Asimismo, se mantuvieron conversaciones constantes con la Coordinación de Investigación y la Jefatura de Enseñanza, quienes logísticamente apoyaron el desarrollo de esta pesquisa, cediendo espacios dentro del hospital para hacer las entrevistas.

Por último, se destaca que el principal objetivo de esta investigación es construir una tesis bajo los requisitos explicitados por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) que forma parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

## **Marco teórico**

### **Representaciones y prácticas sociales**

Para conducir este análisis retomaré la Teoría de las representaciones sociales (RS) propuesta originalmente por Serge Moscovici (1979). El concepto de representaciones sociales se entiende primordialmente como: una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designan modalidades de pensamiento social y constituyen pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet, 1993).

Las representaciones sociales son un tipo de conocimiento práctico que los individuos construyen a través de su contacto, convivencia y relaciones con otros, ya sea en

entornos religiosos, científicos, políticos u otros (Esparza, 2003). Estas representaciones permiten a los individuos interpretar e interactuar con el mundo que los rodea, ya que se trata de conocimientos construidos socialmente que a su vez generan discursos sobre diversos temas o circunstancias. Sin embargo, esto no impide que los individuos construyan sus propias interpretaciones, que siempre estarán influenciadas por los conocimientos culturales y sociales previamente adquiridos.

Imaginemos ahora a un psicólogo que trabaja dentro de un hospital. Las representaciones sociales desempeñan un papel fundamental en la significación de las experiencias de este profesional. Cuando el psicólogo hospitalario interactúa con pacientes que sufren, las representaciones sociales sobre la salud y enfermedad mental influirán en cómo interpreta y da sentido a esas experiencias.

Además de ser guías para la lectura, codificación y comprensión de la realidad, las representaciones sociales también guían las interacciones sociales y las intervenciones con otros grupos (Reteau y Lo Monaco, 2013). Otra función importante de las representaciones sociales es crear especificidad de grupos, influyendo en sus comportamientos y prácticas; por lo tanto, se vinculan a las expectativas y anticipaciones del comportamiento cotidiano (Abric, 2001). Por ejemplo, en cómo el profesional se percibe a sí mismo y su identidad profesional. Si en su entorno existen jerarquías o prejuicios relacionados con la salud mental, el psicólogo puede enfrentarse a barreras para colaborar efectivamente con otros profesionales de la salud en el hospital. Sin embargo, si las representaciones sociales promueven la colaboración interdisciplinaria y reconocen el valor de las perspectivas psicológicas en el cuidado de los pacientes, el psicólogo puede trabajar de manera más fluida y efectiva dentro del equipo de atención médica.

Siguiendo la propuesta de Reteau y Lo Monaco (2013) se entiende que las RS deben ser consideradas en relación con el estado previo y forman parte de una historia más amplia. Por lo tanto, en esta investigación se presta atención no solo a los eventos durante la pandemia de covid-19, sino también al contexto previo.

La bibliografía indica que existen diferentes formas de aplicar la teoría de las RS. De manera general se ubican enfoques procesuales y estructurales. En específico, el enfoque procesual asume características similares al interaccionismo simbólico, cercano a una postura socio constructivista; por su parte, el enfoque estructural mantiene

características de la psicología social estadounidense (Banchs, 2000). Para esta investigación, se adopta el enfoque procesual que considera el acceso de conocimiento de las representaciones sociales a través de un abordaje hermenéutico. Este enfoque reconoce al ser humano como productor de sentidos y se centra en las producciones simbólicas de los significados del lenguaje. Los significados que se asignan a un hecho, objeto o persona están ligados a la historia, contexto y cultura. En consecuencia, es importante comprender los hechos particulares que dan lugar a la elaboración de una representación específica (Banchs, 2000; Cuevas, 2016).

Para esta investigación destaca la perspectiva de Ivana Markova 1998 (citada en Banchs, 2000) quien enfatiza que las representaciones sociales son una teoría dialéctica con elementos variables, en contraposición a la ontología cartesiana. Desde esta perspectiva epistemológica dialéctica, las representaciones sociales se centran en la diversidad y los aspectos significativos de la actividad representativa. Además, utiliza referentes teóricos de la filosofía, la lingüística y la sociología y se interesa por las vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas del objeto de estudio. En este abordaje, el objeto se define como instituyente más que como instituido, lo que se suma a otras características distintivas del enfoque procesual de las representaciones sociales.

Por otro lado, en este trabajo es importante definir lo que se entiende por prácticas. Primeramente, autores como Schatzki (1996) destacan que las prácticas se definen como formas de decir y hacer que se vinculan a dispersiones espaciales y temporales. Por su parte, Antony Giddens y Pierre Bourdieu utilizan dicho concepto para señalar las actividades que constituyen el mundo social; y al mismo tiempo, funciona como estrategia de solución entre la estructura y agencia. Precisamente, Bourdieu señala que la práctica se vincula al concepto de *habitus*, sirviéndole para dar cuenta de esas relaciones entre los determinantes estructurales (capitales) y la actividad de los cuerpos en la vida cotidiana. En relación con la teoría de la estructuración, Giddens menciona que las prácticas sociales son constitutivas de la vida social sobre la que se genera las estructuras sociales (Ariztía, 2017).

Aunque no se retoma la perspectiva estructural, se coincide con Abric (2001) en que es necesario considerar tanto las condiciones sociales, históricas y materiales en las que se desarrollan las prácticas sociales, así como la forma en que éstas son apropiadas individual o colectivamente. En este sentido, los factores simbólicos, cognitivos y representacionales

juegan un papel crucial en la comprensión de los procesos que subyacen a las experiencias y comportamientos relacionados con la salud mental.

De manera general, apuntalamos que toda práctica involucraría tanto elementos corporales, así como actividades mentales (sentido, aspectos emocionales, motivaciones, saberes prácticos, significados); también, objetos y materialidades para llevar a cabo dicha práctica (Ariztía, 2017). Por consiguiente, entendemos que la representación, el discurso y la práctica están intrínsecamente vinculados, constituyendo un sistema integral. La representación no solo precede y moldea la práctica, sino que también la justifica y la racionaliza, confiriéndole legitimidad: Ambas se complementan y moldean recíprocamente (Autes 1985, citado en Abric 2001).

### **Estrategias**

En esta investigación es relevante el uso del concepto de "estrategias", el cual rápidamente se asocia con la idea de cálculo y beneficios al reducir el riesgo, implicando la toma de decisiones conscientes y racionales para alcanzar objetivos específicos (Melgoza, 2018).

La bibliografía vinculada a este concepto destaca la obra del francés De Certeau, quien señala que la estrategia se desarrolla en todos los aspectos de la vida cotidiana y se entiende como un cálculo de relaciones de fuerzas posible desde que un sujeto de voluntad se aísla de un ambiente. En otras palabras, las estrategias son acciones realizadas por aquellos que se encuentran en el poder para dominar al otro más débil, mientras que las tácticas son acciones de resistencia ante esas fuerzas externas por parte del grupo más débil (De Certeau, 2000).

De acuerdo con Crozier y Friedberg (1990), el concepto de estrategia no necesariamente implica una voluntad consciente por parte del actor, sino que su análisis requiere explorar el contexto organizativo y la racionalidad del actor. Desde esta perspectiva, el término estrategia se convierte en una herramienta para comprender las experiencias de los actores y su relación con el poder presente en sus contextos. En este sentido, la estrategia se concibe como una mediación entre la agencia individual y el poder estructural.

Aunque consideramos interesante la perspectiva que plantea la división entre táctica y estrategia, esta solo podrá sostenerse si se entiende el poder como algo estático y concentrado en un grupo reducido de individuos. Por el contrario, es crucial para nuestra investigación considerar las diversas relaciones que se establecen entre el personal de salud (gerencial como operativo) y los pacientes. Como Foucault (1977), entendemos que el poder circula entre los sujetos y es imposible concebirlo como algo estático y concentrado en unos pocos. Es decir, el poder es relacional y, al estar enmarcado en una organización biomédica, se ejercen estrategias institucionales grupales e individuales.

La evidencia empírica demuestra que estas relaciones no se presentan de forma pasiva entre el personal de salud, tampoco en aquellas relaciones con usuarias/os del hospital. Por ello, se considera que las organizaciones son sistemas que “se unen mediante relaciones de un poder que se ejerce y se acepta” (Álvarez, 2011: 150). En otras palabras, el poder no sería un solo individuo o una clase, sino que éste circula en el cuerpo social (Consejo y Viesca-Treviño, 2008; Foucault, 1980) como es el caso de la *expertise*<sup>22</sup> psicológica y psiquiátrica en relación con los gremios de este espacio de salud.

### **Prácticas Psi**

Para nombrar estas prácticas específicas, se recupera aquello que Rose (2019) ha titulado *Prácticas Psi*: psicología, psiquiatría, psicoterapia y el psicoanálisis. Siguiendo este mismo interés de análisis, para esta investigación, se propone que cada uno de esos saberes está compuesto de representaciones y prácticas; y es a través de ellas que se generan diferentes estrategias de acción y atención dentro de un hospital de segundo nivel por parte de las y los agentes vinculados.

Menciono lo anterior porque merece la pena subrayar que las representaciones sobre la salud mental de la *expertise* psicológica y psiquiátrica orientan prácticas y el desarrollo de estrategias a través de técnicas de atención ya sea para el paciente o para el personal de

---

<sup>22</sup> “Con *expertise* se designa la capacidad de la psicología para proporcionar un cuerpo de personas capacitadas y acreditadas que reclaman una competencia especial en la administración de las personas y las relaciones interpersonales, así como también un cuerpo de técnicas y procedimientos que pretenden hacer posible el manejo racional y humano de los recursos humanos en la industria, en las Fuerzas Armadas y, de manera más general, en la vida social.” (Rose, 2019, s/n).

salud. Además, dichas prácticas y estrategias se ven constantemente reconfiguradas mediante la interacción con otros agentes, ya sea en un nivel jerárquico o de igualdad, lo que genera diferentes modos de interpretar, comprender y atender la salud mental.

### **Hospitales y Cultura Organizacional Biomédica**

Como se ha mencionado, se hará hincapié en las representaciones, prácticas y estrategias del personal de psicología y psiquiatría de un hospital de segundo nivel de atención en México. Por lo tanto, de acuerdo con Tosal, Bridgi y Hurtado (2013) entiendo el hospital como una:

Institución que es la expresión máxima de la cultura biomédica, por lo que se ha convertido en el lugar privilegiado para el estudio de fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad en las sociedades occidentales, tanto para el estudio de las representaciones como para las prácticas biomédicas en cuanto a la enfermedad como para el análisis de diferentes culturas institucionales” (p. 192).

Por su parte, trabajos representativos de la Escuela de Chicago: Fox (1959), Strauss et al. (1963), Goffman (1970), Freidson (1970) y más recientemente Peneff (1992) desarrollaron investigaciones sobre cómo se han organizado las instituciones hospitalarias, concentrándose, en algunas ocasiones en los profesionales de la salud. Específicamente, hablando de los debates sobre cómo se han estudiado estos espacios, se encuentra la denominación del hospital como una “isla” (Cosser, 1962); particularmente, Goffman en 1970 lo señala como una “institución total” enfatizando en sus estructuras, lógicas y reglas que tenía como principal brújula el proyecto médico. Por su parte, sociólogos y antropólogos como Zaman (2005) consideran al hospital como la “capital del continente”, es decir, un espacio que se vincula con su entorno.

De manera similar, se propone que los hospitales reflejan y refuerzan los procesos sociales y culturas dominantes de sus sociedades. Por su parte, los estudiosos de estos temas señalan que todas las creencias y prácticas médicas están integradas en formas sociales y culturales más amplias (Van der Geest, Sjaak, and Finkler, 2004).

El hospital sería un lugar de acción, decisiones y también de incertidumbre (Fox, 1959) donde se presenta confianza, cuidado, temor, miedo, enfermedades y muerte. Para Street y Coleman (2012) un hospital es *heterotopía*<sup>23</sup>, es real y al mismo tiempo

---

<sup>23</sup> Los autores retoman el concepto de *heterotopias* de Foucault para dar cuenta de las relaciones complejas entre el orden y desorden, estabilidad-inestabilidad que definen a un hospital como una institución moderna.



imaginado, específico y común, a la vez que es un lugar particular, único, con múltiples lógicas. Este espacio se encuentra entre el enredo de lo social, compuesto de subjetividades, y el pensamiento médico científico infundido de objetividad. En definitiva, el hospital se convierte en un espacio que abarca diferentes lógicas sociales hegemónicas y al mismo tiempo transgresoras.

Para analizar el papel de la salud mental antes y durante la pandemia, estoy de acuerdo con Consejo y Viesca-Treviño (2008) cuando sugieren considerar al hospital como un espacio de poder, pues este universo de análisis se compone de redes y estructuras de poder verticales (ascendentes o descendentes) o relaciones entre pares (personal médico, enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social, etcétera) que influyen directa o indirectamente en la Cultura Organizacional Biomédica (COB).

Desde nuestra perspectiva, “si bien los hospitales tienen organizaciones estructuradas y jerárquicas que regulan lo que ocurre en su interior, no quiere decir que sean impermeables a lo que ocurre en su exterior. Por lo tanto, los actores que allí circulan, ya sea como usuarios o trabajadores, tienen su propia agencia y capacidad de acción” (Mendoza, 2020: 29-30). Entonces, así como Street y Coleman (2012) plantean, los hospitales no son instituciones aisladas, sino que presentan un carácter paradójico que les permite ser espacios delimitados y permeables. Se construyen y constituyen día a día a través de las personas y sus conflictos, emociones, tensiones; así como tecnologías, saberes o imaginarios sobre los espacios hospitalarios.

Es fundamental poner sobre la mesa que las representaciones y prácticas de atención a la salud mental que se abordarán en esta investigación se comprenden en un recinto hospitalario de segundo nivel de atención, ubicándose en una cultura organizacional de tipo biomédica. Durante este proyecto se entiende que las organizaciones son microsociedades insertadas en un tejido social con el que interactúan, influyendo y del que reciben influencias. Por lo tanto, representan también sistemas culturales, simbólicos e imaginarios compuestos por estructuras de valores y normas, condicionando el comportamiento de sus miembros. De esta manera, influenciado por los trabajos de Muñoz (2021, 2021b) retomo el concepto de Cultura Organizacional Biomédica para nombrar aquellos bienes materiales y simbólicos, relaciones sociales del sistema de salud y las unidades en las que se imparten servicios médicos.

En ese sentido, para analizar las representaciones, prácticas y estrategias desarrolladas por el personal de salud durante la pandemia de covid-19, me sirvo de la categoría de Cultura Organizacional Epidémica (COE) propuesta por Muñoz y Cortez (2021). Además, esta ayudará a comprender la reorganización de sistemas de salud tras las diversas afectaciones de la pandemia covid-19. Esta categoría permitiría retomar las representaciones y prácticas en los diferentes procesos:

Los productos y artefactos materiales: como los espacios, los aparatos tecnológicos, los protocolos, las normativas, o por ejemplo, los formularios, así como, entre otros, los medicamentos o el dinero; b) las expresiones simbólicas, valorativas y comportamentales: los rituales, las narrativas fundacionales, los códigos de interacción, los valores, las ideologías y, por ejemplo, las normas que se manifiestan en el entorno de la institución; o, entre otras, las concepciones de la enfermedad y de la atención y su puesta en práctica; c) las personas que forman parte de la institución entendidas como conjuntos sociales receptores y generadores de sus artefactos materiales y simbólicos; y, d) los procesos mencionados con anterioridad, reorganizados para la gestión y mitigación del riesgo ante la epidemia, así como para una atención biomédica adecuada, mediada por la estratificación social (Muñoz y Cortez, 2021: 4-5).

Con el objetivo de analizar las experiencias suscitadas durante la pandemia, y acorde a la COE desarrollada durante este periodo, se entiende el riesgo tal como Douglas (1986) lo menciona, un constructo social que sería utilizado para realizar evaluaciones sobre probabilidades y valores, según las amenazas suscitadas, tomando en cuenta las experiencias (Lupton, 1999). Considerando esto último, la percepción de riesgo y el desarrollo de una COE en el que el personal de salud desempeñó sus actividades, se vincula directamente a la vulnerabilidad y salud funcional (Nichter, 2006) presentada por desempeñar actividades en un hospital “híbrido” que continuó atendiendo a pacientes hospitalizados y/o personal de salud que tenía contacto con casos sospechosos o positivos de covid-19.

## **Estigma**

El concepto de *estigma* permite analizar episodios de vulnerabilidad (Nichter, 2006) actos de discriminación, conflicto y desvalorización del personal de salud al ser parte de un espacio que conformaba un riesgo de contagio de covid-19. Entendiendo que el *estigma social*, es dinámico y se asocia negativamente (a un individuo o grupo social) a propiedades desvalorizadas relacionadas a condiciones de salud (Muñoz, 2021b). Esto último, se representa, por ejemplo, enfáticamente en el personal de psiquiatría que fue reubicado de sus actividades habituales, incorporándose a las y los médicos que atendieron “casos covid”. Esta “marca” (Goffman, 2006) es relevante para analizar cómo se desarrolló la

vivencia de aquellas y aquellos que se dedicaron a atender la salud mental, en un contexto de crisis.

Además, el concepto de *estigma* servirá para analizar las representaciones sobre probables motivos que limitan la atención a la salud mental de personal de salud, antes y durante la pandemia de covid-19. De esta manera, el reconocer una salud mental deteriorada por parte del personal de salud se vincularía a una desacreditación de la figura representada en el hospital, convirtiéndose en un obstáculo. Lo anterior, se considera una característica de aquellas representaciones sociales sobre el adecuado manejo del propio bienestar, que al mismo tiempo, entraría en conflicto con las relaciones de poder que conforman una COB; ya que de acuerdo con Goffman (2006) el estigma sería un “atributo profundamente desacreditador” (p. 13) a través de diferenciación, alteridad y relaciones de poder (Link y Phelan, 2014).

### **Representaciones de la Salud mental**

La definición y delimitación del concepto de salud mental en este trabajo se aborda reconociendo que existe un elemento irrepresentable que lo hace objeto de un debate continuo. En consecuencia, el presente trabajo se propone explorar y discutir las tendencias de un sistema de salud compuesto por niveles micro y macro que influyen y, a su vez, dan forma a las diferentes interpretaciones de lo que se entiende por salud mental.

Lo que actualmente se conoce como *salud mental*, tiene sus orígenes en el desarrollo de la misma salud pública; primordialmente, en el área de la psiquiatría clínica (Restrepo y Jaramillo 2012). Aunque en lengua inglesa hay algunas referencias a la salud mental antes del siglo XX, es en 1946 donde se encuentran las primeras referencias técnicas a la salud mental como una disciplina. En este mismo año, la *International Health Conference*, desarrollada en Nueva York, estableció la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la par creó la *Mental Health Association* en Londres (Bertolote, 2008).

En 1946, la recién fundada OMS (2018) propone entender la salud como “un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente (como) la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que sirvió como un antecedente importante para conformar a la salud mental como un nuevo ámbito conceptual y técnico. Empero, es hasta 1951 que la OMS publica su primera definición de salud mental: “[...] una condición, sometida a fluctuaciones (por) factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una

síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas (...) y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico” (World Health Organization, 1951 citado en Agüero de Trenquallye y Correa, 2018).

En la actualidad, dicho concepto suele utilizarse para referirse a actividades y estrategias vinculadas al bienestar mental que comprende la salud según la OMS; y al mismo tiempo, al estado de bienestar que se esperaría de un individuo.

Esta definición no es la única, sin embargo, es una de las más influyentes en las políticas públicas. Tiene diferentes críticas en su conformación, como dificultades epistemológicas (Restrepo y Jaramillo, 2012), lo cual hace aún más compleja la tarea de cómo atenderla en la generalidad de los países (Alduenda, Mercado y López, 2009). Además, como señala Hiriart (2008), existe muy poca reflexión sobre el concepto de salud mental, manteniendo una predominante concepción fisiológica. Por ejemplo, en México, la visión de salud mental que predomina es la biomédica, y prioritariamente la teoría conductual, encontrándose un vínculo casi obviado con la atención de las adicciones.

Actualmente el concepto de salud mental además de estar vinculado al binomio de normalidad y anormalidad, ahora se centra en la capacidad de adaptación del individuo al entorno como un indicador de salud mental. El enfoque actual considera la capacidad de afrontar desafíos, manejar el estrés, establecer relaciones saludables y encontrar un equilibrio satisfactorio en la vida como elementos clave para una buena salud mental. De esta forma, se reconoce que la salud no puede ser evaluada de manera aislada, sino que está influenciada por el contexto en el que se desenvuelve el individuo. Como resultado, las terapias psicológicas se enfocan en corregir y educar conductas que fomenten la normalidad y la adaptación a gran escala. De hecho, estos enfoques son prevalentes en los sistemas gubernamentales y se ejecutan mediante estrategias que buscan fomentar la adaptación (Hiriart, 2018).

En este estudio se adopta la postura de Restrepo y Jaramillo (2012), quienes destacan la necesidad de un cambio en las conceptualizaciones de salud mental, pero, sobre todo, en la posición política. Desde el paradigma de la antropología médica, se reconoce que lo mental no se limita exclusivamente a lo cerebral o conductual, sino que es crucial considerar el contexto en el que las personas se desenvuelven, sus relaciones y condiciones

socioeconómicas que influyen en su capacidad para ejercer sus derechos. Por lo tanto, las metas del Estado mexicano sobre la salud mental deberían ser contextual y culturalmente ubicadas, reconociendo la diversidad y heterogeneidad de la terminología utilizada en esta categoría, la cual abarca varias disciplinas (Alduenda, Mercado y López, 2009). En otras palabras, cada sociedad y sujeto pueden tener su propia definición de lo que constituye la salud mental, por lo que se requiere una perspectiva pluralista y culturalmente sensible para abordar este tema (Hernández-Paz et al., 2016).

Es necesario reflexionar sobre esas implicaciones éticas, prácticas y aquellos intereses que subyacen a dicho término de salud mental. Por ello, acompañado de estas reflexiones, entiendo que la salud mental va más allá de las nosologías psicológicas y psiquiátricas, caracterizadas por la medición y clasificaciones desde binomios como normalidad-anormalidad. La salud mental sería una manera de representar los modos o posiciones en las que se expresan condiciones; por una parte, estructurales del sujeto como: aspectos socioeconómicos, históricos y culturales; por otra parte, aspectos impredecibles y propios de la contingente particularidad de un sujeto, funcionando, en conjunto como un eje para la estabilidad de la vida diaria. De esta manera, se propondría dejar por un lado esa idea de mejoramiento instrumentalista, de reacondicionamiento que caracteriza la atención a la salud mental biomédica (Hernández-Paz et al., 2016) por ello, esta definición-posicionamiento del autor pretende dejar una apertura al debate, más que una definición que cierre y determine (previamente) lo entendido por salud mental, para evitar caer en aquello que se critica.

Desde esta postura se considera que las *Prácticas Psi* como (Rose, 2019) están orientadas por *representaciones y prácticas*, que responden y promueven estrategias; al mismo tiempo, son fruto de relaciones de poder y experiencias de un sistema de salud, es decir, de una Cultura Organizacional Biomédica (Muñoz, 2021a) o Epidémica heterotópica según la temporalidad estudiada.

### **Iatrogenias de la salud mental**

Analizar las representaciones sociales y prácticas de la salud mental permite un acercamiento a las diversas estrategias desarrolladas dentro de un espacio hospitalario que difícilmente suele ser estudiado en Chiapas. Este fenómeno de protección de las

instituciones públicas ocurre principalmente por temor a la evaluación que significaría una investigación académica como la que el lector tiene en sus manos.

Abordar las representaciones también resulta esencial para identificar las posiciones y suposiciones del personal de la salud mental que conforman tanto la Cultura Organizacional Biomédica como la Cultura Organizacional Epidémica en este ámbito. Además, estas representaciones influyen en la manera en que se atiende, nombra, clasifica, etiqueta y diagnostica la vida cotidiana. Por consiguiente, resulta relevante aplicar el concepto de iatrogenia propuesto por Iván Illich (1975) en su obra *Némesis médica: la expropiación de la salud*, donde cuestiona las estructuras, sistemas e instituciones basadas en aparatos que promueven la alienación, el afán de poder, la dominación y la jerarquía. En dicha obra, Illich hace hincapié en la capacidad del sistema de salud para generar enfermedades, poniendo en entredicho la conocida "iatrogenia".

El término "iatrogenia" no aparece como sustantivo, sino como el adjetivo "iatrogénico", el cual proviene del griego "médico", "geno" que significa "crear" y "ico" que indica "relativo a", y se refiere a cualquier alteración del estado del paciente causado por el médico (RAE, 2001). La definición de iatrogenia se refiere a los daños que pueden ser causados por la práctica médica. Sin embargo, Ivan Illich y otros autores contemporáneos han identificado diferentes tipos de daños que surgen de la atención médica. Illich propuso tres tipos de iatrogenia: clínica, social y estructural. La iatrogenia clínica se refiere a los daños no deseados específicos de la práctica médica, mientras que la iatrogenia social se refiere al impacto de la organización social de la medicina en el ambiente en general, como en el caso de la medicalización. Por último, la iatrogenia cultural se produce cuando las prácticas culturales relacionadas con la medicina biomédica dificultan que las personas enfrenten el dolor, la enfermedad y la muerte (Muñoz y Cortez, 2022).

Se deduce que al igual que el médico, el *Personal Psi* no sólo tiene un impacto en la fisiología del cuerpo, sino también en el mundo emocional de las personas, lo que podría llevar a la generación de iatrogenia (De la Fuente y Heinze, 2017). Por ejemplo, en la actualidad se ha observado un fenómeno de psiquiatrización y psicologización de la vida cotidiana, en el cual las emociones saludables pero desagradables, como la timidez, el fracaso escolar u otros comportamientos que se desvían de la normalidad estadística o

socialmente aceptable, son considerados como problemas mentales que requieren tratamiento (Lobo, 2015).

Una de las maneras en las que se presenta la iatrogenia de salud mental es la hospitalización. Si bien puede ser beneficiosa para algunos pacientes, puede provocar que otros se sientan deshumanizados y experimenten afectaciones emocionales. Este fenómeno no es exclusivo de los hospitales psiquiátricos, sino que puede ocurrir en cualquier tipo de hospitalización y en cualquier momento del proceso. Es importante tener en cuenta que cualquier intervención sanitaria realizada en estas circunstancias, como la prescripción de un antidepresivo o la realización de una psicoterapia breve, también tienen riesgos potenciales. Estos incluyen la medicalización de respuestas emocionales dolorosas, pero que son sanas y adaptativas, o dar falsas esperanzas cuando el tratamiento ofrecido no resolverá el problema social (De la Fuente y Heinze, 2017).

Por otro lado, los psicofármacos actualmente son considerados la solución única y exclusiva para muchos problemas cotidianos, lo que ha llevado a un aumento significativo en su consumo. Se ha adoptado la idea de que una vida plena es aquella en la que no se experimenta sufrimiento, en lugar de una vida en la que seamos capaces de manejarlo de manera efectiva. Además, existe un grave sesgo en la investigación de los psicofármacos, ya que la mayoría de los estudios son financiados por la industria farmacéutica, lo que dificulta una evaluación imparcial de su eficacia y perjuicios. De hecho, se ha descubierto que los psicofármacos pueden causar más daño que beneficio. También se ha demostrado que no corrigen los desequilibrios en los neurotransmisores, sino que los provocan e inducen a estados psicológicos que solo resultan útiles de manera inespecífica en el tratamiento de ciertos síntomas. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico en Salud Mental es un proceso subjetivo que depende de la cultura y del contexto del profesional de la salud (Lobo, 2015).

Existe el riesgo de omitir la complejidad y multidimensionalidad de los factores que influyen en el bienestar y la salud mental. Aunque la literatura sobre este tema reconoce la multiplicidad de factores que afectan el bienestar y la salud mental de las personas y sociedades, incluyendo los factores macroestructurales como los económicos, sociales y culturales (Petersen et al., 2014), la mayoría de los programas se centran en actuar principalmente a nivel microsociales e individuales (Jané-Llopis, 2004).

En síntesis, “la salud mental es un campo asistencial particularmente diverso, mal delimitado, complejo en su conceptualización, heterogéneo en sus prácticas y con efectos difícilmente medibles” (Lobo, 2015: 350). Uno de sus principales desafíos radica en superar el enfoque biomédico que predomina en la promoción y prevención de la salud mental. Según Saraceno (2014), cualquier esfuerzo para cerrar la brecha entre las necesidades y los recursos en salud mental debe ir acompañado de un cambio de paradigma que se aleje de las concepciones biomédicas. De lo contrario, el cierre de la brecha implicará que más personas reciban tratamientos incompletos o inadecuados, especialmente de tipo farmacológico, que tienen un impacto positivo dudoso, salvo para las ganancias de las empresas farmacéuticas.

En consecuencia, este campo requiere de reflexiones críticas (Jané-Llopis, 2004) y la aplicación del concepto de iatrogenia para cuestionar las estrategias de promoción de la salud en el ámbito hospitalario y en las actividades digitales asociadas a la salud mental. No obstante, esta perspectiva no busca generar miedo en cuanto a la posibilidad de perjudicar a los pacientes o mencionar que estos efectos iatrogénicos sean generados voluntaria y objetivamente por el personal de salud. Por el contrario, se busca analizar un tema complejo, subjetivo e indefinido como lo es la salud mental. En este sentido, esta investigación también se enfoca en identificar los factores que generan inseguridades en el diagnóstico psicológico o psiquiátrico, incluso cuando se siguen los protocolos establecidos, como puede ser el caso de la teleasistencia en diferentes áreas del hospital.

Asimismo, se analiza lo que Muñoz y Cortez (2022) califica como iatrogenia pandémica, producida como resultado de la reorganización hospitalaria para hacer frente a las adaptaciones, estabilizaciones e inestabilidades de una pandemia inesperada. La iatrogenia pandémica se refiere a la atención médica inadecuada y deficiente que surge como consecuencia de la priorización del covid-19 en la atención sanitaria. Esta tiene un impacto inmediato en la organización material y simbólica del modelo de atención predominante, así como en las decisiones políticas que priorizan el covid-19 por encima de otras enfermedades. La iatrogenia pandémica en el ámbito de la salud mental se origina a partir de la interacción entre las condiciones estructurales y culturales previas en el sistema de salud, y la nueva necesidad masiva de priorizar la atención médica al covid-19, lo que ha llevado a la suspensión o modificación de las prácticas habituales de atención y a la



adopción de adaptaciones rápidas y complejas destinadas a gestionar el riesgo de exposición y transmisión del virus (Muñoz y Cortez, 2022).

En resumen, los profesionales de la salud mental, incluyendo médicos, psiquiatras y psicólogos, también tienen la capacidad de generar iatrogenia y causar daño en la salud mental del paciente. Esto puede ocurrir en diversas etapas, desde la hospitalización hasta la prescripción de tratamientos inadecuados. Sin embargo, las presiones institucionales o la falta de recursos adecuados son algunos aspectos que llevan a decisiones equivocadas o a tratamientos inapropiados. La importancia de abordar esta cuestión radica en la responsabilidad de los profesionales de reconocer la posibilidad de iatrogenia en su práctica y trabajar activamente para minimizarla.

### **Características del contexto**

El sistema de salud público mexicano está compuesto por varias instituciones y programas que brindan servicios de atención médica a la población. El principal ente gubernamental encargado de la salud en México es la Secretaría de Salud (SSA), que tiene como objetivo coordinar y planificar las políticas de salud del país.

Este sistema se divide en dos sectores: privado y público. El sector público está segmentado en función de la población que atiende: a) trabajadores formales con seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y b) población sin seguridad social, que es la mayoría y es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud Federal (SSA) y de los estados (SESA), e IMSS-Bienestar. Cada uno de estos subsistemas se divide a su vez en tres niveles de atención. El primer nivel está compuesto por unidades médicas ambulatorias que ofrecen servicios de consulta general, los cuales absorben la mayor parte de la atención a pacientes crónicos y son conocidos como "Centros de Salud". El segundo nivel de atención comprende hospitales generales con al menos las siguientes especialidades: cirugía general, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia. El tercer nivel está compuesto por hospitales de especialidad y alta especialidad (Muñoz y Cortez, 2022).

Respecto a la atención de salud mental en México, datos históricos señalan que antes de 1910 era proporcionada principalmente por órdenes religiosas; sin embargo, en ese año se creó el Manicomio General de México "La Castañeda" con el propósito de servir como hospital y asilo para los enfermos mentales de todo el país. Este espacio fue utilizado

de esta manera durante casi 60 años. En 1964, la Dirección de Salud Mental se separó de la Dirección de Neurología y se le otorgó la responsabilidad principal de dirigir el proyecto de atención psiquiátrica hospitalaria, que anteriormente estaba centralizado en el Manicomio General de México. Esto resultó en la creación del "Plan Operación Castañeda", cuyo objetivo era reemplazar el antiguo manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue. Se trasladaron más de 2,000 pacientes del Manicomio a estas nuevas instalaciones y el Manicomio se cerró de manera definitiva en 1968 (SSa, 2021).

En 1997 se creó la Coordinación de Salud Mental, cuyas funciones incluían la supervisión y evaluación de hospitales psiquiátricos, así como la coordinación de tres hospitales especializados y tres centros de salud mental en el Distrito Federal. En el año 2000, esta coordinación cambió su nombre a Servicios de Salud Mental. Para implementar acciones a nivel federal, en 2004 (SSa, OPS y OMS, 2011) se creó el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental, que se encarga de establecer políticas públicas y estrategias nacionales en materia de salud mental, así como de planificar, supervisar y evaluar los servicios en este ámbito (SSa, 2021).

De acuerdo con información actualizada en el año 2022, se dispone de 434 centros de atención para salud mental y adicciones, administrados por la Secretaría de Salud Federal y Estatal, lo que representa una disminución de 8 establecimientos con respecto al año previo. La mayoría de estos espacios corresponden a los *Centros de Atención Primaria de las Adicciones (CAPA)*, con un 77.2% (335); seguidos por los *Centros Integrales de Salud Mental (CISAME)* con un 15% (65) y los hospitales psiquiátricos con un 7.8% (34). La distribución de estos centros es similar en las diferentes regiones del país. Por ejemplo, si se compara el número total de centros de salud mental y adicciones con los 15,637 centros de atención primaria o consulta externa en el país, se estima que solamente el 2.7% brinda atención para salud mental y adicciones. Por su parte, los hospitales psiquiátricos representan el 4.1% de los 816 hospitales del país. Con estas cifras, puede señalarse que la disponibilidad de este tipo de centros de atención es reducida, lo que ha llevado a que la atención se centre en el hospital psiquiátrico, que generalmente se encuentra aislado del resto del sistema de salud (SSa, 2022).

Ahora bien, con información del 2008 la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud (2011) han señalado que la disponibilidad de recursos para la atención de la salud mental y adicciones es

insuficiente; y está mal distribuida en los estados del país. Asimismo, es importante destacar que la Secretaría de Salud Federal como las estatales tienen una baja disposición de recursos y también bajo acceso a los servicios, lo cual se agrava al considerar que estos problemas afectan a una quinta parte de la población mexicana (Ssa, 2022).

En la actualidad, se está considerando la posibilidad de crear una nueva entidad administrativa que una el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). Esta fusión permitiría crear una entidad rectora, normativa y de dirección para la política nacional de salud mental y adicciones. El objetivo es integrar un modelo comunitario de salud mental y adicciones con un enfoque de Atención Primaria en Salud (APS-I) (SSa, 2021).

Por último, es relevante mencionar que a partir del 1 de enero de 2020, mediante un decreto del presidente Andrés Manuel López Obrador, se estableció el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un organismo dependiente de la Secretaría de Salud. El propósito del INSABI es brindar acceso gratuito a servicios de salud de primer y segundo nivel a toda la población. Además, a través del Fondo de Salud para el Bienestar, que es un fideicomiso administrado por el INSABI, también se busca proporcionar atención de salud de tercer nivel (Sovilla y Díaz, 2022). Estas medidas tienen como objetivo garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud en México.

De acuerdo con el Artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud, todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social tienen derecho a recibir de forma gratuita los servicios de salud, medicamentos y otros insumos asociados, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este derecho se debe ejercer sin la necesidad de realizar un proceso de afiliación o renovación de pólizas. Solo es necesario presentarse en un Centro de Salud con la credencial del Instituto Nacional Electoral (INE), la Clave Única de Registro de Población (CURP) o el Acta de Nacimiento (Gobierno de México, 2021).

## **Datos del hospital<sup>24</sup>**

El Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” comienza su construcción el 1 de agosto de 2009, en el Libramiento Norte y Boulevard Centenario del Ejército Mexicano S/N, Las Torres, al norte Oriente de la ciudad capital de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Dicho nosocomio adopta el nombre de un ilustre especialista en pediatría, fundador del Partido de la Revolución Democrática (PRD) en Chiapas, cuya principal contribución a la salud pública de la población chiapaneca fue atraer el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas e Hidratación Oral, promovido en los años ochenta por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, más conocido como Unicef.

Este es un centro de atención hospitalaria de segundo nivel donde se brinda atención médica, quirúrgica y apoyo al diagnóstico. El hospital cuenta con 22 especialidades médicas y 12 especialidades quirúrgicas, así como la enseñanza y formación de diferentes áreas de conocimiento afines al campo de la salud.

Específicamente, un hospital de segundo nivel de atención contempla las especialidades básicas de hospitalización general: Pediatría, Medicina Interna y Cirugía. También, servicios de apoyo al diagnóstico, como pruebas especiales de Laboratorio clínico o Radiología. Estos espacios están constituidos por unidades médicas más complejas donde se atienden problemas que necesitan recursos ausentes en un primer nivel de atención. La característica fundamental de estos centros hospitalarios es que cuenta con área de hospitalización para pacientes y regularmente cuentan con un servicio de urgencias, abierto las 24 horas del día. Asimismo, se les conoce como “hospitales generales”.<sup>25</sup>

El hospital ya citado, forma parte de una Red Estatal de Servicios de Salud conformada por 23 Hospitales Básicos Comunitarios, en una población estatal de 5,647,532 habitantes, perteneciendo a la jurisdicción sanitaria No. 1 a la que corresponden 23 municipios del estado de Chiapas.

---

<sup>24</sup> La mayoría de la información presentada en esta sección se construyó a partir de datos proporcionados por la Jefatura de Planeación y Desarrollo del hospital.

<sup>25</sup> Información obtenida de Servicios Médicos del Derechohabiente, Gobierno del Estado de Sonora: <http://www.isssteson.gob.mx/index.php/subdirecciones/medica/serviciosmedicos> el 22 de marzo de 2022.

El hospital inicia actividades el 12 de noviembre de 2014. Sin embargo, es hasta el mes de febrero del 2015 que se apertura los servicios de Hospitalización y Urgencias, completándose su cartera de servicios. Vale la pena mencionar que gran parte del personal que se incorporó a este nuevo hospital, provino del Hospital Regional ubicado en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Así ocurre con la jefatura de psicología aquí mencionada.

Desde la apertura de los servicios, hasta el 2020, se menciona que el hospital chiapaneco aquí estudiado ha atendido 271 mil 798 consultas externas, siendo la unidad médica de mayor capacidad resolutive en toda la entidad (Secretaría de Salud, 2021b). De acuerdo con la jefatura de psicología del hospital, durante el año de 2019 se atendieron un total de 1615 personas, 1090 mujeres y 526 hombres; en 2020 se tuvieron 619 atenciones, 416 eran mujeres y 203 hombres; en 2021, se atendieron en total 1306 personas las cuales 897 eran mujeres y 409 de sexo masculino. Según información proporcionada por el mismo hospital, en el 2019 el total de personal en la unidad era de 2213; 1943 personas adscritas al hospital, y 267 era personal en formación.

Respecto a la pandemia de Covid-19, el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la declaración de pandemia de covid-19, emergencia sanitaria que movilizó los recursos de la nación. En este contexto, el hospital asumió el papel de unidad de contención y atención de casos diferentes al covid-19, destacando su capacidad diagnóstica y quirúrgica. Además, brindó apoyo logístico, recursos humanos y soporte con servicios generales, como transfusiones y laboratorio, a la *Clínica de atención respiratoria Covid-19 Poliforum* en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.<sup>26</sup>

En atención a la “Guía de continuidad para garantizar los servicios en las unidades médicas de la administración pública federal en la nueva normalidad” versión 1.0, publicada por el Gobierno de México el 21 de septiembre del 2020, se instaló el “Comité hospitalario para la nueva normalidad”. Por lo tanto, el 14 de octubre de 2020 se realizaron acuerdos y recomendaciones que favorecieron el retorno seguro del personal en resguardo, y la consecuente reactivación gradual de los servicios del hospital.

---

<sup>26</sup> Este importante vínculo se examinará a partir del tercer capítulo de esta investigación.

Finalmente, el 13 de enero de 2021 inicia en las instalaciones del hospital la vacunación contra el Covid-19 dirigida a personal de salud; y posteriormente, continúa a la población en general.

# CAPÍTULO II - SALUD MENTAL: ANTES DE LA PANDEMIA

En este capítulo se presentan las principales características y dinámicas de la atención de salud mental (ASM) en un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, previo a la pandemia de covid-19. Se exploran las diferentes prácticas, estrategias y representaciones del personal de psicología y psiquiatría que trabajan en áreas hospitalarias, de urgencias y consulta externa con el objetivo de brindar diversas intervenciones a usuarios externos y personal de salud.

El objetivo principal de este capítulo es analizar desde las representaciones del *Personal Psi* el papel de la salud mental en la Cultura Organizacional Biomédica (COB) de este hospital, previo a la pandemia de covid-19. Primeramente, se describe el surgimiento de la jefatura de psicología y los espacios de las *Prácticas Psi* en la COB del hospital. Posteriormente, se examinan las representaciones del *Personal Psi*, médicos y directivos sobre el propósito y destinatarios de la atención en salud mental, así como los objetivos y demandas que se plantean a estas prácticas. Este capítulo también aborda las relaciones de poder que surgen en la Cultura Organizacional Biomédica y los dilemas institucionales propios de un espacio jerárquico.

## **Prácticas Psi de un hospital de segundo nivel**

La coordinación de psicología es la encargada de facilitar el trabajo de las 17 psicólogas y psicólogos adscritos en los diferentes servicios del hospital; 4 en el turno de fin de semana, 9 en el turno matutino, 3 en el turno vespertino y una psicóloga en el “turno nocturno B.”<sup>27</sup> El personal de psicología se distribuye en servicios del hospital como Consulta externa, psicología laboral o aquellos que corresponden a hospitalización; por ejemplo, Medicina Interna, traumatología, pediatría y las diferentes áreas de Urgencias, etc. Por su parte, la única psiquiatra del hospital, que se integra a este espacio en el 2019, atiende en el consultorio 4 de consulta externa y está adscrita a Medicina Interna.

---

<sup>27</sup> Información obtenida el 20 de enero de 2022 directamente de la jefatura de psicología. Sin embargo, la dinámica durante el trabajo de campo era diferente, pues al menos había dos personas en el turno nocturno. Una de ellas comentó que en el mes de enero de 2022 se incorporaría al turno vespertino.

Esta jefatura ubicada en la primera planta del hospital organiza las adjudicaciones del personal hechas por oficinas centrales de Secretaría de Salud del Estado, de acuerdo con las capacidades académicas y antecedentes laborales de las y los psicólogos. Desde este lugar, se resuelven principalmente asuntos administrativos; por ejemplo, se aportan formatos de historias clínicas y notas de evolución, según las necesidades o dinámicas.

Es relevante la reciente creación de dicha jefatura. Desde su conformación en el 2015, después de su salida del Hospital Regional, el servicio tuvo que adecuarse y comenzar la planeación del área y sus manuales de operación:

Fíjate que el servicio de psicología en sí no existió hasta hace como seis años... seis o siete años [...] porque todos estábamos en el hospital Pascasio que ya luego se divide y se queda únicamente ginecología y este... —¿cómo se llama? — y neonatología. Y todos los demás servicios se vienen para acá al hospital; entonces en los inicios, había dos: un psicólogo en fin de semana; por ejemplo, había uno y creo que eran dos nada más del lunes a viernes. [...] Justamente en el periodo en que fue director el Dr. \*. Este doctor como que le daba un poquito más de cabida y le da la importancia que tiene el servicio de Psicología; entonces es cuando ingresa más personal, ingresan varios chicos y ya hubo la necesidad entonces de constituir el servicio (Coordinación de la Jefatura de psicología, 20/09/2021)

Cuando la actual coordinadora de la jefatura de psicología se incorpora al hospital, el entonces director del nosocomio le señala su interés en que ella trabaje exclusivamente con los prestadores de servicio del hospital. Es decir, gracias a esta gestión fue más fácil que el personal de psicología tuviera participaciones más cercanas al gremio médico y en general.

### **Interconsultas**

La creación de una jefatura de psicología tenía que lograr, principalmente, la convicción y apoyo del gremio médico. Por ello, la inscripción de esta jefatura ordena y “defiende” la postura de la salud mental dentro de la Cultura Organizacional Biomédica:

Pues fíjate, Mario, que con esto de ya tener constituida la coordinación de psicología, como tal, esto ha permitido que, para empezar, que defendamos un poquito nuestro lugar. Porque el gremio médico es muy excluyente. De hecho, escuché alguna vez alguna frase despectiva: “ya le dije al paciente que no tiene nada, que vaya allá a perder su tiempo, allá en psicología que lo oigan” ¿no? “que se vaya a molestar a otro lado”. Desafortunadamente, fíjate que en la carga académica (por llamarlo así) de la carrera de Medicina, se habla poco o nada acerca de la psicología. De hecho, pues ahorita mi hija está estudiando Medicina. Cuando llegó su clase de *Psicología Médica* dije: “¡Ay, Dios mío! ¿eso es lo que les enseñan? Pues con razón, ¿no?” Entonces, no... Como que no tienen muy bien definido cuál es la labor, pero bueno... (Coordinación de la Jefatura de psicología, 20/09/2021)



Considerar la relación del gremio médico con las prácticas y estrategias del personal de psicología y psiquiatría, es relevante porque aquellas y aquellos adjudicados a la atención de la salud mental se organizan y actúan gracias a la intervención y evaluación del médico adscrito, único aval legal que justifica la intervención a un paciente hospitalizado o de urgencias. Estas actividades se realizan a través de un formato denominado “interconsulta”. Aunque cualquier tipo de profesional del área médica puede brindar comentarios al psicólogo o psiquiatra respecto a la salud del paciente, solamente el médico adscrito es aquel que tiene la facultad legal de solicitar una interconsulta. Esta solicitud de intervención psicológica o psiquiátrica se demanda a propósito de lo que las y los médicos observan, evalúan, diagnostican en un paciente durante su estancia hospitalaria. Así lo describe el jefe de Medicina Interna del hospital:

La intervención con los pacientes básicamente se realiza mediante una interconsulta. Entonces el médico responsable, o el médico que está a cargo del paciente detecta algún comportamiento que requiere evaluación psiquiátrica o que requiere la intervención de psicología. Entonces, genera una interconsulta y se lleva con el área encargada; ya sea el psicólogo o el psiquiatra, para que el psicólogo tenga el primer acercamiento con el paciente. De alguna otra manera el área de enfermería es quien también detecta algunas, eh... alteraciones y ya se comunica con el área de psicología, para que tenga una intervención directa con los pacientes o con los familiares de los pacientes. (Coordinación de Medicina Interna, 21/10/21)

En el formato de interconsulta se describen los síntomas y signos propios de un probable diagnóstico. Excluyendo a Psicología Laboral, las heterogéneas acciones del *Personal Psi* se ven obligatoriamente determinadas por *interconsultas*. No obstante, el gremio de psicología y psiquiatría también “produce” interconsultas a través de visitas médicas en el área de hospitalización a los pacientes. Por ejemplo, en el área de Medicina Interna, antes de la pandemia de covid-19, era usual realizar la “visita médica” diaria:

Haz de cuenta: todos pasábamos como en bola<sup>28</sup> (*risas*) por así decirlo... (*risas*) (no encuentro otra palabra) con el expediente y el médico adscrito o el residente, te daban un relato de hechos de cómo se encontraba al paciente; qué tipos de estudios tenían pendientes; cómo iba avanzando en su tratamiento o qué más complicaciones habían surgido. Entonces, para que, en base a eso, todos manejáramos la misma información y se le pudiera realizar un trabajo más amplio o más en conjunto. Entonces, ahí era mucho más fácil obtener las “interconsultas” le llamamos nosotros. La solicitud del médico a psicología para la atención al paciente. Porque pues ahí sí (*visitas médicas*) era como que muy notorio cuando el paciente no quería comer y no era necesariamente por su patología, sino por la estancia hospitalaria ¿no? por algún tipo de estrés que llegara a desarrollar. Entonces ya se le hacía mención al médico y en ese momento te realizaban la interconsulta. (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21)

---

<sup>28</sup> Grupo o conjunto de personas.

[...] pues yo creo que todo lo que estamos haciendo ahorita va de la mano, ¿no? o sea, atender a los pisos, los pacientitos que están internados. Se les pasa visita, que es para mí —en lo personal— muy importante. Por ejemplo, acá tienen su piso, tiene una hora de pasar visita. Entonces vas en cada cama preguntando: “Buenos días, ¿cómo está? ¿cómo amaneció?” Y si ya notamos algo ahí en el paciente (como extraño) más decaído, no contesta, algo; entonces ya nosotros de psicólogos generamos la interconsulta a los médicos. Eso para mí es super importante, porque él está usando una atención directa al paciente, y no nada más estás yendo a preguntar con los médicos de: “¿cómo vio al paciente?” (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 20/11/21)

Previo a la pandemia de covid-19 el personal de psicología conformaba la visita médica, añadiendo comentarios que servían para identificar cuando una persona necesita atención psicológica durante la hospitalización y consultas subsecuentes en Consulta Externa. La dinámica se resume de la siguiente manera:

Entonces es como que la población a la que yo atiendo, únicamente se les da el seguimiento o la atención durante la estancia hospitalaria, saliendo de la estancia hospitalaria; a menos que se requiera el seguimiento, yo ya los canalizo a la consulta externa con los compañeros psicólogos. Si son pacientes que no requieren el seguimiento y nada más será el abordaje o la contención durante la estancia hospitalaria, pues únicamente le doy el seguimiento yo, durante su permanencia. (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21)

En el caso de psiquiatría, esta profesional de la salud mental se encuentra adscrita al servicio de Medicina Interna. Desde este espacio atiende todas esas interconsultas que soliciten los especialistas de diferentes áreas del hospital; por ejemplo, las valoraciones psiquiátricas. Asimismo, atiende en el cubículo 4 de consulta externa, espacio donde también realiza valoraciones psiquiátricas de carácter legal, por ello, los miércoles se ve a policías resguardar la sala de consulta externa del nosocomio

Este médico psiquiatra se incorpora al hospital en el 2019. Previo a esta inscripción, el personal de psiquiatría de la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín”, ubicado al sur de Tuxtla Gutiérrez, se encargaba de atender dichas necesidades de atención en el hospital. Actualmente, según las palabras de la psiquiatra, las principales actividades clínicas desarrolladas en este hospital general se denominan “psiquiatría de enlace”:

[...] sí es un trabajo diferente al hospital psiquiátrico. Evidentemente los pacientes con una... con alguna enfermedad mental, y que también cursan por alguna enfermedad física; por ejemplo, un esquizofrénico que también es diabético (por decirlo de alguna manera). Entonces, esto va cambiando, pero depende mucho del área, de la institución hospitalaria. En otros hospitales sí era como separarlo: salud mental, estando la figura del psiquiatra y ser como algo que no estaba unido o no era parte de algún servicio médico. Cuando llegué aquí al hospital realmente se asume la parte médica como tal de la psiquiatría, y entonces me asignan directamente al servicio de Medicina Interna. Es como ver esta parte médica de la psiquiatría. (Psiquiatra, 22/12/21)

Es importante destacar que tanto el gremio de psicología y la especialista en psiquiatría evitan intervenir a un paciente sin una interconsulta girada por un médico. Es

importante destacar que un paciente no debe recibir intervenciones sin la evaluación y aprobación legal de un médico. En otras palabras, en la Cultura Organizacional Biomédica (COB) de este hospital es sumamente importante que el primer filtro de atención psicológica o psiquiátrica sea un médico.

Y si yo paso a valorar al paciente, sin una interconsulta, sino porque enfermería me dijo (porque a veces así se trabaja también) el médico no te lo solicita, pero enfermería te dice: "sí hay demanda para que la psicóloga pase con la paciente" entonces ya paso, observo realmente que sí es... Signos de estrés o de ansiedad exacerbados por la estancia hospitalaria, y ya se le comenta al médico si quiere la valoración o el seguimiento por psicología [...] si no te hacen la interconsulta; por lo regular en mi caso yo no los paso a ver, porque por cada atención que uno hace se tiene que dejar una nota en el expediente, y el expediente también en algún momento puede ser una documentación legal. Entonces, si no hay interconsulta (*risas*) y pones algún diagnóstico o algo, pues dicen: "¿quién te solicitó la intervención?" Entonces sí puede ser como algo riesgoso. (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21)

En caso de no realizar interconsultas para el personal de psicología existe la posibilidad de interactuar con familiares o cuidadores de los y las pacientes, bajo una estrategia denominada "psicoeducación":

[...] en mi caso no es meterme en una terminología médica, porque realmente en lugar de orientar al paciente lo puedo mal encaminar (por así decir), pero sí hacerle mención de la importancia de mantener una adherencia al tratamiento médico, y a las sesiones psicoterapéuticas, tal vez no psicología de hospitalización, pero sí eso se maneja en conjunto con los psicólogos de consulta externa. Entonces orientarlos en eso, de acuerdo a los cursos que hemos llevado es orientarlos también a los riesgos de contagio que ellos pudieran tener para con las otras personas. Entonces más que nada a eso va como encaminado, la *psicoeducación*. Y claro, va determinado del diagnóstico de cada paciente. Entonces si es un paciente con diabetes, también trabajas un poquito (sin meternos en las otras áreas), pero sí recalcar la importancia de seguir las indicaciones de nutrición, del médico tratante, para no descompensarse la glucosa. Más que nada en eso y pues todo lo preventivo para disminuir algún síntoma de algún trastorno adaptativo, dependiendo del [...] del diagnóstico... (Psicóloga de Medicina Interna, 05/10/21)

Ahora bien, la atención a la salud mental biomédica corre el riesgo de generar efectos iatrogénicos al exigir "adherencia al tratamiento" sin considerar los determinantes sociales (DSS).<sup>29</sup> Los tratamientos biomédicos para la salud mental a menudo se centran en la prescripción de medicamentos psiquiátricos y la psicoterapia individualizada, sin tener en cuenta los factores sociales y culturales que contribuyen a los problemas de salud mental de los pacientes. Este enfoque puede llevar a la iatrogenia (Illich, 1975) al surgir efectos

---

<sup>29</sup> La Organización Mundial de la Salud, define como determinantes sociales de la salud (DSS) a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo una amplia gama de factores y sistemas que influyen en las condiciones de vida diarias. Estos factores y sistemas pueden incluir políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones varían significativamente entre los diferentes subgrupos de la población, lo que puede dar lugar a diferencias en los resultados de salud (OPS, s/f).

secundarios negativos de los medicamentos o cuando la terapia aborda el tratamiento solamente desde las preconcepciones del personal de salud. Por otro lado, aunque es importante tener en cuenta los DSS de la salud mental, esto no significa que la atención biomédica deba descartarse por completo. La atención médica y psicológica son complementarias. Estos enfoques son necesarios para proporcionar una atención integral a la complejidad de los problemas de salud mental que afectan a las personas. Sin embargo, para reducir la iatrogenia en estos ámbitos de la salud pública es forzoso considerar aquellos factores sociales, culturales y ambientales que influyen en los malestares y representaciones de bienestar del paciente y del profesional de salud, pues este último mediante sus interpretaciones (pertenecientes a una Cultura Organizacional Biomédica) determina, a través del diagnóstico.

### **Espacios para la salud mental**

Las actividades realizadas en este espacio hospitalario están medidas por una bitácora que estadísticamente se denomina “productividad”.<sup>30</sup> Como una alternativa a las necesidades presentadas en la atención *Psi* en el área de hospitalización, es necesario buscar espacios de atención en camas vacías o en pasillos. Es una práctica constante que las camas desocupadas se utilicen como “consultorios” cuando se brinda atención a familiares de pacientes internados. Por ejemplo, Medicina Interna está dividida por salas,<sup>31</sup> y en cada sala hay 3 camas separadas entre sí por cortinas que van desde el techo hasta el piso.

Mientras una atención sucede en hospitalización, en “piso”, a pie de cama, frecuentemente se realiza junto a personal de enfermería o demás profesionales de la salud. Estos últimos podrían atender al mismo paciente hospitalizado o el que se encuentra en alguna cama vecina. Estas “interferencias” obstaculizan que se escuchen claramente las voces del paciente o el psicólogo/a que realiza la entrevista clínica. Es decir, son espacios donde los diferentes profesionales de la salud interactúan entre sí, directa o indirectamente.

---

<sup>30</sup> Este es un registro mensual que resume y concentra todas las actividades realizadas por el *Personal Psi*. Es finalmente recolectado por la coordinadora de la Jefatura de Psicología. Lo anterior, conlleva una importancia a nivel estadístico, administrativo, y también la que cada una y cada uno de los colaboradores le aplica. Este tipo de actividades registra las intervenciones (interconsultas, psicoeducaciones) hechas por primera vez o de manera subsecuente a pacientes, cuidadores y/o familiares, dependiendo del caso.

<sup>31</sup> En la penúltima semana de trabajo de campo, se aperturaron 43 camas en el área de Medicina Interna, generando un total de 63 *camas*.

[...] a veces es medio complicado porque... estoy con el paciente, trabajando y enfermería: “le vamos a sacar sangre y le vamos a...” y a veces como que digo: “Bueno, voy a seguir aunque le estén sacando sangre”. Pero enfermería, o sea, platica cosas [...] y tengo que decir: “bueno, ahorita que termine enfermería regreso” Y es como tiempo intermitente. Creo que en psicología tenemos esa medio facilidad de ir y venir, regresar y así [...] (Psicóloga de Pediatría, 06/10/21)

La privacidad influye mucho porque cuando atendemos en piso el paciente no está completamente aislado, entonces siempre hay distractores... entran otras personas o los mismos médicos y enfermeras o el paciente de al lado puede a veces estar escuchando... puede tener tos o puede... otro tipo de sonidos ¿no? todo eso son distractores. Ahora, aparte la confianza de sentirse solo para poder externarlo, sobre todo sus pensamientos o sus emociones a veces se ven coartadas, pues no hay ese espacio adecuado y eso es limitante. A veces estamos en la entrevista, estamos hablando con el paciente y no falta quien llegue. Entonces se interrumpe. A veces están empezando a hablar, a abrirse y de repente llega alguien y ya como que se corta, y cuesta para que ellos vuelvan a retomar [...] Por ejemplo a veces estamos en la entrevista, en la conversación, y a veces llega algún enfermero, o llega el nutriólogo o llega el rehabilitador o alguna otra persona que anda buscando a su paciente y no encuentra el número de cama, pues genera la interrupción. No es lo mismo trabajar acá, en un consultorio, en privado, donde el paciente tiene toda la libertad para poder expresarse. (Psicóloga de Medicina del dolor y cuidados paliativos, 21-11-21)

Según los hallazgos, todo el *Personal Psi* de hospitalización está en estas mismas condiciones al brindar atenciones a la salud mental. No hay un espacio establecido y privado; es en los pasillos donde se charla con los familiares. Lo anterior, no es lo “ideal, pero no hay donde trabajar” (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21). En cambio, el *Personal Psi* que tiene espacios asignados para brindar atenciones individuales o grupales es el que está en Consulta externa, Psicología Laboral y quienes pertenecen a Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.<sup>32</sup>

Por otra parte, se considera que la falta de espacios físicos limita en la atención al personal de salud, es decir, que alguien vea quien está siendo atendido no es grato para el consultante que también forma parte del hospital. En esto concuerda la psicóloga adscrita al área de pediatría, cuando señala que “no hay un espacio digno para tratar a los padres o familiares” (Psicóloga de Pediatría, 15/09/21) o sea, se les atiende en los pasillos o en la cuna de los niños, donde “[...] siempre hay alguien [...] está enfermería interrumpiendo o está el familiar de al lado bien pendiente de lo que se está hablando”.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> En el turno matutino se encuentra un psicólogo en el Centro especializado para la atención de violencia hacia la mujer Violencia, el cual tiene un cubículo asignado. Este mismo espacio es utilizado por el personal de Turno nocturno. Estos últimos utilizan el cubículo para atender, comer o descansar.

<sup>33</sup> Durante el trabajo de campo se acompañó a una psicóloga durante sus actividades en hospitalización. Recibió una interconsulta y se dirigió directamente a la cama del paciente. Este último se encontraba solo. Mientras la psicóloga comenzaba a hacerle preguntas sobre cómo se encontraba y si recordaba en donde estaba, los ruidos de aparatos obstaculizaban el sonido de las palabras. Hay que añadir que el cubrebocas

Otra perspectiva manifiesta que la exigencia de un consultorio o de un espacio privado pasa a un segundo plano cuando el paciente necesita la atención en el espacio hospitalario. Si el paciente necesita atención no importa que al lado este otro paciente o familiar. Si bien, este último psicólogo de Cuidados Intensivos plantea que le gustaría tener un área adecuada para brindar atenciones, menciona que es necesario ajustarse y buscar el pasillo menos transitado, donde el paciente no se distraiga fácilmente.<sup>34</sup>

### **Turno nocturno**

Durante el transcurso de la investigación el personal de salud mencionó repetidamente que existen diversas realidades dentro del espacio hospitalario, lo cual coincide con lo observado por Payá y Bracamonte (2019), quienes indican que el hospital experimenta cambios en su dinámica según los horarios, turnos y días del año. Respecto a este hospital general de Chiapas, se observó que el personal de psicología del turno nocturno no asigna sus atenciones sólo a una zona específica del hospital. Durante este turno<sup>35</sup>, solamente hay un miembro de psicología asignado para toda la institución. La dinámica consiste en recibir interconsultas de cualquier servicio de Hospitalización o Urgencias. También, atiende al personal de la institución, asemejando labores que corresponden al área de Psicología Laboral, esta última, ausente durante este turno y el vespertino.

Yo como estoy en el servicio, perdón, en el turno nocturno, pues yo me encargo más que todo de las urgencias que puedan surgir durante la noche. En este caso, pues a veces vienen pacientes con intentos de suicidio y... pues me toca atenderlos. A cualquier hora que se presenten. También... pues estar en piso, atender la demanda de [...] cualquier paciente que tenga una necesidad de atención psicológica. Y dar pláticas, damos pláticas [...] acerca de... cualquier cosa, ¿no? Que puede interesar al paciente o al personal y también le doy atención psicológica al personal, terapia. (Psicóloga de Turno nocturno "A", 27/09/21)

---

disminuyó el sonido de la voz de la psicóloga. Mientras ella hablaba, dos médicas revisaban a pie de cama la información de muestras de sangre; y al mismo tiempo, conversaban otros temas con tono de voz alto. A dicha conversación se sumó un camillero que por equivocación llegó a esta cama y se rio con las médicas. Cuando estos finalmente se retiraron, la psicóloga decidió rodear la cama con las cortinas para crear "más privacidad" donde sólo pudiera interactuar ella con el paciente. Esto es solo un fragmento de la atención a la salud mental en "piso", es decir, en hospitalización.

<sup>34</sup> Este tipo de estrategias también fueron utilizadas para realizar las entrevistas de esta investigación. Es decir, se buscaban espacios poco transitados del hospital, por ejemplo, la capilla o salas de espera vacías.

<sup>35</sup> Se entrevistaron a dos psicólogas que forman parte del turno nocturno A (Lunes, Miércoles y Viernes) y Turno nocturno B (Martes, jueves y sábado) respectivamente. Su jornada laboral empieza a las 20:00 hrs y culmina a las 8:00 hrs.

## Consulta externa

En el caso de psiquiatría las actividades de consulta externa se producen en aquellos pacientes que necesitan el seguimiento posterior a su estancia hospitalaria; también, aquellos referidos por un centro de salud. A estos pacientes se capta y se les da atenciones programadas en la consulta externa. Los usuarios cuando llegan a consulta externa entregan su carnet en alguna de las dos “islas” de enfermería de este espacio. En dicho carnet se indica fecha, hora y con quién va a asistir a la atención. Con esta información el servicio de archivos (área que resguarda los expedientes de las y los usuarios) traslada los documentos a consulta externa; ahí, el personal de enfermería los recibe. Posteriormente, las y los usuarios serán llamados en voz alta por el personal de enfermería cuando sea el momento de ser atendidos. Antes de ingresar a sus consultas, se les mide el peso, checa la presión arterial, temperatura y talla.

En relación con la atención de salud mental, uno de los objetivos primordiales del servicio de consulta externa, es que el paciente ya no vuelva a ser internado, es decir, se busca un “apego al tratamiento”; que al mismo tiempo ejemplifica los objetivos de las *Prácticas Psi* en esta COB. Así lo señala una psicóloga adscrita a esta área del hospital:

[...] lo que yo he visto, por ejemplo, acá en consulta externa, es de que el paciente ya no vuelva a ser internado, o sea se maneja esta parte de que el paciente sea disciplinado. Acá se le llama: “apego al tratamiento”. [...] Que es la parte que se está manejando, de ver que el paciente sí maneje un apego al tratamiento para evitar que nuevamente acuda o se vea obligado por condición física volverse a internar. Y que afuera tenga... que busque una... se adapte y busque una calidad de vida. (Psicóloga de consulta externa y Traumatología, 14/09/21)

Según *Personal Psi* la subsecuencia de las y los pacientes de consulta externa se ve intervenida por diversos factores. Estas representaciones demuestran cómo se caracteriza a la población que se atiende en este espacio de salud, según las experiencias de atención a la salud mental. El primer punto relevante es la lejanía o el lugar donde residen los usuarios/as, esto influye directamente al evaluar la posibilidad de acceso o continuidad en sus consultas. Otro aspecto relevante es el motivo de consulta.

[...] a veces hay pacientes que sí requieren el seguimiento psicológico, pero viven en algunas comunidades y pues dicen: “ay sí, hay un centro de salud, pero no sé si hay psicólogo”. Entonces pues es muy difícil que si viven muy lejos, vayan a venir. Los pacientes desgraciadamente lo ven así: de venir solamente a psicología. O sea, si tuvieran una fractura, van a venir solamente con el Trauma; y para ellos venir otro día implica otro gasto muy fuerte. Entonces prefieren venir con el Trauma. Y en algunas ocasiones, o sea, cuando se puede, se trata que la consulta quede el mismo día, diferente hora, para que no choque, pero es muy complicado [...] o sea son muchas trabas que

al final de cuentas pues a veces se queda luego sin el seguimiento. (Psicóloga de Pediatría, 18/11/21)

Desde las representaciones del personal de salud entrevistado, se encuentra que la población atendida tiene una baja tasa de retorno a sus consultas posteriores. Las y los usuarios no consideran necesario volver al hospital solamente por una sesión de consulta externa del área de Psicología, ya que eso implica un gasto económico por el traslado al hospital. Conviene destacar que dan mayor prioridad a otro tipo de consultas, aquellas que se vinculan médicamente en el tratamiento de sus afectaciones. Otros de los factores que influyen en la continuación de la atención a la salud mental, según las representaciones del personal entrevistado, es el poco interés por el tratamiento, desconocimiento de las actividades clínicas, lejanía al hospital; en caso de tener hijos, es difícil dejarlos/as solos; también, es común que ante la mínima mejoría las y los usuarios decidan no continuar; por último, se reconoce que el trabajo desempeñado por el psicólogo/a no provoca el interés suficiente para continuar asistiendo a las atenciones de consulta externa.

Bueno, que también habría que suponer cuál es el papel que hace el terapeuta porque igual y si no es tan bueno, podríamos suponer (o es muy deficiente). La persona dice: “bueno, pero pues qué caso tiene que vaya, si eso que me dijo él, pues... o lo que hablamos, lo pude hablar con cualquiera”. Pensando que también hay una propia devaluación del papel del psicólogo, del profesional, porque por un lado puede ser eso de que la gente con sus carencias económicas, del tiempo y responsabilidades y la poca aceptación que haya hacia la psicología o la poca, eh... Importancia que se le puede dar, también es posible que el propio psicólogo también sea parte de esa devaluación de la profesión y lo haga de tal manera que no parezca como algo relevante, entonces la gente dice: “ O sea, me dijo cosas que igual había pensado, entonces no tiene mayor sentido hacer el esfuerzo de ir, pa qué voy”. Entonces podría ser también algo de eso. (Psicólogo del Centro especializado para la atención de violencia hacia la mujer, 18/10/21)

Mario: ¿usted a qué atribuye que una persona sí pueda continuar atendiendo su salud mental? ¿que se tiene que tomar en cuenta?

Psig: La conciencia de la misma enfermedad y de lo que es la atención a la salud mental. No verla como algo estigmatizado, sobre todo la atención psiquiátrica. Porque todavía siguen pensando que somos locos, que vemos por locos y que lo primero que vamos a dar son medicamentos, y que tenemos a todo el mundo sedado o drogado, el problema es que no nos llegan oportunamente. Primero pasan por diferentes tipos de atención, y obviamente nosotros recibimos un paciente donde los síntomas están complicados, entonces queramos o no, tienes que medicar en la mayoría de los casos. Creo que sería diferente si el paciente acudiera de manera oportuna, probablemente diera la oportunidad de que no se utilizara ningún psicofármaco, y con la psicoterapia pudiera mejorar. (Psiquiatra, 22/12/21)

Si bien para la Coordinación Estatal de Salud Mental no existe un número exacto de atención diaria en consulta externa, la coordinadora de la jefatura de psicología reporta que



previo a la pandemia las y los psicólogos de esta área deberían atender diariamente a 4 pacientes subsecuentes, 2 pacientes de primera vez; y un espacio libre para atender alguna urgencia, como los casos que se refieren de Fiscalía. Es interesante este vínculo que el hospital mantiene con la Fiscalía del Estado. Por ejemplo, estos pacientes serían “prioritarios” porque llevan un proceso jurídico; desde violencias por patria potestad; hasta la atención de niños por el proceso de separación de sus padres. Mismo caso, en el *Servicio especializado para la atención integral de las mujeres*, donde se atienden casos de mujeres (mayores de 15 años) referidas por la Fiscalía. Además, los miércoles la consulta externa de psiquiatría, se dedica a evaluar personas privadas de su libertad.

### **Urgencias**

Generalmente el área de Urgencias se describe de “difícil manejo”. Respecto a la atención brindada por psicología, esta se da en sillas ubicadas en los pasillos, de nuevo, no hay espacios propios para el personal de salud de este gremio. Asimismo, esta área del hospital se narra como “estresante”, impredecible y determinado por “una ruta crítica”.

[...] por el número de pacientes que llega [...] si hay un área en la que a veces está al 200% de su capacidad es Urgencias. (*risas*) Urgencias médicas. [...] no solamente del shock físico, sino del shock emocional, los familiares, el deceso de los pacientes. (Coordinación de la Jefatura de psicología, 06/12/21)

“Lo prioritario es atendido y lo secundario puede esperar” (Payá y Bracamonte, 2019: 35). Según una prestadora de servicio social de la jefatura de psicología, el área de Urgencias es un área “movida”, la gente está corriendo de un lado para otro y del que también se exige que estés haciendo algo; de lo contrario, puedes sentirte incómodo por no contribuir.<sup>36</sup>

## **Hospitalización y salud mental**

### **¿Por qué la atención a la salud mental?**

Hay una parte del personal de psicología que promueve la atención de salud mental a toda persona hospitalizada. No obstante, como ya se mencionó, hay quienes consideran que las interconsultas deben ser giradas si lo cree necesario el gremio médico en turno. Por ejemplo, en el área de Medicina Interna, se realiza una atención o valoración psicológica a los usuarios cuando el médico lo solicita; en caso de no “girarse” interconsultas, se brindan

---

<sup>36</sup> Comentario obtenido de una conversación con una prestadora de servicio social que estuvo un mes en el área de urgencias apoyando en las entrevistas clínicas que realiza el psicólogo adscrito de esta área.

psicoeducaciones. Aunque regularmente, el psicólogo/a tiene la oportunidad de indagar si hay alguna interconsulta sin atender en su servicio.

Si bien es cierto que las interconsultas también son consideradas como una forma en que psicología se beneficia en una productividad estadística para cumplir los fines institucionales; por otro lado, la búsqueda de interconsultas y de productividad se debería a que las intervenciones son necesarias cuando se detecta un paciente hospitalizado, sin importar su gravedad. Muchas veces, simplemente con explicarle y dar la oportunidad al paciente de decir lo que sea, por más absurdo que parezca, surge tranquilidad en este. Entonces, desde esta perspectiva, los pacientes hospitalizados necesitan atención psicológica durante su estancia, pues diferentes aspectos se ven implicados.

Por ejemplo, todos los pacientes aunque estén como que un día, que lleguen así (pues yo estoy en pediatría, entonces no sé si por eso lo veo así) [...] la mamá está asustada, nerviosa, está triste, está enojada, o sea pasan todas las emociones en un ratito. Y ya que lo estabilizan, o sea se calman, pero están con las emociones al 1000. Y ya luego [...] esta experiencia marcó algo. [...] Se puede llevar algo positivo, a llevarse sólo las emociones así, o sea, como que reestructurarlas: “Esto qué pasó es un accidente, hay que tener más cuidado” [...] Cuando hay niños con quemaduras: “hay que estar alertas dónde cocinar”; que ya se vayan con una sugerencia... algún cambio o algo, porque sí siento que el estrés que se genera cuando alguien viene al hospital, es mucho. (Psicóloga de Pediatría, 18/10/21)

Por su parte, desde Medicina Interna se comenta lo siguiente:

Creo que todo paciente que está hospitalizado requiere la atención psicológica, independientemente si el médico valora o no la interconsulta [...] creo que todos deberían pasar por una valoración psicológica o al menos el acompañamiento psicológico, porque simplemente con un solo día (o una hora o dos horas de estar hospitalizado) ya te genera estrés de tener preocupaciones, ya te generó ideas catastróficas en relación a tu diagnóstico o tratamiento, y desde una primera intervención yo creo que son síntomas que se podrían disminuir y que podrían favorecer a un apego al tratamiento terapéutico dentro del área médica. (Psicóloga de Medicina Interna, 16/12/21)

Al hablar de hospitalización es necesario tener en cuenta que, aunque es esencial en casos de emergencia para proporcionar atención especializada y seguimiento cercano para garantizar la seguridad del paciente, a menudo tiene efectos iatrogénicos en la salud mental de los pacientes. La hospitalización suele generar síntomas calificados como estrés, ansiedad, depresión, y resultar en una experiencia traumática, especialmente para aquellos que necesitan tratamiento intensivo y se encuentran en condiciones graves. Además, la atención biomédica derivada de la hospitalización suele centrarse en la resolución de los síntomas físicos, sin prestar suficiente atención a los aspectos emocionales y psicológicos del paciente.

Entre las situaciones que alteran la estabilidad de los pacientes en las áreas de hospitalización, además de su estado de salud, destaca el prolongado tiempo de internamiento en estas áreas. De acuerdo con las entrevistas realizadas, el tiempo prolongado que los pacientes pasan en el hospital genera que se aíslen del mundo externo al hospital, creando preocupaciones por lo que sucede con sus seres queridos, familiares o conocidos. Hay que recordar que el hospital investigado es el hospital público más grande de Tuxtla Gutiérrez, y que atiende a personas sin derechohabencia, es decir, población que no cuenta con derecho a servicio médico en el IMSS, ISSSTE o PEMEX, y que por sus características económicas no puede utilizar servicios de salud privados. Por lo tanto, el personal que atiende desde el área de Psicología menciona que encontrarse con este tipo de pacientes lleva a cuestionar las representaciones que las y los médicos tienen sobre las necesidades del paciente:

Es que obviamente sí se ve comprometido el área emocional, pero mucho también de este factor es el recurso económico. Porque a veces son pacientes con un recurso muy limitado, aunque el paciente quiera llevar el tratamiento no puede, no tiene como costearlo. Y tener la presión del médico que te esté diciendo: “es que lo necesitas, lo necesitas, si no te dializas, si no te hemodializas al rato vas a estar hospitalizado otra vez”; y sobre todo, decir: “pasa con el paciente porque no tiene un apego a su tratamiento”. Entonces dices: “¡No manches!” no es que el paciente no tenga un apego al tratamiento, simplemente no tienen dinero, y el paciente no lo está pensando a una toma de decisión de ahorita, también está pensando en el futuro: “tal vez ahora tengo para costearlo, pero más adelante no voy a tener para costearlo”. Y sí, son discursos que te toca escuchar de: “no quiero dejar a mis hijos sin casa, no los quiero dejar con deudas con un tratamiento que nada más voy a poder costear un mes o dos meses, mejor déjame ir a morir a mi casa”. Entonces dices: “no, no, no manches, no es así”. Sí es impactante, y yo creo que es lo que más influye en la toma de decisión de un paciente; y derivado de eso, pues ya vienen fluctuaciones en el estado anímico [...]

A veces el paciente quiere, sí le está echando ganas, y quiere salir de su cuadro clínico, pero no tienen recursos o no tiene una red de apoyo que lo pueda ayudar en su momento. Entonces dices: “bueno, por más intervenciones psicológicas que tú hagas, el paciente no va a mejorar.” Ni siquiera emocionalmente. Entonces... porque ¿cómo le dices?: “sí señor usted va a seguir con su diagnóstico y sin tratamiento, tiene que aceptar de manera feliz que el final va a ser feo”. (Psicóloga de Medicina Interna, 16/12/21)

Dependiendo de la gravedad de salud la hospitalización requerida es sumamente variable. Principalmente, teniendo afectaciones en cuestiones económicas,<sup>37</sup> se debe recordar que la mayoría de las personas hospitalizadas no tiene un trabajo fijo, de ser así, probablemente tendrían derecho a otros servicios de salud públicos que existen en México.

---

<sup>37</sup> Afectaciones que limitan volver a consultas externas, porque se debe incluir el pago de comidas, hospedaje, transporte, cuando son de comunidades lejanas al hospital. Por estas razones, se remite al centro de salud más cercano al paciente; sin embargo, algunos miembros del personal de psicología mencionan que no tienen una lista de los centros de salud más cercanos para canalizar directamente.

Como menciona uno de los directivos del hospital, citando a uno de sus profesores, son “jodidohabientes”.

Todo paciente hospitalizado siempre está pensando: “¿cuánto me va a salir esto?” [...] Me ha tocado pacientes que, que sí está acá el paciente (el hombre) está la esposa cuidándolo, y su hijo mayor tiene 12 años; y está con sus otros hijos menores de 2 años, son cuatro. Él se está haciendo cargo de sus hermanitos, o sea, llegan, le dan semanalmente unos 200 pesos para comprar uno o 2 casilleros de huevo, frijoles y las tortillas de todos los días. Entonces ¿cómo no va a pensar en eso? (Psicólogo de Observación adultos y Urgencias, 09/12/21)

La mayoría del personal entrevistado considera que la toma de decisiones se ve sumamente influenciada por el capital económico de los usuarios. De esta manera, el término “apego al tratamiento”, en muchas ocasiones, dependería precisamente del dinero o no tener una red de apoyo, y por más intervenciones psicológicas que se realicen, el diagnóstico y su tratamiento no se efectuaría de acuerdo con lo propuesto por el Modelo Biomédico.

En síntesis, la hospitalización conlleva el riesgo de generar efectos iatrogénicos en la salud mental de los pacientes si no se consideran los determinantes sociales que afectan su estadía hospitalaria o sus tratamientos. Aunque en algunos casos es necesaria para tratar problemas de salud graves, es fundamental que la atención biomédica reconozca aspectos particulares del paciente que limitan esas exigencias biomédicas.

### **Salud mental: problemas y dinámicas**

A pesar de los factores propiciados por la estancia hospitalaria, existen omisiones al generar interconsultas. Una psicóloga reporta que durante el 2020 un paciente se suicidó en el hospital:

Aquí, ¿sabe qué? No depende tanto del psicólogo, sino de la entrevista clínica que haga el médico. [...] Porque él es el primer... el primer filtro es el médico. Entonces si el médico ha detectado que hay algo, algo en el en el paciente, pues gira la interconsulta. Hay unos que no lo hacen; por ejemplo, el año pasado un paciente aquí se suicidó, estando acá. Quebró un... uno donde se suministran medicamentos, lo agarró y se... se quitó la... creo que se... se (*repite*) sangró (*señala el antebrazo*) y se metió aquí el... el cristal (*señala el cuello*), pero pues ese paciente ya llevaba tiempo acá y nunca... no lo vieron, creo yo, no sé. Ya cuando es muy obvio que vienen por intoxicación, pues ahí dicen: “ahí, sí, ya obvio ya (*que*) la atienda un psicólogo”, ¿no? Pero el filtro... son ellos. (Psicóloga del Turno nocturno “A”, 27/10/21)<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Durante las observaciones hechas en trabajo de campo se encontró que un hombre de 50 años recibió, por primera vez, atención psicológica después de 2 semanas de estar hospitalizado. Es decir, en relación con lo mencionado por esta psicóloga, los hallazgos reflejarían que esta práctica se continúa presentando. Por lo

De acuerdo con las evidencias, hay servicios donde las atenciones psicológicas son relevantes y en otros no lo son tanto; por ejemplo, según reporta la psicóloga adscrita a Medicina Interna, en este servicio no se han adecuado formatos que den lugar a “la subjetividad del paciente”, a pesar de hacer solicitudes administrativas. En contraste, en el servicio de pediatría, se han generado formatos que permiten una mejor entrevista.

Psic: [...] se ha venido trabajando en eso de implementar nuevos formatos, que a nosotros nos ayuden. Digo, sí hay formatos en el hospital, pero como te vuelvo a repetir, a veces se pierde mucho la subjetividad del paciente y a veces es de: “¿cuántos días a la semana se siente triste?” “¿llora o no llora?” (*risas*) ¿sí o no?” o sea como muy cuadrado. Entonces realmente no te favorecen para dar una atención al paciente, y por eso se había visto la manera de implementar nuevos formatos, pero realmente no lo autorizaron.

Mario: ¿esos formatos son ya establecidos?

Psic: mmm... los que se manejan aquí en el hospital, sí. Ya vienen establecidos. Los que nosotros habíamos hecho, en su momento eran así de acuerdo a las necesidades que nosotros observamos en nuestro servicio. Íbamos adecuando ciertas cosas, pero te digo, no nos lo autorizaron. (Psicóloga de Medicina Interna, 05/10/21)

Según la perspectiva de las y los interlocutores, este papel de la salud mental se ha mantenido de igual manera a lo largo de su experiencia hospitalaria. La salud mental no tiene un papel central en los tratamientos de esta Cultura Organizacional Biomédica. De modo similar, en conversaciones con un médico interno de pregrado (MIP), se encontraron experiencias que exponen el lugar brindado a la atención de salud mental, según su recorrido en diferentes servicios:

Anónimo: Eso es algo que se hace tal vez hasta de rutina, pero por ejemplo pacientes que tienen problemas... mentales, problemas de ansiedad, mentales, que no necesariamente les hicieron daño... no se piensa como primera opción interconsultar al Servicio de Psicología. Se piensa tal vez interconsultar primero al Servicio de Psiquiatría o primero que se le calme el dolor. O primero, incluso, sedar, es decir si está muy ansioso, de pensar algo así prefieren dormirte, que te calmes pues con medicamentos farmacológicos. Pura farmacología pues. O sea, cuando en el trasfondo tal vez puede haber algo más que sólo medicamentos (*inaudible*).

Mario: ¿y esto tú lo has visto, me comentas, en urgencias?

Anónimo: Eh... bueno ya he rotado en los servicios [...] y en los servicios se maneja... ese común. (Medico Interno de Pregrado, 09/11/21)

Constantemente las y los entrevistados definen como “superficial” el análisis y observaciones de los médicos que deciden quién necesita interconsultas de psicología. En

---

tanto, hay personas hospitalizadas que no reciben atenciones psicológicas y psiquiátricas, a pesar de diversas preocupaciones, afectaciones clínicas o económicas.

otras palabras, la decisión de interconsultar a psicología o psiquiatría se vincula estrechamente a las representaciones de salud mental de los principales encargados de girar interconsultas: las y los médicos adscritos.

Es importante destacar esto como ese poder que tiene la *expertise* médica de concluir quién se beneficia de un tratamiento; lo anterior, desde representaciones y prácticas biomédicas que demeritan algunos determinantes sociales o quejas de los pacientes en hospitalización. Sin embargo, cuando la atención en salud mental se enfoca exclusivamente en los síntomas sin abordar las causas subyacentes del malestar emocional, como el estrés laboral, la pobreza y la discriminación, se corre el riesgo de perpetuar los problemas y tener efectos iatrogénicos como la medicalización excesiva y la estigmatización. Por lo tanto, es necesario reconocer que la adherencia al tratamiento es crucial para la mejora de la salud del paciente, pero la atención biomédica no debe ser el único enfoque en la atención de la salud mental. De esta manera, se evita las exigencias biomédicas generalizadas y centradas exclusivamente en una perspectiva biológica e individualista.

En otras palabras, aunque la coordinación de psicología “defiende” el lugar del psicólogo y de la salud mental ante un gremio médico excluyente, se sigue subestimando la importancia de la salud mental, debido a que la prioridad es resolver las urgencias hospitalarias relacionadas con la “salud física”.

### **¿A quién le sirven las Prácticas Psi?**

En esta COB se destaca el papel atribuido a las psicologías. Estas son las encargadas de tranquilizar la supuesta rebeldía o resistencia de un paciente. En otras palabras, si el paciente no se adecúa a los tratamientos proporcionados y a las reglas del hospital, tendría que ser atendido por psicología, con el fin de ser convencido de adoptar el tratamiento. La relación del médico-autoridad y del psicólogo-mediador es sobre un paciente que no tiene la oportunidad de opinar sobre su salud. El psicólogo, se convierte en una estrategia de dominio y conocimiento sobre el cuerpo y decisiones del paciente. A través de este, la *expertise* médica atenúa, apacigua y prescribe tratamientos biomédicos. También, esta posición del psicólogo-mediador es por su mejor manera de presentar las “malas noticias” a familiares. Para ejemplificar, la siguiente cita muestra aspectos que considera el jefe de Medicina Interna para interconsultar a psicología y/o psiquiatría:

Principalmente, la presencia de un comportamiento anormal o algunas características del comportamiento, como pues puede ser: la ansiedad, personas aprensivas, personas, eh... con trastornos emocionales. Sobre todo, labilidades emocionales: que llore con facilidad, eh... Que no tengan una aceptación de... del diagnóstico, que no tenga una aceptación de la enfermedad, que no tengan aceptación del tratamiento. Hay pacientes que vienen acá en condiciones... digamos inconscientes; luego despiertan, se encuentran en un área que no conocen y no aceptan estar aquí en el hospital. Tienen esa forma de rechazo al hospital y de querer irse, principalmente ahí es cuando buscamos si hay alguna causa orgánica del por qué el paciente está así. Hablamos con ellos, para explicarles todo el proceso que tuvieron antes de despertar y si definitivamente hay renuencia, entonces se le habla el área de psicología principalmente. (Coordinación de Medicina Interna, 21/10/21)

Como se ha mencionado, una de las principales actividades de la psicología en el ámbito hospitalario es propiciar la “adherencia al tratamiento”, esto es una característica que, a través de las intervenciones psicológicas o las psicoeducaciones, se incentiva a que el paciente continúe con las indicaciones médicas brindadas. No obstante, existen resistencias a este uso instrumental que se le confiere:

[...] a veces sí te toca escuchar que viene la demanda del médico, del personal de enfermería, pero es una demanda muy distinta a la demanda del paciente. Entonces, sí es enfocarme y ubicarme bien de que estoy para el paciente, o sea, no para... enfermería, ni para calmar la demanda del médico, ni de enfermería, ¿no? Porque pues a veces las demandas de ellos son de que: “es que ya no quiero que se queje”, “es que yo no quiero que llore” O sea, está llorando porque cualquiera lloraría con un diagnóstico de leucemia, cualquier familiar lloraría si te dicen que tu hijo está mal. Entonces... es un proceso natural, o sea, deja que se desahogue. Entonces es, no desviarme de esa parte, ¿no? Que la atención es para el paciente, no para —en ese caso, dependiendo de la demanda— no para el personal médico, ni para el personal de enfermería. (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21)

[...] a veces te mandan la interconsulta ya cuando piensan que el paciente está haciendo como su rebeldía; cuando no, no es así. Ya sé que cada área valora algo distinto, pero a veces siento que esa área en lo personal (*Gremio Médico*) es muy superficial. Cuando hay otras cosas de trasfondo en el paciente. Yo sé que lo que toca aquí en el hospital es sacar la emergencia, la urgencia, dar una respuesta rápida, y eso es en base al diagnóstico que el paciente presente, pero también a veces, el actuar de otras áreas, sin ser un poco empáticos con el paciente o con la situación, también los desgasta y hacen que las tomas de decisiones del paciente o de los familiares no sea la correcta. (Psicóloga de Medicina Interna, 16/12/21)

Aunado a la “adherencia al tratamiento”, durante las entrevistas realizadas, se ubica al diagnóstico de “trastorno adaptativo” como otro motivo reiterativo que justifica la intervención de técnicas psicológicas y psiquiátricas. Desde la perspectiva biomédica, si una persona es diagnosticada con una enfermedad renal crónica, tiene que realizar un “proceso adaptativo” para acoplarse a una nueva rutina y estilo de vida; de lo contrario, se interpreta que probablemente en el futuro surgirá una complicación que le hará volver a urgencias, y en casos extremos, a hospitalización. Esto último, se pretende evitar mediante

la “adecuación o adherencia al tratamiento”. En estos casos la “psicoeducación” tiene como objetivo persuadir y cambiar conductas de los pacientes.

En síntesis, la atención de la salud mental se balancea entre ser una vía en la cual el discurso biomédico promueve y desarrolla estrategias para que el paciente adopte tratamientos que muchas veces no puede costear; y, por otro lado, se muestra como una estrategia que da espacios a los sufrimientos y padecimientos de una persona en momentos de crisis; por ejemplo, en una hospitalización, generando un bienestar necesario para los tratamientos. Dicho lo anterior, se enfatiza la importancia de que las y los proveedores de atención médica consideren factores culturales y económicos al prescribir medicamentos o terapias. Es necesario que se reconozca la importancia e influencia en el tratamiento de las diferentes creencias, valores y prácticas culturales de las y los pacientes/usuarios. Esto implica respetar tener una actitud abierta y sin prejuicios hacia las diferentes formas de vivir, entender la salud, la enfermedad y sus tratamientos. Además, es importante que los proveedores de atención médica consideren los factores sociales y económicos que influyen en la salud mental de los pacientes: La falta de acceso a servicios de salud mental asequibles, la pobreza, la discriminación y el estrés relacionado con el trabajo o la inseguridad laboral y social afectan negativamente la salud mental de las personas.

## **Psicología laboral y salud mental**

### **Efectos terapéuticos rápidos**

Otra de las estrategias de atención a la salud mental en este hospital es el área de Psicología Laboral (PL), encargada de hacer exámenes psicológicos a estudiantes de recién ingreso, sobre todo a residentes de enfermería y médicos internos. También brindan cursos, talleres, capacitaciones a trabajadores del centro hospitalario y estudiantes que realicen pasantías o internados. Por ejemplo, los jefes de servicio solicitan atención de PL para elaborar talleres en caso de haber conflictos o problemas dentro de su personal, con el objetivo de “tranquilizar las cosas”, mediante atención individual y grupal. Cabe mencionar que cualquier persona que trabaje en el hospital tiene la oportunidad de acceder a este servicio.

Porque de repente hay dificultades entre médicos adscritos, residentes, y decíamos: “A ver, ¿pues qué está pasando?” Aquí tenemos información de ellos, y podemos ayudarlos. Siempre... ha sido para ellos como amenazante en su trabajo, porque dicen: “¿Y para qué nos van a hacer eso? ¿Para qué nos aplican escalas? ¿Para qué nos van a hacer pruebas?” Pero la intención finalmente es: Igual si detectamos a alguien con problemas,



decirle: “Oye, mira, aquí hay un servicio donde te podemos apoyar, te podemos ayudar tanto en tu desarrollo personal, como pues el hospital en sí, en tu desarrollo académico”. (Coordinación de la Jefatura de psicología, 20/09/21)

En algunos casos, médicos internos mencionan que asisten a PL, pero no se presentan. En consecuencia, se empezó a brindar un formato, dicha constancia facilita y justifica su ausencia en las áreas médicas; de lo contrario, sería complicado abandonarlas. Este formato se entendería por lo menos de dos formas, como un aspecto administrativo que permite la atención de salud mental; y también, como una estrategia de control y orden del hospital.

Al cuestionar sobre productividad de atenciones en esta área se percibe que la salud mental tiene que batallar con una exigencia constante: mostrar efectos terapéuticos rápidos. Uno de los principales motivos por los que no se considera relevante la atención a la salud mental dentro de una organización biomédica es que no se ven sus beneficios rápidamente; al respecto, la psicóloga encargada de Psicología Laboral menciona lo siguiente:

Bueno, pues viéndolo fríamente... pues si está como que muy, no sé si el término correcto es menospreciada ¿no? todo lo que es la parte de la salud mental. Por esto mismo que te decía, que no hay como que una cultura. Inclusive, han venido algunos —son internos y un par de residentes— que, no sé, vienen como que con la intención de que en la primera sesión ya se les curen todos sus problemas, y al no haber... al aquí decirles y plantearles: “Bueno, esto lleva un proceso, esto no es de la noche a la mañana, lleva su tiempo. Hay que ir viendo cómo se va a trabajar.” Como que no les parece y dejan de venir. Entonces no es como... no es tan fácil como que “tómame una pastilla y se te quite el síntoma”. Aquí lleva un poco más de tiempo. Entonces no, no, no hay esa aceptación... dentro del personal. (Psicología Laboral, 15/10/21)

Las y los psicólogos señalan que a pesar de algunas características que propicia la hospitalización, la atención de urgencias y las consultas externas, la salud mental no es fácilmente tratada por los espacios del hospital destinados a ello; incluso, por el personal de salud. Así lo refiere una psicóloga con más de 15 años de experiencia en la Secretaría de Salud:

[...] creo que también una de las... cosas o circunstancias por las que la salud mental se había olvidado [...] cuando haces una intervención psicoterapéutica realmente no vez una respuesta rápida en el paciente, de bienestar, por así decirlo. Algo muy distinto a lo que pasa con el área médica “—¿Te duele la cabeza? Te doy una pastilla” y ves una reacción, un alivio rápido. Entonces, tienes que hacer una documentación para un estudio. Trabajo social te da una respuesta rápida. Nutrición, te da una alimentación rápida [...] Algo muy distinto a una psicoterapia. Entonces, es un proceso más largo. Te podría dar una contención y tal vez disminuir la ansiedad o el estrés de manera... corta y pues al rato vuelve el brote, entonces realmente no es algo que sea mágico.

Entonces yo creo que por eso siempre es como que el último recurso, la salud mental. Incluso, cuando psiquiatría también se ve involucrada, el medicamento que da psiquiatría (*risas*) es mucho más rápido que una psicoterapia ¿no? Entonces yo creo que de eso depende mucho que al psicólogo se le tome como una última opción —o al

menos es lo que percibo desde mi servicio— Cuando hay un paciente que está ansioso, que tiene un comportamiento agresivo o distímico, pues entra en juego psiquiatría y pues con el medicamento está como sedado, está como el médico quiere, para su manipulación. En cambio, con psicología no es así. Entonces pasas a ver al paciente que está estresado, lo escuchas, pero realmente tal vez podría disminuir un poco el estrés, pero realmente no desaparece. Y otra vez, vuelven los cuestionamientos hacia el área médica o hacia el área de enfermería. Y es algo que a las otras áreas tampoco les gusta: que el paciente les cuestione. (Psicóloga de Medicina Interna, 05/10/21)

Según las y los interlocutores el ámbito hospitalario no tendría las características para empezar una psicoterapia, justo por la rapidez con la que se necesitan obtener “adherencias al tratamiento”, es decir, cambios rápidos en el paciente. Esto se vincula estrechamente a que la técnica psicológica principal en el Sistema de Salud mexicano sea la “Cognitivo Conductual”, la cual se cree “más rápida”. Esta prisa se presenta en las “Urgencias” que se tienen que resolver diariamente y en la contingencia e imprevistos de un entorno que no se detiene. Es con esas características y exigencias que la atención a la salud mental tiene que relacionarse, cumplir las necesidades de diversas profesiones que buscan un bienestar desde sus propias historias de vida y representaciones sociales. Es en esa urgencia constante y característica de una unidad hospitalaria que la salud mental busca un lugar.

Lo anterior es relevante cuando una de las principales estrategias de atención a la salud mental durante la pandemia de covid-19 fue, precisamente, la atención al personal de salud. Sin embargo, como es evidente, existen factores que impiden la atención de esta población. Al preguntar sobre posibles causas, miembros con experiencia en Psicología Laboral mencionan que existe un temor de que lo hablado en PL sea externado a otros compañeros de trabajo, pues PL está dentro del hospital. Existen anécdotas donde aquellos y aquellas consultantes se apenan por entrar al consultorio, apresurando su entrada para no ser vistos utilizando el servicio.

Este poco interés hacia la atención de la salud mental por parte del personal de salud se motivaría por las representaciones sobre el desempeño laboral del personal de psicología. Por ejemplo, según interpretan algunos de los entrevistados, médicos opinan que los psicólogos “no hacen nada”. En efecto, el nivel de interconsultas también depende de la buena o mala percepción que se tenga de estos.

Entonces cuando ven a alguien mal, dicen: “no con aquella” [...] “aquel no, *nomás* no” (*risas*). Hasta eso te tienes que ganar su respeto [...] porque has de cuenta que psicología lo han... (tanto los psicólogos, supongo) que no le hemos dado su respeto,

como los demás. Porque comentábamos, platicábamos con mi jefa, dicen en el piso: “Si está el psicólogo bien, y si no, también.” O sea, no pasa nada, no hay ninguna diferencia. “¿Hay tantos psicólogos?, ¿pa qué? si no hacen nada”. Sí, entonces ganarte el respeto cuesta, [...] o sea, si ven que tú llegas “¿hay alguna interconsulta?”, te preocupes por el paciente, das una buena intervención, o sea, eres constante... dicen “Ah, ok, ok. Es seria esta persona.” Te ganas el respeto. No sólo para ti sino para el servicio. Entonces, hemos picado piedra porque hay compañeros que a veces no están, se van ¿no? cosas así... Entonces dicen: “¡Ah! ¿para qué?” [...] Entonces eso influye en que... que el compañero médico diga: “¿voy a ir con éeel? ¡Na!”. (Psicología Laboral Fin de Semana, 14/11/21)

El jefe de Medicina Interna reconoce que para el gremio médico de su área es relevante la salud mental, pero al mismo tiempo, no es tan importante:

Porque si bien no hay como un espacio en el que nos están diciendo “hay que hacer esto”, pues cuando uno se preocupa por la salud mental, también es como cuando uno se preocupa por su salud: va a consultar y busca este tipo de apoyo. Pero pues no he visto que alguien de manera voluntaria o premeditada busque (*inaudible*) en la institución. Por fuera, pues ya cada quien le busca, no sé. (*risas*) Yo creo que si se le pusiera la opción, pues yo creo que sí. (Coordinación de Medicina Interna, 18/11/21)

El hospital no está obligado a brindar atenciones a la salud mental del personal de este centro hospitalario. Cada uno/a de los trabajadores tiene una derechohabiencia que le permite acudir al ISSSTE, pedir una consulta y acceder a ella. Básicamente, el mismo proceso que obligatoriamente haría cualquier persona interesada en recibir estas atenciones en un centro de salud público de México. Por ello, hay quienes mantienen que la jefatura de psicología sólo funciona para orientar y canalizar hacia esos servicios externos.

Sin embargo, según el personal entrevistado, este hospital es el único nosocomio del estado con un servicio dedicado a la atención de la salud mental de su personal; aunque sus alcances son inciertos. Por ejemplo, un médico interno de pregrado, con casi un año de experiencia en el hospital, desconocía el área de psicología laboral. Si bien ubicaba a las psicólogas adscritas al área de Medicina Interna, no conocía la opción de atender su salud mental mediante servicios de Psicología Laboral. Misma situación se presentó con el coordinador de Medicina Interna. No obstante, la necesidad de que sus colegas sean atendidos es evidente, pues las prácticas como el consumo de bebidas alcohólicas o fumar en exceso son actividades cotidianas que permiten “estabilizar” malestares.

MIP: Fíjate que nos habían planteado alguna vez la idea, creo yo que en el interior de cada persona sabe que sí puede recibir aquí ayuda, por ser un hospital. Pero que tú tengas ahora sí como a la mano un área especializada en eso, yo creo que mucha gente lo desconoce, incluyéndome, hasta hace un día que me contaste.

Mario: ok previo a eso, nada. ¿Ni cuando entraste? o sea, que alguien te haya mencionado...

MIP: no, ni idea. No nos comentaron, ni fue parte de la plática<sup>39</sup>. [...] (Médico Interno de Pregrado, 09/11/21)

MIP: La carrera de Medicina, irónicamente hablando, es una de las profesiones que tiene, o sea valga la redundancia, la salud mental... más por debajo del resto. Probablemente sea el estrés, probablemente sean las altas horas, probablemente también sea... ¿sabes? aquí hay una palabra que se utiliza con mucha fuerza, que es la “jerarquía”. El médico siempre está sometido, jerárquicamente hablando, a alguien. Y ese alguien muchas veces, que puede presionar no sólo del trabajo; en el caso de las doctoras muchas veces son presionados con acoso... son presionadas con eso principalmente, con acoso. Los hombres por una sobreexplotación. Entonces eso genera... estar viniendo diario, y no estar sometiendo precisamente a una autoridad que quiere que hagas un buen trabajo, sino que hagas lo que él quiere, acaba cobrandote lo que mencionas, tu salud mental. El estrés genera ansiedad, depresión, en muchas ocasiones pues no... lamentablemente, se complementa ese estrés o esa ansiedad, esos malos tratos, esas malas horas con vicios probablemente que uno puede tomar fuera del hospital, entonces al final de cuentas lástimas o te dañan dentro o fuera del hospital. Es algo que he visto con la experiencia propia con muchísimos colegas, médicos.

Mario: ¿Qué? en específico.

MIP: Por ejemplo... no sé... he visto como médicos salen a fumarse, no sé, 5 tabacos en la mañana, 5 tabacos en la tarde, 5 tabacos en la noche. Los está regañando su superior todo el día, los castigan y le dicen: “No te vas a ir a tu casa una semana.” O sea castigos que tú dices: “¿oye eso es necesario?” quedarte en el hospital una semana en qué beneficia eso? comes mal, luego estás con el cigarro a altas horas de la noche, no duermes te siguen presionando. Entonces eso es lo que yo veo antes de buscar a veces cambios en el: “oye, ¿por qué me tratas así?” “oye, no quiero que sea así, la jerarquía... las jerarquías no se crearon para eso” No es el fin de someter a la persona que está más abajo. [...] No es mayoría, perdón... no es absoluto, pero si es un porcentaje importante sinceramente. Está bien jodida la salud mental. (Médico Interno de Pregrado, 09/11/21)

Por último, vale la pena señalar que las y los psicólogos entrevistados, reconocen que el apoyo de directivos es difícil de obtener. Respecto a lo anterior, el encargado de evaluar proyectos desarrollados dentro de este espacio de salud tiene una postura relevante acerca de la atención de salud mental y las actividades del área de psicología. Según un alto directivo de este espacio hospitalario,<sup>40</sup> al surgir un proyecto se tienen que contemplar las recomendaciones y orientaciones generales de un hospital; es decir, los hospitales tienen encomiendas primordiales y todo plan que surge tiene que ir ligado a ellas. En este sentido, el desempeño de las y los psicólogos no lo ha logrado convencer, enfatizando que “si hay o

---

<sup>39</sup> Se refiere a una plática introductoria al periodo de internamiento donde se explican las actividades que realizará en el hospital.

<sup>40</sup> Información mencionada directamente al investigador del presente estudio.

no psicólogos en el hospital” es lo mismo. En comparación, se conoce y reconoce el compromiso y productividad de trabajo social, de nutrición o enfermería, pero se cuestiona el impacto del área de psicología, pues no logra entender totalmente su utilidad dentro del hospital. Lo anterior, se vincula a la siguiente descripción de prioridades hospitalarias:

Fíjate que... desafortunadamente para nosotros, por ejemplo, en el caso del personal de la rama paramédica (y todo eso) sabemos que —no obstante, las jerarquías naturales que hay en los hospitales— obviamente toda la preferencia o todo el enfoque principal. Porque la verdad que sí, sí se han tratado de cubrir las necesidades de todas las áreas, pero punto número uno: era resolver el área médica. Entonces todo el equipo de protección, medicamentos, todos siempre ha sido hasta... “ya una vez que esté bien el área médica pues ya nos ocupamos después de las demás”. (Coordinación de la Jefatura de psicología, 06/12/21)

A partir de las aproximaciones hechas a través de las representaciones y experiencias del personal de psicología y psiquiatría sobre el papel de la salud mental y las características del apoyo recibido previo la pandemia de covid-19; sumado a las vías que existen en el hospital para desarrollar estrategias de atención, la salud mental se añade a un complejo entramado de prioridades de atención a la salud.

Este fue un breve acercamiento que pretende problematizar la COB que determina la “salud mental” en un espacio hospitalario. Es en este contexto, con sus prácticas, representaciones, estrategias y factores sociales determinantes, donde se buscarán implementaciones de atención para la población en general y el personal de salud, en respuesta a los desafíos surgidos durante la pandemia de covid-19. En este proceso, se vuelve necesario autoorganizarse entre lineamientos y opciones disponibles en la institución.

### **Conclusiones del capítulo**

En este capítulo se realizó una aproximación a las *Prácticas Psi* (Rose, 2019) propias de una Cultura Organizacional Biomédica (COB) de un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Principalmente, se describieron actividades del personal de psicología y la única psiquiatra del hospital, adscrita al servicio de Medicina Interna.

Esta introducción al espacio hospitalario a través de la atención a la salud mental ilustra aquellas representaciones y estrategias desarrolladas por el personal de salud previo a la pandemia de covid-19. Se mostró que las interconsultas son justificadas legalmente por el médico a cargo del paciente. Esto convierte al gremio médico en el primer filtro que determina quien podría beneficiarse de las atenciones de las *Prácticas Psi*. Es decir, las

prácticas analizadas en este apartado se encuentran interpeladas por un universalismo biomédico occidental que “se comprende de las tendencias etnocentristas y universalista del modelo biomédico” (Muñoz, 2021a: 31). En palabras de Menéndez (2020) este Modelo, propio de una dinámica capitalista, se encuentra caracterizado por una concepción biologicista, una orientación positivista; así como una ahistoricidad, asocialidad e individualismo con fines pragmáticos; determinando una idea mercantilista de la salud y una relación asimétrica entre médico y paciente.

En el entorno hospitalario, la mayoría de las decisiones médicas se toman sin consultar a los pacientes. Aunque los médicos proporcionan información sobre los planes de tratamiento, regularmente no se les permite a los pacientes participar en la toma de decisiones. Varios estudios han demostrado consistentemente que los pacientes tienen una comprensión limitada de lo que sucede durante su estadía en el hospital, mientras que los médicos tienden a sobreestimar su nivel de comprensión de estos últimos. Aunque algunas personas prefieren que los médicos tomen decisiones, lo mínimo que se podría esperar es que los pacientes comprendan completamente su diagnóstico y plan de tratamiento para ejercer su autonomía (Bartlett et al., 1984; Berger, Boss y Beach, 2017).

En esas ocasiones donde el paciente no se adecúa al encuadre esperado, las *Prácticas Psi* serían una estrategia para solucionar la situación. También existen estrategias como la “visita médica”, actividad en la que “diversos discursos conviven” (Belaga, 2015: 177) y el personal de psicología evalúa el caso de manera cercana, siendo más fácil obtener interconsultas. Por parte de psiquiatría, se encuentra la “psiquiatría de enlace”. En esta modalidad, también el desempeño de dichas prácticas está condicionado por otras especialidades y profesionales de la salud (Sotolongo et al., 2004). Esta vía funciona como un puente entre diferentes especialidades del gremio médico. Y al mismo tiempo, ilustra el papel de la psiquiatría a una en un Hospital General, desarrollando actividades diferentes a las que se efectúan en un hospital psiquiátrico. Sin embargo, Chen, Evans y Larkins (2016) destacan que la de referencia de los médicos hospitalarios a la psiquiatría sigue siendo baja.

En México, existe una falta de recursos humanos en salud mental, centrada principalmente en hospitales psiquiátricos. Aunque en 2012 se establecieron 42 centros de salud mental UNEME, conocidos como Centros Integrados de Salud Mental (UNEME-CISAME), los cuales se encuentran disponibles en 20 estados y brindan atención

ambulatoria (OPS, 2013). Hay una distribución desigual de especialistas en todo el país. Para 2016, el número de psiquiatras en México fue de 4393, lo que equivale a una tasa de solo 3,68 psiquiatras por cada 100,000 habitantes (Heinze, Del Carmen, Carmona-Huerta, 2016; González Block et al, 2020).

La literatura reciente sugiere que prestar atención a la salud mental de los pacientes hospitalizados puede reducir la duración de su estancia y la necesidad de recursos médicos y hospitalarios, y también mejorar tanto su salud física como mental (Yáñez, 2022). Por lo tanto, es fundamental invertir en la atención de la salud mental durante la hospitalización para mejorar la calidad de atención y reducir los costos de atención médica a largo plazo.

Otras de las técnicas que suelen utilizarse en el hospital es la *psicoeducación*, alternativa que surge cuando las interconsultas no son “giradas” o realizadas, aunque existen factores para intervenir a un paciente. Se mostraron los objetivos que tienen dichas actividades, los cuales van desde la sugerir u orientar a una adherencia al tratamiento según el diagnóstico. En relación con lo anterior, se abordaron dos preguntas esenciales para analizar las representaciones y estrategias de atención a la salud mental en este contexto hospitalario: *¿Por qué la atención a la salud mental?* y *¿A quién sirven las Prácticas Psi?* Por mi parte planteo que estas interrogantes están estrechamente relacionadas, pues según lo mencionado las y los interlocutores primarios, todo paciente hospitalizado requiere de atención a la salud mental. Desde lo comentado, las prácticas de atención a la salud mental tendrían una utilidad en el tratamiento; sin embargo, la psicoeducación y las interconsultas también funcionan como una extensión del Modelo Biomédico, ya que buscan asegurar la adherencia y adaptación del paciente al tratamiento.

Uno de los objetivos primordiales de Consulta Externa es *disciplinar* al paciente para prevenir que vuelva a solicitar la atención por ese mismo motivo de consulta. Es decir, “El saber Psi se acomoda al sistema disciplinario que funciona para todos los indisciplinados” (Braunstein, 2013: 48). En otras palabras, sería actuar con un poder que distingue entre la normalidad y la desviación (Lupton, 2012) de un paciente, reinsertándolo en el orden social según el Modelo Biomédico.

En este mismo orden de ideas, una de las estrategias recurrentemente utilizadas es la aplicación de pruebas estandarizadas, las cuales son fundamentales para el diagnóstico psicológico y psiquiátrico. Empero, el diagnóstico y clasificación psiquiátrica o psicológica

se orienta de representaciones, significaciones morales y políticas, muchas veces presente en la conciencia e inconciencia de aquellos que realizan dichas *Prácticas Psi*. Como menciona Braunstein (2013) estos agentes se perciben a sí mismos como elementos que cumplen un bien, haciendo el trabajo que se les encomienda, aplicando herramientas que dan la facultad para diagnosticar, aplicar cuestionarios, entrevistas, pruebas psicométricas y así organizar, clasificar síndromes, y tipos de “pacientes”. Lo anterior resulta de una excesiva medicalización y patologización de la vida cotidiana; por ejemplo, al etiquetar como trastornos mentales ciertos comportamientos o emociones se estigmatiza a las personas que los experimentan, limitando la exploración de otras posibles soluciones a sus problemas. Esto es cercano a lo que Castel et al (1982) ha denominado “psiquiatrización de la diferencia”. Esta psiquiatrización de la diferencia es un fenómeno que forma parte de la tendencia más amplia de la medicalización de la diferencia en la sociedad occidental moderna. El término "diferencia" se utiliza para hacer referencia tanto a los rasgos y atributos que se encuentran fuera de la "normalidad" estadística basada en los promedios de la población, como a aquellos que se consideran inaceptables o "anormales" dentro de un contexto cultural específico (Conrad y Schneider 1992; Conrad, 1992),

Jornet-Meliá (2017) señala que muchas de las deficiencias de las pruebas estandarizadas están relacionadas precisamente con la falta de validez. Además, “las praxis terapéuticas están condicionadas por procesos económicos y políticos de producción, pero a su vez se encuentran siempre sujetas a la acción y al pensamiento de las personas” (Muñoz, 2021a, p: 275). De esta manera las *Prácticas Psi* serían construcciones a partir de conocimientos académicos y saberes prácticos generados del contacto, convivencia y relaciones con otros (Esparza-Serra, 2003) que al mismo tiempo crean prácticas; resignificadas por la vida cotidiana y la Cultura Organizacional Biomédica (COB).

Mencionar las características anteriores, es a propósito de evidenciar el papel y las dinámicas relacionadas a eso que se gesta a través de la “Salud Mental” en las relaciones sociales de una COB; por ejemplo, la relación médico-paciente desde una concepción biomédica evolucionista-positivista que busca ratificar la experiencia del padecimiento en categorías biomédicas (Taussig, 1980). Esto es llamativo porque el diagnóstico tiene un papel esencial en las dinámicas de la institución. No obstante, como menciona Abma (2000) lo anterior no implica que en el contexto organizacional no haya lógicas alternativas



que cuestionen las dominantes, es decir, dentro de las organizaciones también hay resistencias.<sup>41</sup>

El personal de psiquiatría y psicología en este hospital de segundo nivel reconoce los determinantes sociales de la salud (OPS, s/f) y enfatiza que, para la población atendida, las cuestiones económicas son el principal factor que influye en sus decisiones para cuidar su salud. De la misma forma, este tipo de factores son determinantes para continuar las atenciones de salud mental en Consulta Externa; añadiendo a ello, la accesibilidad geográfica del hospital, y el costo del transporte para llegar a las instalaciones, complicando las consultas subsecuentes.

Estos determinantes entran en discusión con aquellas representaciones que el personal de salud considera sobre el bienestar y calidad de vida de las y los pacientes. Por su parte, en este primer filtro, en esas entrevistas y evaluaciones médicas (que muchas veces son descritas como superficiales) el gremio médico no logra atender detalles que las *Prácticas Psi* enfatiza. Es en medio de estas batallas de significados biomédicos, psicológicos, psiquiátricos, determinantes sociales y las propias representaciones sobre el proceso de salud-enfermedad-atención/prevenición (s-e-a/p) del paciente/usuario que se gesta la atención a la salud mental.

En este apartado se ubica la iatrogenia de la atención de la salud mental en un hospital de segundo nivel, enfatizando esos efectos que resultan de la atención a la salud mental biomédica, ya sea por errores en el diagnóstico, tratamiento inadecuado, intervenciones innecesarias o malinterpretación de las necesidades del paciente. Estos efectos pueden incluir, efectos secundarios de los medicamentos, dependencia emocional, estigmatización, discriminación, entre otros.

Las prácticas psicológicas se mantienen en constante disyuntiva. Aunque reconocen los determinantes sociales, están obligados a hacer evaluaciones y dar sugerencias de lo observado y diagnosticado en historias clínicas y expedientes, como parte de las dinámicas de una Cultura Organizacional Biomédica. También, buscan la adaptación al tratamiento,

---

<sup>41</sup> En su curso titulado *El poder psiquiátrico*, Foucault (2020) menciona que “[...] ese poder del médico, por supuesto, no es el único que se ejerce; pues en el asilo como en todas partes, el poder no es nunca lo que alguien tiene, y tampoco lo que emana de alguien. El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases etc. (p:19)

reconociendo los impasses propios de los determinantes sociales de los pacientes; y al mismo tiempo, se acopla a demandas de otras disciplinas con las que tiene que convivir en este hospital de segundo nivel de atención.

Las figuras encargadas de Psicología Laboral mencionan que los alcances y eficiencias de la atención a la salud mental dentro del hospital se generan entre estigma (Goffman, 2006) y dudas que obstaculizan dichas prácticas de atención. Además, se identifican otros factores que dificultan la atención de salud mental tanto para el personal de salud como para la población en general. Estos incluyen:

- La expectativa de obtener resultados inmediatos en una sola sesión, lo cual no siempre es posible.
- El estigma asociado a la salud mental entre el personal de salud, lo que afecta su disposición a buscar ayuda.
- La falta de apoyo por parte de los coordinadores de servicios y la alta dirección en la promoción de la atención de salud mental entre sus subordinados.
- La calidad del servicio de psicoterapia brindado por el personal de psicología no cumple con los estándares deseados por el personal de salud.
- El escaso interés tanto del personal de salud como de la población usuaria del hospital en abordar su salud mental.

Sobre esto último, el testimonio de un Médico Interno de Pregrado (MIP) ejemplifica los alcances del área de Psicología Laboral, pues este no conocía dicho espacio hasta el día de la conversación mantenida con el investigador. No obstante, denota poco interés en utilizar dicho espacio, debido a diversas actividades recreativas que él y sus compañeros/as de servicio prefieren utilizar para liberarse del cansancio producido por las exigencias de su puesto dentro de una Cultura Organizacional Biomédica. Payá y Bracamonte (2019) señalan que desde el inicio de la residencia, los médicos son sometidos a grandes presiones laborales que afectan su comportamiento. Para aliviar el estrés, el dolor y el miedo que se experimentan en las salas de consulta se recurre al alcoholismo o la promiscuidad, así como a la anestesia, psicofármacos y bebidas energéticas o alcohólicas. A menudo, el bar se convierte en un sustituto del espacio terapéutico. Todo esto con el propósito de obtener placer, sobrellevar las largas jornadas de trabajo, mantenerse despierto y hacer frente al

estrés. Pese a que existen mecanismos institucionales y prácticas que actúan como defensa contra la ansiedad, estos fracasan. Por su parte Hasselkus (2019) destaca en un estudio sobre las representaciones sociales y significaciones sobre la salud mental que tienen los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, las estrategias y prácticas llevadas a cabo por los residentes para atender su salud mental, sería: el consumo de determinados alimentos, alcohol, tabaco, y otras sustancias estimulantes, así como la automedicación de psicofármacos, con el fin de resistir y evitar la desatención de sus roles.

La salud mental y sus atenciones tienen que lidiar con resolver las urgencias rápidamente, buscando *efectos terapéuticos rápidos*.<sup>42</sup> Es en este marco de posibilidades que la *Terapia Cognitivo-Conductual* (TCC) se reconoce apropiada para un contexto hospitalario, ello por su rapidez y pronta resolución. En el campo de la salud mental las transformaciones socioeconómicas de las últimas décadas no solamente modifican las formas de sufrir y enfermar, sino también los modos en que los sistemas de salud responden a estos malestares (Del Mónaco, 2020). Como reconoce Muñoz (2021a) las instituciones son un “[...] reflejo de la sociedad, y se articulan con los procesos sociales, económicos y políticos en los que se inscriben” (p. 73). Por lo tanto, es necesario considerar las respuestas de los sistemas de salud a estos problemas. Aunque la TCC puede proporcionar resultados terapéuticos rápidos, estas no suelen considerar procesos de desigualdades, precarización o inestabilidad, más bien los contextos políticos económicos y laborales son vistos como algo a lo que el individuo debe adaptarse, y lo resolutivo, tiene un lugar protagónico (Del Mónaco, 2020). Asimismo, estas teorías cognitivo-conductuales reproducen características del modelo biomédico y su proceso de s-e-a/p. Por ejemplo, en la biomedicina se sigue una estructura a través de la definición de un diagnóstico, el establecimiento de pautas y tratamientos, con el fin de aliviar dicho malestar (Good, 1994). En este sentido, si un paciente no responde al tratamiento, los médicos podrían optar por derivar al área de psiquiatría o administrar sedación con el objetivo de reducir la ansiedad durante procedimientos médicos o evitar eventos estresantes. Sin embargo, en ocasiones, estas decisiones se toman sin tener en cuenta las necesidades específicas del paciente.

---

<sup>42</sup> Título inspirado en el libro *Efectos terapéuticos rápidos* de Jacques-Alain Miller (2009).

En conclusión, este hospital de segundo nivel de atención se mantiene como un lugar donde diversas representaciones y estrategias convergen, apareciendo limitantes y exigencias para la atención de la salud mental del personal de salud y la población en general. Es en este contexto, en estas dinámicas sociales de una COB, que las estrategias de atención de salud mental de las *Prácticas Psi* encontrarán limitantes conocidos, obtendrán nuevos alcances e incorporarán nuevas estrategias, a propósito de las necesidades de atención de salud mental encontradas durante una emergencia de salud pública de importancia internacional como la covid-19.

# **CAPÍTULO III - CRISIS HOSPITALARIA: CAMBIOS, ADAPTACIONES Y SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

En México la pandemia de covid-19 tiene un auge en el mes de marzo de 2020 (el 27 de febrero, surge el primer caso reportado en México y Chiapas). No obstante, la Secretaría de Salud de México presenta los lineamientos oficiales vinculados a la atención de salud mental hasta el mes de mayo de 2020. En las diferentes iniciativas lanzadas a nivel federal se encuentra la construcción de “Hospitales covid” equipados y dedicados a la contención y atención exclusiva de pacientes con esta enfermedad; por otro lado, hubieron “hospitales híbridos” que brindaron atenciones en sus campos de especialización habituales y por afectaciones procedentes de covid-19.

En el caso de Chiapas se instalaron Clínicas de Atención Respiratoria para atender a pacientes con covid-19 en los municipios de Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Palenque, Reforma, Pichucalco, San Cristóbal de Las Casas y Comitán (Solís, 2020). En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, desde marzo de 2020 a finales de 2021, el Centro de Convenciones y Poliforum Chiapas se acondicionó para contener esta emergencia sanitaria de salud. A lo anterior, se sumaron brigadas domiciliarias donde la ASM fue relevante en el tratamiento. Equipos conformados por un miembro del gremio de medicina, enfermería y psicología atendieron síntomas de ansiedad, crisis de angustia y afectaciones emocionales. Estos servicios fueron ofrecidos a casos sospechosos y confirmados de covid-19, así como sus familiares.<sup>43</sup> Dicha estrategia contuvo a la población en sus propios domicilios, con el objetivo de evitar la saturación de los centros de atención “covid” ya mencionados.

En marzo de 2020 el hospital “Jesús Gilberto Gómez Maza” cerró su consulta externa debido a que una de las principales medidas que se consideraron fue evitar la afluencia de personas; y este hospital de segundo nivel de atención, al ser el más grande de

---

<sup>43</sup> Uno de los informantes participó en las “brigadas de atención domiciliaria covid” desde el 12 de diciembre de 2021 a 15 de junio de 2021. Al respecto, mencionó que estas se componían por un médico, un psicólogo y eventualmente una enfermera. Según lo comentado, el número de brigadas en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez fue incrementando según la demanda, llegando a tener al menos 27 brigadas vehiculares. (Psicólogo, 23/09/21).

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas es un punto de hacinamiento significativo.<sup>44</sup> Tras una reconversión hospitalaria, entendido como uno de los movimientos estratégicos más importantes en la historia de las pandemias (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020) se cerraron las puertas de consulta externa y plantearon alternativas, lineamientos, acuerdos, estrategias, a propósito del surgimiento de una emergencia sanitaria. Se adecuó temporalmente un área para el cuidado y manejo de pacientes sospechosos o con diagnóstico de covid-19, llamada “bunker-covid”. De acuerdo con lo sugerido por la Secretaría de salud de México se creó un “Comité covid”, con el fin de proponer estrategias y organización a las actividades encomendadas para esta reconversión hospitalaria.

Es en este contexto donde el hospital de segundo nivel de salud aquí señalado tuvo cambios a su cotidianidad; por un lado, desde una perspectiva gerencial, aquellos/as encargados de organizar, supervisar, sugerir e instruir “desde escritorios” y comités; por otro lado, el área operativa, aquella población del hospital encargada de ejecutar las estrategias encomendadas por el área gerencial. Ahora bien, afrontar esta batalla de salud desde estas dos grandes divisiones, se realiza a través de percepciones de riesgo que propiciaron prácticas para solventar esta problemática de salud.

Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es examinar el contexto y producción de una Cultura Organizacional Epidémica (COE) permitiendo analizar los factores socioculturales y estructurales donde se desarrollaron estrategias y prácticas de ASM durante la pandemia de covid-19 en un hospital de segundo nivel de atención de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Primeramente, se aborda la crisis hospitalaria durante la pandemia de covid-19 y los cambios y adaptaciones que ha implicado, especialmente en el ámbito de la salud mental. Se destaca la importancia de la creación de una Cultura Organizacional Epidémica (COE). En este contexto se incluye la creación de un “bunker-covid” y las repercusiones que esto tuvo en la salud mental del personal sanitario. Posteriormente se destaca la percepción del riesgo de contagio y su relación con las prácticas de atención a la salud mental. Se enfatiza la importancia del equipo de protección personal y se menciona la autoorganización y las marchas como formas de adaptación. Por último, se analiza la adaptación como una práctica fundamental en este contexto de crisis.

---

<sup>44</sup> En el capítulo 4 de esta investigación se desarrollará que pese al cierre de consulta externa del consultorio de psicología, se atendió presencialmente a familiares de personal de salud.

## **Producción de una Cultura Organizacional Epidémica (COE)**

El hospital de segundo nivel de atención que nos hemos propuesto indagar, comenzó a desarrollar medidas correspondientes desde diciembre de 2019, según lo reportado por el área de Planeación y Desarrollo de este recinto de salud de la capital chiapaneca. La creación de una Cultura Organizacional Epidémica (COE) durante este período se vincula a 1) productos y artefactos materiales: como los espacios, los aparatos tecnológicos, los protocolos, las normativas; 2) las expresiones simbólicas, valorativas y comportamentales; 3) las personas que forman parte de la institución entendidas como conjuntos sociales receptores y generadores de sus artefactos materiales y simbólicos; y, 4) los procesos reorganizados para la gestión y mitigación del riesgo ante la epidemia (Muñoz y Cortez, 2021).

El comienzo de esta reconversión hospitalaria, de este surgimiento de diferentes protocolos y adecuaciones preventivas, se ve marcado por el “Comité Covid”, que se conformó por: un neumólogo especialista en virus; un médico veterinario encargado del área de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI) vinculado a coronavirus de animales, etc. Las actividades de este comité iniciaron en febrero de 2020 y culminó a finales del mismo año, convirtiéndose en el “Comité hospitalario para la nueva normalidad”.

[...] el comité surgió y quisieron tomar las decisiones. Yo estaba en contra. No del comité sino de cómo se estaba llevando a cabo, porque no había esa trazabilidad. Le llamamos “trazabilidad” a cómo lo hacen, qué opina el operativo y cómo lo hace el jefe. Porque el jefe desde una silla puede decir: “te vas a pasar de aquí hacia allá”. Pero si el operativo dice: “No, a mí me conviene cruzar y me voy directo”. Entonces no había esa compatibilidad. Se expuso, se le explicó al gestor en su tiempo, que no toda la decisión que dijera el funcionario iba a funcionar en el operativo; teníamos que estar abiertos a tomar en cuenta y hacer partícipe al operativo, al cómo lo iba a hacer, y el decirle, no tomarle... “Mira, vas a entrar por la izquierda y vas a salir por la derecha”, pero con un cierto limitante porque si tú le das el poder al operativo de decir “no”, de decir: “no entro o no quiero” ya ahí se te sale de control la situación. Entonces debes de tener: “Derecha; por esto... izquierda, por esto.” “Mira, porque es la mejor función... porque por acá vas a pasar...”. (Coord. De seguridad del paciente en Jefatura de calidad, 23/11/21)

En esta reconversión a nivel gerencial se encuentra una marcada divergencia con el nivel operativo, misma que caracterizará el desarrollo de estrategias de este recinto. Al mismo tiempo, se vincula a las diferentes fuentes de información utilizadas por el personal de salud gerencial y operativo para entender la pandemia; propiciando las diferentes representaciones y prácticas que surgieron en la implementación de actividades. Se destaca

que una de las vías por las que el personal de psicología obtenía información del covid-19 eran las noticias nacionales e internacionales.

Fue a través de las noticias [...] porque pues todos conocimos que inició en China. Más o menos tenemos nociones de cómo había evolucionado todo esto. Empezamos a ver cómo poquito a poquito iba abarcando a otros países hasta que llegó, llegó aquí a México. (Coordinación de la jefatura de psicología, 07/10/21)

Híjole, no me acuerdo. (*Risas*) Creo que fue por familia, que se empezaron a enfermar y por noticias. (Psicóloga UCI-Pediatría, 15/11/21)

Por las noticias... sí... dijeron que... decían que había un brote de una enfermedad, un chino o algo así por ahí del estilo... (*risas*) y que estaban muriendo de una forma muy rápida, lo vi, pero o sea lo vi y dije (*suspiro*) “saber qué cosa anda comiendo esa gente... que no sé qué...” y ya, nunca me imaginé que se iba a hacer mundial. (Psicología laboral, 14/11/21)

Ver en las noticias el surgimiento de una pandemia hacía considerarlo ajeno, las muertes propiciadas por un nuevo coronavirus aún no se reconocían en el panorama cercano. No afectaba.

Por su parte, médicos entrevistados de Medicina del dolor y cuidados paliativos, Medicina Interna, Planeación y Desarrollo, afirman que las primeras noticias sobre lo acontecido alrededor del covid-19 fueron obtenidas por medios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) así como notas informativas del ámbito de la salud pública al que cotidianamente están vinculados. La psiquiatra del hospital alude lo siguiente:

Bueno, con la información médica que de alguna manera siempre está uno en contacto, ya sabíamos que es algo que había aparecido en China, y pues darle un seguimiento a eso sobre medios, de que estaba en Europa. Y dentro de las notas informativas que luego hay al hablar de ciertos temas de lo que está pasando. (Psiquiatría, 22/12/21)

Es en marzo de 2020 donde el hospital circula el primer comunicado anunciando que se suspenderán y modificarán diversas actividades, debido a que se había confirmado el primer caso positivo en México.

[...] el primer comunicado se da en marzo: que se va a suspender y probablemente va a ser un mes. Que ya entró el primer extranjero, los extranjeros que están llegando y se está dando el contagio. (Psicóloga de turno nocturno, 30/09/21)

Estas narraciones sitúan las representaciones sobre los primeros cambios de un *Personal Psi* que desde un nivel operativo realizó procesos diferentes a esos actores que pertenecen a instancias gerenciales o directivas. A pesar de que surgen lineamientos a nivel federal para realizar reconversiones hospitalarias, las adecuaciones ejecutadas siguieron las necesidades propias de cada servicio hospitalario.



## **Primeros cambios**

Durante la pandemia, estar en un hospital generaba incertidumbre. La información se obtenía a través de diversas fuentes como redes sociales, datos compartidos entre los miembros del personal que participaban en proyectos especiales, conversaciones entre colegas y familiares de otros hospitales, así como cursos virtuales. Estas fuentes de información no siempre eran claras ni confiables, pero constituían una forma de mantenerse actualizado sobre los avances, protocolos y estrategias relacionados con la atención de la pandemia de covid-19. Esta transmisión de información ayudó en la construcción de representaciones y prácticas que se vincularon estrechamente a los diferentes cambios del hospital, tanto a nivel institucional e individual.

Como ya se mencionó, los principales cambios implementados prevenían el hacinamiento propio de un hospital de segundo nivel. Sus características lo hacen un lugar constantemente visitado, ya sea en Consulta Externa, el servicio de Urgencias o los espacios aledaños al hospital. En estos últimos, existen puestos de comida (formalizados como informales) sitios para rentar sillones/camas para descansar y dormir mientras se esperan noticias de las personas hospitalizadas, albergues, farmacias, etc. Además, la cercanía con el libramiento norte de la ciudad y Central de Abastos hace del hospital un punto constantemente transitado. Por lo tanto, al corresponder a un espacio geográfico en constante movimiento, al inicio de la pandemia de covid-19 la aglomeración y concentración de altas cantidades de personas adentro y afuera del hospital, fue una de las principales preocupaciones de la dirección, teniendo que reducir, detener, la llegada de la población a este recinto.<sup>45</sup>

El área de oncología y quirófanos de urgencias continuaron con sus actividades; por su parte, los consultorios de psicología y psiquiatría cancelaron las atenciones a la población en general hasta finales de 2020. Las “visitas médicas”<sup>46</sup> realizadas junto a otros/as miembros del personal de salud para sugerir y obtener interconsultas según los síntomas, signos de las y los pacientes hospitalizados, tuvieron que evitarse por el peligro que suponía tanto para los pacientes como para el personal de salud, a propósito del tránsito y migración del personal en las diferentes áreas del hospital. Durante el inicio de la

---

<sup>45</sup> Información proporcionada directamente por el jefe de Planeación y Desarrollo del hospital.

<sup>46</sup> En el capítulo 2 se describieron y analizaron las prácticas vinculadas a las visitas médicas, así como su importancia en la atención de salud mental del hospital.

pandemia de covid-19, se pidió al personal de psicología y psiquiatría el cierre de sus cubículos en consulta externa; posteriormente, estos espacios serían destinados a la atención de la salud mental del personal de salud, específicamente el consultorio #5 y el #1 de Consulta Externa.

Después del covid se cancelaron todas las visitas a piso. Ahorita ya la productividad se ha bajado porque tenemos que esperar a que nos manden una interconsulta para subir, o sea para ir al piso. Porque pues sí, hemos tenido, por ejemplo, de repente pacientes que llegan con un resfriado, lo que sea, y resulta que es covid. Entonces tú estás atendiendo como si nada al paciente y el paciente, pues tiene [covid]. Y cuando llegan, no saben lo que realmente tienen, hasta que le hacen pruebas y todo. Entonces ahorita la decisión que se tomó fue esperar a que llegara la interconsulta o subir al área.<sup>47</sup> (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos, 20/11/21)

Aunque este es un hospital de segundo nivel de atención, un centro de salud biomédico donde constantemente se realizan capacitaciones al personal de salud, las y los entrevistados reconocen que en los pasillos del hospital se dudaba de la pandemia de covid-19.

[...] se perdieron muchas vidas, se perdió gente, y a veces no creían que esto fuera verdad. Luego pensaban que era una broma, aunque también es entendible, porque el covid no era algo que se viera tangible, era un enemigo, vaya, silencioso. Muy silencioso. (Consulta externa y Psicología Laboral, 20/12/21)

[...] aunque afuera podían seguir escuchando los comentarios que era mentira, que no era cierto, pero si tú estabas en el ambiente hospitalario, ya lo creo (*risas*) que sí está pasando. Incredulidad no tuve mucho tiempo, pensé que iba a tardar más en venir, eso sí [...] Que no sabían cómo tratar, más fue esa parte de sensación de que algo podía salir mal en cualquier momento, pues porque los médicos no sabían qué hacer o cómo atender, sí te daba más desconfianza [...] (Consulta externa y Traumatología, 12/10/21)

Respecto a los cambios y adaptaciones acontecidas en el gremio de psicología, se determinó que al prohibirse las reuniones de grandes grupos de personas dentro del hospital, se cancelaran reuniones de supervisiones de casos, acto importante para el debate y aprendizaje del *Personal Psi*. Al igual que la especialista en psiquiatría, participaron en cursos online donde se abordaba información general sobre el covid-19; por ejemplo, métodos para prevenir el contagio de este coronavirus. Una psicóloga de consulta externa lo explica de la siguiente manera:

Psicóloga: [...] tenías que llevar ciertos cursos y avalar que los cursaste y todo: para protocolo de seguridad e información, qué era el covid, forma de contagio y todo eso. Sí, sí llegamos a recibir, pero todo en línea; porque todas las reuniones se suspendieron,

---

<sup>47</sup> En diciembre de 2021, fecha en la que se concluye el trabajo de campo de esta investigación, el personal de psicología del servicio de Medicina Interna ya accedía a las visitas médicas.

no se podían reunir. Por ejemplo, lo que hicimos ese día de reunirnos,<sup>48</sup> ya no se hacía, ya tenía mucho tiempo que no nos reuníamos así. Por lo mismo se llegaron a suspender, ya no permitían eso. Y más era por línea.

Mario Ok. ¿Y por parte de espacios internos, externos o quien impartía estos cursos?

Psicóloga: Secretaría de salud. Ellos mandaban la información, directivos lo reciben, y ellos difunden la información que tienen que hacerle llegar a su personal a cargo. Por ejemplo, los coordinadores, en este caso la licenciada P\*. Ella enviaba mensajes a un grupo de WhatsApp que se maneja. Sobre eso se ponía fecha límite y que tenías que contestar, que si llevaste a cabo el curso. Enviarlo a un correo y decir si se llevó a cabo. También incluía ahí sobre los programas, de ansiedad o depresión o los que podían presentarse en ese momento. (Psicóloga de Consulta externa y Traumatología, 14/09/21)

[...] pues aquí más que nada los cursos se van derivando de mantenerte alejado de esta información errónea que te dan las redes sociales, entonces te va enseñando los síntomas que puede presentar la población y ¿que son síntomas de ansiedad? y que derivado de eso puede derivar alguna enfermedad, por así decirlo. O qué te puede hacer creer que tienes covid [...] sí son varios cursos que nos han dado en línea. [...] Así como capacitación. Que realmente cuando la capacitación es en línea se queda (*risas*) muy corto [...] o sea, realmente no es lo mismo que te den cursos de manera presencial o si quieres a través de videollamadas, pero que haya alguien allá que tú puedas cuestionarle tus dudas, a que te pasen las diapositivas. (Psicóloga de Medicina Interna, 05/10/21)

El personal de salud obtenía información sobre la pandemia a través de medios informativos como redes sociales, así como de cursos asincrónicos y autodirigidos, proporcionados por la Secretaría de Salud. Sin embargo, también se sitúan los limitantes de estas actividades, es decir, los cursos virtuales no respondían todas las dudas que surgen durante las capacitaciones.

Es interesante poner atención a estas dudas, inquietudes surgidas, ya que se vinculan, de cierta manera, a las fuentes de información utilizadas durante esta época. Al mismo tiempo, da cuenta de las iniciativas y comunicaciones del hospital con su personal de salud y administrativo. Es decir, a pesar de tener una cercanía al Modelo Biomédico, al comienzo del 2020, parte del personal de salud no creía en la existencia de esta emergencia sanitaria ocasionada por el covid-19. Lo anterior, se vincula a la percepción de riesgo y prácticas desarrolladas por el personal de salud durante para protegerse a sí mismos, y en efecto, proteger a su familia y compañeros de trabajo.

De acuerdo con la indicación oficial dictada a nivel nacional, se estableció que el personal de salud que tenía más de 60 años, estaban embarazadas o tenían enfermedades crónicas o autoinmunes (diabetes, padecimientos del corazón) debían resguardarse en sus

---

<sup>48</sup> Se refiere a la reunión que la coordinación de la jefatura de psicología organizó el 10 de septiembre 2021 para presentar e incentivar en su personal la participación en esta investigación.

hogares. Esta medida generó preocupación entre aquellos miembros del hospital que permanecieron en el recinto, ya que existía incertidumbre sobre cómo se llevaría a cabo la atención hospitalaria sin la presencia de esos profesionales. La ausencia de este personal clave generaba intranquilidad e interrogantes sobre el futuro de la atención médica en el hospital durante la pandemia.

Veo a mis compañeros asustados. Veo en sus rostros miedo. Para esta fecha ya se habían ido a resguardar todos los compañeros que tenían diabetes y alguna enfermedad que pudiera ponerlos en peligro. Se van y entonces el hospital se queda trabajando, yo creo, con el... ¡úchale...! Aquí en fin de semana... como... menos de... un 30% de personal. Sí, quedamos muy pocos. Entonces veía miedo en los compañeros, unos amigos — porque uno hace amigos y amigas— te contaban y te decían: “¿Oye cómo ves tú? ¿Tú crees que sí es cierto?” Porque hasta eso, había esa duda en el aire.<sup>49</sup> (Psicología laboral- Fin de semana, 14/11/21)

Otra de las primeras medidas de protección al personal de salud fue mandar a casa a las y los médicos internos de pregrado (MIP), quienes no son trabajadores contratados por el hospital. Estos se encuentran bajo la responsabilidad de sus respectivas instituciones universitarias. La situación específica de estos personajes debía resolverse con prioridad, pues esta población no tiene los mismos recursos económicos para tratar un contagio de covid-19, como lo tendría otro tipo de personal contratado formalmente en este hospital. Este relevante recurso humano disminuyó durante el inicio de la pandemia de covid-19, quitando ese apoyo a las y los demás miembros del hospital.<sup>50</sup>

Vinculado a lo anterior, la psiquiatra del hospital tuvo un cambio relevante en sus actividades habituales. Como ya se comentó, en este recinto la psiquiatra del hospital está adscrita al área de Medicina Interna. Sin embargo, durante el surgimiento de una Cultura Organizacional Epidémica (disminución de personal activo y de actividades de interconsulta, reorganización para mitigar el riesgo de contagios) sus actividades como médica psiquiatra se concentraron en recibir capacitaciones para atender a “casos covid”. Por indicación federal, quienes hayan cursado la licenciatura en medicina, sin importar su especialidad, se incorporaron a las necesidades hospitalarias de este tipo. En la siguiente cita, se menciona tal adecuación:

---

<sup>49</sup> Se refiere a dudas sobre la existencia de la pandemia de covid-19.

<sup>50</sup> Según la experiencia de un médico interno entrevistado y con el que se mantuvieron conversaciones, el papel de un MIP dentro de un hospital abarca un arduo trabajo: desde cuestiones prácticas médicas (principal motivo de formación) hasta administrativas, desempeñando una función esencial para las dinámicas de Hospitalización y Urgencias.

[...] eso fue en el 2020, a inicios. Cuando se declaró que era importante que la población no tuviera contacto en el medio externo. Y aquí en el servicio de esa forma, se hicieron 2 equipos, de tal manera que estaban integrados por otras especialidades, que más bien ahí nuestra intervención era retomando la parte de haber estudiado medicina, y el jefe de equipo (el que estaba organizando a la cabeza, como jefe) eran los internistas. Y eso prácticamente lo hicimos durante todo el año en el 2020. De esa manera se fue trabajando. Este hospital no se designó covid, pero se siguió trabajando de esa manera; una, por el contacto directo que se podía tener con otras personas que vinieran de fuera, o incluso nosotros médicos por el riesgo de estar en un ámbito hospitalario para la población. Otra, porque estábamos en una situación de contingencia, que no sabíamos qué podía pasar, y era cómo estar preparados ante cualquier eventualidad. Y también, porque al final también nos dimos cuenta de que si bien no era un “hospital covid”, los pacientes que venían con otras enfermedades, adentro, al valorarlos, nos dimos cuenta que muchos estaban infectados por covid; entonces sí recibimos pacientes con covid; por ejemplo, venía algún paciente porque se le descompensaba el azúcar, la glucosa, y se tenía que internar. Y ya en piso, a la hora de valorarlo con los estudios, nos damos cuenta que sí tenía la enfermedad, aunque no había sido el motivo por el cual había entrado. Entonces de alguna manera por eso se siguió con esta dinámica de intervención. (Psiquiatría, 17/12/21)

La implementación de nuevas prácticas hospitalarias llevó, en algunos casos, a virtualizar relaciones y actividades dentro y fuera del hospital. No obstante, el servicio de psicología se vio limitado en su capacidad de visitar ciertas áreas del recinto, lo que dificultó la atención en determinados espacios hospitalarios. En otras palabras, las estrategias de atención en salud durante la pandemia produjeron efectos donde personas no accedían a recursos como apoyo psicológico o medicamentos, debido a las restricciones relacionadas con la pandemia.

Se solicitó la participación del personal de psicología en situaciones muy específicas. Debido a las necesidades presentadas, comenzó a atenderse a enfermeras, reconocidas como “jefas”, y quienes tienen un amplio dominio e influencia de las actividades de este hospital.<sup>51</sup>

¿Sabes qué pasó, Mario? Que muchas, en muchas áreas del hospital se restringió el acceso al psicólogo por razones obvias de la pandemia, estaban aislados, había riesgo de que el paciente que acababan de meter al área, trajera covid [...] entonces restringieron mucho. Por ejemplo, el pase de visita y la posibilidad de que el psicólogo tuviera su actividad habitual. Entonces, ellos pues buscando un poquito también mantener su productividad, y su permanencia en el hospital, empezaron a darle atención al personal dentro de su área. Por ejemplo, en pediatría había enfermeras que de repente necesitaban el servicio y le decían: “Adelante, vente. Yo te doy el servicio.” y Psicología Laboral continuó con su actividad, pero la razón por la que los compañeros empezaron a hacer eso, es por lo que te digo, de repente nos dijeron: “No, pues es que me dijeron que no podía pasar al... piso” o es que “acaba de ingresar un paciente que tienen sospecha de

---

<sup>51</sup> Mientras se camina en los pasillos del hospital, es notoria la relación jerárquica que existe entre el personal de psicología y este gremio. Por ejemplo, el nombre de la enfermera es suplido por el de “jefa”, como característica de respeto. Entre comentarios y bromas, se dice que el gremio más importante es el de enfermería, dejando atrás a las y los médicos.

que tenga covid”. Entonces pues empezaron a brindar esa atención, pero no es lo habitual. (Coordinación de la jefatura de psicología, 20/09/21)

Entonces... Sí, todos entramos como que en ese proceso de una “histeria colectiva”. Y sí era muy notorio a veces en los compañeros, te decían: “No Lic.,<sup>52</sup> es que mire, yo ya fui con el neumólogo, ya me dijo que no tengo nada, ya me hice la prueba —salí negativa— pero pues yo no puedo respirar, me falta el aire, me pongo fría, mi corazón palpita, y el médico no entiende que sí estoy mal”. O sea, y te dabas cuenta de que era una crisis de ansiedad, o sea que realmente sí ya había salido su prueba negativa, si ya la habían visto los médicos, era una crisis de ansiedad. Entonces yo creo que eso fue lo que se detectó dentro del personal, y pues nos quedamos trabajando con el personal de aquí del hospital. [...] En mi caso, y es algo que sigo haciendo: es dar atención al personal de enfermería, a personal administrativo, incluso al personal de intendencia... a residentes, a internos. El médico adscrito si es un poco más renuente con esto de la salud mental, entonces al menos a mí no me tocó atender a ningún médico adscrito. (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21)

En un contexto donde el “bienestar emocional” tanto del personal de salud como de los pacientes se ve afectado por una pandemia, el gremio encargado de atender ello se encuentra detenido, sin acceder a ciertas áreas del hospital. El lugar otorgado a las *Prácticas Psi* en el surgimiento de una COE se vincula al objetivo de protegerse y evitar contagiar a las y los compañeros de trabajo o familiares del personal de salud. En el caso de psiquiatría, sus prácticas de atención no serían requeridas de manera oficial.<sup>53</sup>

Para el *Personal Psi*, se reconoce la demanda de ASM por parte del personal de salud, trabajo que primordialmente desempeña el área de psicología laboral, pero en estos momentos se hizo flexible que cada psicólogo lo desempeñara en su servicio de adscripción; por ejemplo, las psicólogas de Medicina Interna, Traumatología y Pediatría atendieron a sus respectivos compañeros de trabajo.

Por otro lado, el área del personal de psicología comparte que a pesar de los cursos, capacitaciones, la experiencia de acercarse a una emergencia de salud como hasta el momento se veía solamente en las noticias y de la que no estaban plenamente preparados, provocó cambios en la manera de representar y vivir un hospital de segundo nivel. Para ilustrar, de marzo a septiembre del 2020 el psicólogo del área de Urgencias estuvo en un programa que le permitió notar cambios en la población que este hospital atendía.

[...] veo todo el proceso... sobre todo este tema de la admisión, la admisión de pacientes con cuadros respiratorios o pacientes covid. Entonces fue algo muy... muy novedoso.

---

<sup>52</sup> Diminutivo de licenciado/a.

<sup>53</sup> En el siguiente capítulo se analizarán las actividades desarrolladas por la psiquiatra de este hospital, quien fue requerida por sus compañeros de trabajo para supervisar dosis de automedicaciones y participar en pequeños grupos de “apoyo emocional” que surgen en sus horas de guardia.

Algo también muy sorprendente. Como había mucha incertidumbre (en general) pero en el área del hospital vi cambios (*inaudible*) de estar atendiendo pacientes “no covid” y al otro día estar atendiendo compañeros que se fueron enfermando también, algunos que lamentablemente fallecieron. (Psicólogo de Urgencias pediátricas, 20/09/21)

Es a través de estos primeros cambios que una Cultura Organizacional Epidémica se comienza a gestar e instaurarse. Este tipo de características y pertenecer a un hospital de segundo nivel que comenzaba a recibir casos sospechosos y confirmados de covid-19, determinó la percepción de riesgo de contagio, y consecuentemente los cuidados y precauciones en este recinto.

Cuando se dieron las primeras cosas en México empezaron también aquí a implementar el uso obligatorio de cubrebocas. Ya cuando se empezaron a dar los primeros casos en la entidad, fue que se tomaron otras medidas: cerrar la Consulta externa para evitar aglomeramientos, abrieron el “Búnker” en Urgencias, donde atendían pacientes covid, pero estaban como de una manera muy aislada. Se ponen trajes especiales y todo eso, pero de parte del área de psicología, pues no, no teníamos acceso a esa área. Nadie, nadie llegaba ahí. (Psicología Laboral, 15/10/21)

### **Bunker-covid y repercusiones en la salud mental**

Una estrategia polémica del hospital durante la emergencia sanitaria de covid-19, fue el denominado “bunker” o “bunker hospitalario”.<sup>54</sup> Esta área se desarrolló en el espacio de Urgencias, destinada al tratamiento de personas con diagnóstico o sospecha de covid-19. Al mismo tiempo, para el personal de salud entrevistado, sirvió como un punto de referencia para entender el desarrollo y gravedad de la situación que enfrentaba el hospital en la localidad.

Uno de los encargados de capacitar al personal de salud que entró al bunker (médico y enfermería) respecto al correcto uso del Equipo de Protección Personal (EPP) menciona lo siguiente de esta área:

Coordinación: fue un tema muy polémico, que se vivió en el hospital con el bunker, el bunker hospitalario, así fue denominado el proyecto que se estuvo trabajando de las 50 camas. Y se hizo una modificación de una puerta de cristal en el área de Urgencias, que fue lo que marcó la pauta ¿no? Una puerta que cuando yo la vi lo primero dije: “esta puerta está mal diseñada ¿quién dijo que la pusieran? no tiene lógica, la forma en que está puesta no es la correcta y se pudiera hacer de otra forma”

Mario: ¿qué función tenía esa puerta?

Coordinación: Era una puerta corrediza que cerraba toda la parte de Urgencias, que era la parte que se iba a poner para la infraestructura de covid. Entonces, tenía una delimitación. Cuando aprendes un poquito más de los temas de supervisión, te das

---

<sup>54</sup> En este escrito, se nombrará como “Bunker”.

cuenta que la delimitación de los flujos de aire, que los filtros HEPA<sup>55</sup>, y otras cosas que son para un aislado, y para el tipo de situación que se estaba enfrentando, no era lógica la puerta, pero hay gente, dioses.<sup>56</sup> (*Risas*) (Coordinación de seguridad del paciente en Jefatura de calidad, 23/11/21)

La implementación de esta estrategia es un logro significativo en la creación de una Cultura Organizacional Epidémica en este hospital. Es importante considerar las diversas representaciones y prácticas adoptadas por el personal de psicología y psiquiatría para afrontar y protegerse del covid-19, dentro y cerca de esta área. Si bien no se creó un proyecto de ASM directo y específico al área de bunker, sentirse cerca de un epicentro de contagios como el bunker o la migración del personal de salud en el hospital a razón de las interconsultas atendidas, se vinculó a la percepción de riesgo de contagio de covid-19.

El dirigente del “Comité covid” durante este periodo, indicó que hacer un bunker era “como prepararse para una guerra”. Esta concepción de la salud como una batalla no es nueva,<sup>57</sup> pero es relevante para dimensionar que las diferentes estrategias efectuadas ante la crisis de salud que se avecinaba estaban coordinadas y dirigidas desde este tipo de representaciones.

Como se mencionó páginas arriba, el hospital aquí estudiado no se decretó, oficialmente como un “hospital covid”, lo que tuvo consecuencias en las adecuaciones, prácticas y representaciones del personal de salud sobre los lineamientos de seguridad utilizados en las estrategias de ASM durante este periodo.

El problema fue que el hospital no estaba como un “hospital covid”, entonces lo tenían que referir a Poliforum donde supuestamente ahí estaba el hospital, pero acá, al ver que ya no podían rechazar a todos los pacientes, crearon como una especie de búnker. Lo hicieron en el área de Urgencias, para que fueran atendidos los pacientes. (Psicóloga de Consulta externa y Traumatología, 14/09/21)

Esta área se construye como una alternativa para atender a las personas que al ingresar al hospital descartaban que tenían síntomas de covid-19; sin embargo, durante su estancia

---

<sup>55</sup> El filtro de aire HEPA (del inglés "High Efficiency Particle Arresting" o "recogedor de partículas de alta eficiencia") puede retirar la mayoría de las partículas perjudiciales, incluyendo las esporas de moho, el polvo, los ácaros y otros alérgenos irritantes del aire. También son denominados “filtros absolutos”. Fueron creados en 1950 por la compañía *Cambridge Filter* y estaban exclusivamente destinados a la industria militar con el fin de combatir los contaminantes de la fabricación de la bomba atómica. Actualmente, están adecuados a diferentes industrias (MedlinePlus, 2022).

<sup>56</sup> Al decir la palabra “Dioses” se refiere a personal de salud, principalmente del gremio médico con influencias administrativas en el hospital.

<sup>57</sup> En 1930, Michael M. Davis realizó un trabajo etnográfico en un hospital, donde destacó que tanto para una persona enferma como para su familia, el hospital representa una batalla entre la vida y la muerte. Véase Coser (1962).



hospitalaria daban positivo al realizarse una prueba covid. Esta área funcionó como una contención temporal a la necesidad de atender a población con esta sintomatología, ya sea población adulta o pediátrica, tal y como narra una de las encargadas de Psicología Laboral:

Fue más una necesidad. No fue tan premeditado como el Poliforum, por ejemplo. Fue una necesidad de ver que estaban llegando los pacientes, y a veces no decían en realidad sus síntomas. Entonces, ya cuando estaban adentro y los mandaban a algún estudio se dan cuenta que era lo que tenía. Y para no contagiar y no exponer también a los compañeros (empezaron a enfermarse: hubo una rachita de como 50 compañeros que quedaron así casi al mismo tiempo) buscando evitar eso fue que planearon esa estrategia del bunker. Mejor aislamos y protegemos como estrategia. Pues estuvo bien, pero la molestia pues sí fue que no bajarán el recurso como tal; y no tanto por el bono, el famoso “bono covid” que les dieron a algunos otros trabajadores de otros hospitales a nivel nacional, sino el recurso en cuanto a insumos, a que hubiera. A veces hasta los guantes los tenían contados. Entonces eso sí fue frustrante de alguna manera, porque al final somos compañeros, estamos todos aquí juntos. (Psicología Laboral, 08/11/21)

Ahora bien, ¿qué importancia tiene el bunker-covid en la ASM brindada en este periodo? Cabe recordar que, al cerrarse Consulta Externa, una de las primeras iniciativas y cambios en las prácticas de este espacio para el *Personal Psi*, fue la atención de un personal de salud con mucha incertidumbre y miedo por su ambiente de trabajo, al que se añadiría un bunker de atención de “pacientes covid”.

La encargada de gestionar y brindar el EPP al hospital durante la temporada crítica de la “primera ola” de la pandemia de covid-19,<sup>58</sup> describe los efectos emocionales en el personal de salud que participó en el “bunker hospitalario”. Este espacio se conformó internamente por una “isla” de médicos y otra de enfermería que concentraba entre 8 y 10 personas durante una guardia de 6 horas:

[...] nuestros compañeros nos comentaban, a veces salían llorando [...] cuando tenías un paciente que llegaba consciente y lo tenían que intubar, y el hecho de que el paciente: “no quiero” y tú le decías al paciente —me comentan las compañeras— “no, no te preocupes, va a ser un rato, te vas a dormir y después vas a despertar” y el hecho de que ya no despertaran, le pegaba demasiado al personal. Si tú que estás afuera te pegaba de que te decían que ya el paciente falleció, sí, y tú decías: “Híjole, pero ¿cómo?” a lo mejor llegó caminando, y lo vemos como de un momento a otro se deterioró y... y dices: “¿qué pasó?” [...] (Directora de Jefatura de Calidad, 02/12/21)

Aunque el personal de psicología implementó un área de relajación y atención grupal para cualquier miembro del hospital interesado/a, el personal de psicología y psiquiatría no implementó un proyecto especial para brindar atenciones al bunker-covid, pese a que la atención brindada en esta área (Bunker-covid y Urgencias) se volvió motivo

---

<sup>58</sup> Esta función la desempeñó aproximadamente de julio a octubre de 2020.

de malestares, ansiedades, angustias, para el personal de salud. La siguiente cita menciona información relevante sobre la ASM de esta área:

[...] sólo entró un compañero.<sup>59</sup> Luego se nos instruyó ya no entrar (*Risas leves*) porque estaba el conflicto de si éramos un hospital covid o no éramos un hospital covid. No teníamos los recursos para estar. Entonces se determinó que no. (Psicóloga de Medicina del Dolor).

Al no tener los recursos propios de un hospital covid, las atenciones dentro de áreas como “bunker” no se desarrollaban como una actividad prioritaria, pues requerían EPP especiales, los cuales no estaban destinados prioritariamente para el personal de psicología y psiquiatría.<sup>60</sup> Esto último, se contrapone a lo sugerido por la Secretaría de Salud y demás lineamientos internacionales al denominar prioritaria la ASM de esta población. Otras voces destacan más factores que imposibilitaron el acceso a estas áreas:

Mario: ¿Por qué no se hizo ningún trabajo respecto a las personas de Bunker?

Psicóloga: cuando yo llegué al servicio<sup>61</sup> habían quedado en el acuerdo, en esta parte de no entrar a los pisos porque no tenían seguridad y todo eso, por ese aspecto no se pudo como que... si no entrábamos a los pisos, menos querían entrar al bunker directamente. Fue por esa parte. Y entrando un poco a la dinámica que yo era nueva, y las dinámicas de las personas que habían estado aquí antes, tampoco hubo esa iniciativa de ir hacia allá. Aunado a que las jornadas entre semana son diferentes a las de fin de semana, las de fin de semana son un horario corrido de 8 de la mañana a 8 de la noche, y el enlace empieza desde las 7, o sea tienen una hora ellos, en donde la compañera sí puede llegar y decir: “bueno, con los que están o los que quieran salir un poquito antes, yo puedo trabajar eso” en el enlace de entre semana es diferente; porque ellos salen a las 3 — bueno, las enfermeras por lo regular salen a las 3— y empiezan a recibir 2, 2:30; entonces ya no hay como que el tiempo necesario, al menos una media hora que ellas puedan decir: “salgan, y vamos aquí, y las atiendo” y aparte la disposición de que salen cansadas y ya no querían nada. Y se entendía pues, ya lo que querían era irse a su casa. (Psicología Laboral, 14/11/21)

De los 16 psicólogos/as entrevistados solamente 2 realizaron actividades clínicas en el bunker-covid. Para resumir, en razón a los acuerdos tomados para prevenir contagios, se decidió no entrar a las áreas críticas como el bunker, pues no se cumplía con el EPP necesario para realizar atenciones con la protección adecuada; a esto se suma poca iniciativa por parte del personal para desarrollar atenciones en estas áreas. Ahora bien, respecto a las atenciones de salud mental brindadas a los profesionales de estas áreas

---

<sup>59</sup> Dos psicólogos entrevistados reportan haber entrado a brindar atenciones al área de bunker-covid; los dos, en casos pediátricos.

<sup>60</sup> En el caso de la psiquiatra del hospital, durante este periodo desempeñó sus funciones como médica general; por lo tanto, tendría la indicación de entrar al bunker, pero al dar positivo a covid-19, no accedió a esta parte del hospital.

<sup>61</sup> Esta psicóloga se incorpora a psicología laboral en abril de 2020. Previo a eso, era miembro de recursos humanos del hospital.

críticas (gremio médico y enfermería) y población atendida, es necesario señalar que las jornadas laborales del personal, previo, durante y posterior a la “temporada de bunker-covid”, no facilitan (al menos de lunes a viernes) que el personal disponga de tiempo para consultar los servicios de Psicología Laboral. Por último, para el personal de salud interesaba más retirarse de las instalaciones del nosocomio, de un espacio estigmatizado como un foco de contagio, que atender su salud mental dentro del recinto.

A pesar de lo ya descrito algunos/as miembros del personal de psicología continuaron atendiendo en el área de Urgencias, lugar colindante con el bunker-covid. Es decir, pese a inseguridades y rumores en los pasillos sobre el riesgo de contagio, eventualmente se solicitaban interconsultas que debían responderse.

Mario: ¿Cómo se sintió en esos primeros contactos?

Psicóloga: Pues era la incertidumbre también, aunque no se estaba atendiendo al paciente directamente con covid, pero sí te tocaba lidiar con los cuidadores. Entonces a veces los rumores de pasillos eran muchos: “Ese familiar es de paciente covid, cuidado.” Y era escucharlo muchas veces. Entonces... o en las interconsultas que te mandaban a urgencias eran más pesadas atender porque pues sabías que ahí estaba el búnker. ¡Uy! Sí te cuestionas ahí un poquito... al inicio, ¿no? Como había desconocimiento y todo eso sí te costaba acudir a la atención, pero se estaba presentando, otro tipo de paciente, no necesariamente covid, pero estaban en esa área precisamente; porque pues era compartido el búnker. O sea, sí, el área es así, pero está dividido; allá están los de búnker y acá estamos nosotros, pero de todos modos estabas en la misma área. Entonces el no tener material y todo eso, es como que... sí te cuestionabas un poco, si ir o no. (Psicóloga de Consulta Externa y Traumatología, 14/09/21)

Lo anterior, señala las estrategias para atender la salud mental en el servicio de Urgencias, lo que implicaba tratar con cuidadores o familiares de “pacientes covid”, creando espacios estigmatizados. Además, la percepción de riesgo de contagio al no contar con un EPP como KN-95 que prometía una mayor protección, hizo reflexionar sobre la vulnerabilidad en que el personal se suponía.

Por lo tanto, preguntarse por el lugar de la “salud mental” en la producción de una COE en este hospital de segundo nivel, es examinar cómo se percibía un panorama de crisis, de cambios y adaptaciones. Uno de los psicólogos de consulta externa reconoce que dicho contexto tuvo afectaciones en el personal de psicología, sólo por el hecho de pertenecer a un espacio hospitalario:

[...] se presentó tanto a nivel personal y a nivel paciente, por más que seamos trabajadores, o sea, los profesionales de la salud mental, hígole, lo del covid —como te decía la primera vez— es algo impactante puesto que fue algo nuevo. Fue rápido el proceso... el proceso de adaptación. Yo creo que fue más complicado, porque no se

veía, no es lo mismo cuando erupciona un volcán, ¿no? y ves la ceniza [...] (Psicólogo de Consulta Externa y Psicología Laboral, 28/10/21)

### **Percepción de riesgo y prácticas de atención a la salud mental**

Las actividades del hospital que determinaron el comienzo de protocolos y procesos de un “bunker-covid” permite problematizar la interacción del personal de psicología y psiquiatría, su papel en esta pandemia y cómo se enroló en la Cultura Organizacional Epidémica. Como se introdujo en el apartado anterior, a diferencia de quienes se dedicaron a atender a personas con síntomas de covid-19, el personal de psicología no recibió el mismo Equipo de Protección Personal en comparación a los que estaban en “primera línea”, es decir, quienes atendieron directamente a casos sospechosos y/o confirmados de covid-19. Miembros del personal de salud reflejaron esas emociones y síntomas de estrés y angustia, al considerarse parte de un lugar que era epicentro de enfermedades y contagios.

Has de cuenta que aquí en el hospital nos enfocamos más a trabajar con lo que era el personal, porque te digo, al inicio sí presentaban muchos síntomas de estrés [...] También entramos —y digo entramos, porque en su momento pues también para mí fue así como que algo nuevo y “no me quiero enfermar y no quiero enfermar a nadie en mi casa”, como en un tipo de “histeria colectiva”. (*Risas*) (Psicóloga de Medicina Interna, 21/09/21)

Esta “histeria colectiva” se adjudica también a ese personal “profesional” afectado por diferentes características de la pandemia dentro de su recinto laboral. Ello les convertía en una población vulnerable en torno a sus relaciones familiares cercanas o las personas con las que compartían su hogar.

Antes que empezara todo el contagio, ahora sí que toda esa *contagiadera* [...] ya estaba la preocupación porque era de: ¿cómo es? ¿cómo va a venir? ¿cómo va a ser el paciente que venga? hójole pues ahí hasta nosotros no sabíamos. Ya luego poco a poco en el transcurso del tiempo empezamos a ver los compañeros que salían positivos, y se veían un poco demacrados como una gripe, pero más... más devastadora. Pero sí... ya cuando empieza la gente a ver a las personas con covid, sí hay espanto, pero creo que también es parte de esta cuestión de que... a veces nosotros como seres humanos necesitamos ver, necesitamos ver cómo es, ver cómo es la situación, qué está pasando.

Entonces [...] nos empezamos a dar cuenta de que no dependías del 100% de estar en contacto con ellos, sino nuestro realismo, ¿cómo funcionaba? ¿cómo respondían? pues nos empezamos a dar cuenta también de que personal o personas que presentaban mejor optimismo, pues también salían... el impacto inmunológico era mejor. (Consulta externa y Psicología Laboral, 08/12/21)

Según los hallazgos, uno de los principales motivos de prevención del personal de psicología y psiquiatría era el miedo a señalarse a sí mismos como creadores de cadenas de contagios, es decir, contagiar a sus propias familias, algunas compuestas por adultos mayores. Ahora bien, en promedio, el personal de salud de psicología específicamente se mantiene en un rango de edad de 30 a 40 años, ubicándose en una población que por

cuestiones estadísticas no se clasificaba “de riesgo”. Situarse en este rango de edad y con características de salud aceptables, ayudaba al personal entrevistado a mantener una mejor relación con la crisis de salud acontecida.

[...] con el temor mayor de enfermar a tus padres, creo que uno de mis temores mayores era ese, cómo sabía... digo no sabía que yo pudiera aguantar un covid ¿veá? pero consideraba que era menos peligroso para mí, en comparación a ellos, porque hasta ahorita gracias a Dios no tengo una enfermedad, pero pues... ahora sí que, dentro de otras circunstancias yo creo que si hubiera tenido miedo extra. (Consulta externa y Psicología Laboral, 28/10/21)

[...] nos empezamos a enterar de... compañeros que se están contagiando: enfermería. Después te enterabas de que el familiar de la enfermera se enfermó; entonces ya se creaba, pues esa línea de contagio, o sea “tú llevaste el virus a tu casa”. Entonces muchos se aislaron; de no llegar a su casa o mandarlos a su familia a otra casa y ellos nada más, se quedaron ahí [...] por el temor.

Llegar a enterarte cada... cada día de que alguien más se había contagiado, o ya empezaban a salir que había fallecido algún médico o alguna enfermera o... otros servicios; por ejemplo, de radiología, laboratorio, que sí se llegaron a contagiar y fallecer en dado caso. Entonces, trabajabas sobre el miedo y lo que empezamos a hacer fue atender al personal. Porque se acercaba alguna enfermera y decía: “Es que... Me siento mal, no quiero venir, no quiero trabajar, no quiero tocar el paciente”. Era entendible pues era la situación que estaba pasando. “Temo enfermar a mi familiar” y era más por la falta de material. No se daban ciertas... Lo básico para que el personal se sintiera seguro de que no se iba a contagiar. Entonces sí se trabajó sobre... el personal. (Psicóloga en Consulta externa y Traumatología, 12/10/21)

Junto a temores, miedos de contagiar a la familia y ser un puente de contagio, las *Prácticas Psi* empezaron a trabajar para aliviar el miedo. En contraste, aquellas iniciativas desarrolladas respecto a la limpieza, el cuidado, filtros de sanitización que se tenían dentro del hospital también hacían suponer que el hospital era un espacio seguro.

Bueno, no sé, mi perspectiva, yo me sentía más seguro aquí que en la calle. Para los pacientes yo escuché, en las personas, en la gente conocida y en las redes sociales que preferían no venir al hospital. Porque decían: “Si no tengo acá, allá lo voy a agarrar, ya no me van a dejar salir”. Casi pensando que lo iban a entubar [...] pero no sé, yo me sentía más seguro acá porque sabía que la gente se tenía que cuidar. El personal de salud sabía que aquí ya había gente covid. (Psicólogo en Consulta externa y Psicología laboral, 20/12/21)

El hospital sería un lugar seguro porque ahí se mantendrían medidas preventivas como el uso del cubrebocas, caretas, lavado de manos, gel antibacterial, medición de temperatura al ingresar al recinto, mantener la “sana distancia”. Prácticas que en la vía pública, desde la perspectiva de entrevistados, no se realizaban.

Por otra parte, aquel personal que no desarrollaba directamente actividades en áreas críticas como Bunker o Urgencias, mantuvo una percepción de riesgo diferente, pues su

área de trabajo no era cercana a espacios estigmatizados como potenciales puntos de contagio. La encargada de psicología laboral de fin de semana señala:

Psicóloga: Yo los veía a todos agotados, preocupados en no enfermar a su familia, de no enfermarse ellos. Sí fue una época bastante difícil. Yo los vi sufrir mucho, mucho. Y yo parecía que lo sentía desde otra perspectiva porque... ya no lo sufría así. Sí veía la enfermedad, ok sí, me tenía que cuidar, lavarme las manos, ponerme alcohol, protegerme sí, pero no me sentía como alguien vulnerable, no sentía que me fuera a enfermar o que... no pensaba de esa manera; entonces yo observaba cómo actuaban todos, como cuando vas a una fiesta y todos se emborrachan y tú eres el único que está... (*risas*)

Mario: Sobrio. (*Risas*)

Psicóloga: ¡Sobrio! así me sentía. Porque sí los veía yo, sí, muy angustiados (*risas*) [...] sí claro me preocupaba pues, pero no, no a esos niveles. Aparte mi área como no es muy ah... como son sólo los compañeros (bueno a veces sí me toca bajar a piso pero...) como no estaba muy expuesta, pues también estaba tranquila ¿verdad? no estaba yo en la primera fila de atención, por eso creo que también estaba tranquila, pero ellos sí, sí sufrieron. (Psicología Laboral, 14/11/21)

De modo similar, el psicólogo adscrito al servicio de urgencias pediátricas, quien fue uno de los miembros de la jefatura de psicología que sí desarrolló actividades dentro del bunker-covid, describe sus impresiones:

Dentro del búnker sí, había más personas. Estaba dividido el búnker en la sala en el espacio de estar de los médicos que se le llama “central”, la central de enfermería y el filtro. En promedio yo creo que por guardia o por turno eran entre... entre 8 y 10 en total. Personal que tenía que estar ahí. Y pues no noté mucha diferencia, porque o sea, se conocían [...] creo que... sublimaban muy bien el estar ahí. No había, no sentí como estrés, mucho estrés. Creo que después, cuando salían pues ahí se desbordaban a lo mejor, pero dentro del búnker nunca vi. (Psicólogo de Urgencias Pediátricas, 20/09/21)

Quienes previo a la pandemia no solían desempeñar actividades en áreas de Urgencias, tenían una visión contrastante a la de este psicólogo. Desde sus experiencias, estas áreas se caracterizan por una situación crítica y compleja, presentando desafíos significativos. Por otro lado, según lo encontrado por Muñoz (2021b) los espacios estigmatizados no se limitan solo a las áreas destinadas para el tratamiento de pacientes con covid-19, sino que también se extienden a las zonas adyacentes a las habitaciones donde estos pacientes reciben atención, lo que provoca que el personal menos experimentado o con menos conocimientos sobre enfermedades infecciosas, evite estos lugares. Por lo tanto, la especialidad y antecedentes, así como la cercanía a las áreas críticas, causaron contrastes en la percepción de riesgo, importante para analizar las prácticas y estrategias de ASM implementadas en este periodo.

## Equipo de protección personal, marchas y autoorganización

Hasta ahora, se ha enfatizado el papel del personal de salud mental dentro del contexto hospitalario en la narrativa construida por los trabajadores de la salud. En el análisis de las estrategias de ASM, resulta importante considerar una característica adicional de la Cultura Organizacional Epidémica: el personal de psicología no fue considerado como parte del personal de primera línea para la atención de pacientes con covid-19 en el hospital, por lo que no recibió suficiente equipo de protección personal por parte de la institución. El siguiente fragmento es de una psicóloga de Medicina del dolor de 62 años, quien estuvo ausente del hospital durante gran parte del año 2020 debido a motivos familiares. Sin embargo, logró reintegrarse en noviembre de ese mismo año. Es decir, esta psicóloga formó parte de aquellos miembros del hospital que estuvieron en “resguardo” durante la pandemia de covid-19. En su retorno reconoce el temor de reincorporarse a su centro de trabajo, enfatizando en las características de suministrar del EPP por parte del hospital.

Psicóloga: De hecho, por ejemplo nosotros cuando íbamos a las áreas de Urgencias, pues llegamos con la careta y con cubre bocas, y pues ahora sí que de alguna manera pues daba cierto temor, porque había pacientes críticos que ingresaban y no se sabía que era. Y de repente ya veíamos que venían por el equipo que es especial para los de covid y decíamos “ay...” pero bueno... es parte del trabajo. Lo único que queda es confiar en nuestro sistema inmune (*risas*) pero sí [...] al menos yo, en lo personal, sí me dio ese temor.

Mario: ¿Este material que utilizaba era brindado por el hospital? ¿o era propio?

Psicóloga: Cubrebocas nada más nos daban uno. De hecho ayer acabo de comprar una caja y lo acabo de llevar a la casa [...] de hecho lo compramos porque nada más nos daban uno, firmamos pues por el cubrebocas que nos daban. (*Risas*) [...] para que nos dieran el cubre bocas y nada más era uno porque decían que no, que no había. (Psicóloga de Medicina del Dolor, 07/11/21)

Así que el personal de psicología se vio obligado a organizarse por su cuenta para obtener equipo de protección personal (EPP), ya que la institución no les proporcionó suficiente material. Debido a la alta demanda, productos como: cubrebocas KN-95, pijamas quirúrgicas, zapatos de plástico y caretas, experimentaron un aumento en sus precios habituales. Para afrontar esta situación, se unieron con trabajadores de otras especialidades y compraron en grupo a través de mercados electrónicos con el objetivo de conseguir mejores precios. Además de esta necesidad de protección dentro del hospital, surgieron negocios de EPP en el mismo recinto. Esta situación generó frustración en algunos profesionales, como en el caso de una psicóloga, quien consideró que era un abuso por

parte del personal que se encontraba en resguardo, ya que estaban convirtiendo las necesidades de protección en ganancias económicas.

En algún momento sí llegué a tronar. Creo que te conté que me quedo sin carro, porque se lo mandé a mis papás, por cualquier cosa, salieran corriendo. A mí el traslado se me hacía... ¡no, no, no, lo viví de otro modo! Los costos de cubrebocas (que no me pasa todavía) que una compañera le pague \$750 por cubre bocas y ella con 2 plazas<sup>62</sup> y yo decía ¡güey! (*sonido de aflicción*) [...] ella trabaja acá y trabaja en el pediátrico. ¡Y nos vendía los cubrebocas carísimos! Yo decía: “¡No manches o sea ¿cómo?!” pues finalmente todos sacaron su máscara. (Psicóloga de Medicina del Dolor, 05/10/21)

Que si lentes, careta, o sea todo esto que también era hasta estresante tratar de conseguir cubre bocas, porque el hospital pues no nos brindó el material necesario y lo tenías que conseguir tú y pues los cubre bocas carísimos, o sea no los podías encontrar tan fácil [...] Tenía al principio de los tricapa “no, es que debes de usar doble, y debes de usar KN-95”, sí pero están carísimos (*risas*) o sea al principio. (*Sonido de afirmación*) Ahorita por ejemplo ya la caja cuesta, de 50 como unos 200 pesos, inclusive unos 250. Estaban casi en \$1,000. Y a veces, era así de que... yo veía que era mi compañero el que los estaba vendiendo, y yo decía... pues... (*risas*) justo en esa época también había un pasante de Psicología que estaba vendiendo tanques, yo no sé si su familia tenía como algo médico o qué, pero estaba vendiendo. Y los cubrebocas; por ejemplo, el tricapa, la cajita de 50, como 600. O sea sí... sí eran precios elevados y pues sí, sí era estresante [...] (Psicóloga de Pediatría, 06/10/21)

A pesar de esa disminución de actividades, estar presentes en un hospital de segundo nivel de atención sin las medidas de cuidado necesarias, fue motivo de crisis y ansiedades en aquellos encargados de atender estas mismas aflicciones.

Estaba yo en la noche, me estaba costando trabajo dormir, pues ya eran como las 3:00 am y no conciliaba el sueño. Y de repente me empezó un hormigueo, dolor de cabeza, empecé a temblar y empecé a tener palpitaciones como cuando te asustas mucho y te queda esa sensación. Y sentía que mi habitación se hacía más pequeña y dije: “me está dando un paro cardíaco, me voy a morir”. [...] “¡Pero no muero! ¡¿qué pasa?!” (*risas*) “¿qué pasa?” pues dije: “no, es un ataque de pánico” y empecé a llorar y a llorar. Y encomendarme a Dios, a orar, y decía: “no pues es la ansiedad, tú conoces, tú eres psicóloga. Tú conoces sobre cómo calmar la ansiedad o cómo canalizarla.” O sea, lo hice, para eso ya me habían dado las 4:00 am. Hasta no sé cómo, quedé dormida. Entonces ahí fue ya dije: “no, esto no está bien tengo que ir a terapia.” [...] fue como en mayo, ¿cuándo empezó la pandemia? en marzo ¿verdad? [...] entre mayo y junio, fíjate. Porque creo que en mayo estaba fuerte ¿no? [...] pues por esa fecha, cuando estaba el pico del primer brote. (Psicóloga de turno nocturno, 03/12/21)

Percibí que todos teníamos temor. Que todos teníamos angustia, sobre todo cuando por ahí sacaban en algunas redes sociales, que algún compañero o algún médico había fallecido. Se tornaba más la tensión, pero nosotros sabíamos que teníamos que estar aquí para atender a los pacientes. Y la carga de trabajo también fue un poco más, porque muchos de nuestros compañeros se fueron de resguardo por condiciones de riesgo, por tener hipertensión, ser diabéticos, sobrepeso, se fueron de resguardo o ya tenían de 60 años y más. Se fueron de resguardo y se quedaron menos médicos, menos médicos

---

<sup>62</sup> Se refiere a que una persona ocupa dos cargos laborales. Cada uno de ellos en diferente institución pública de salud.



interactuando. Entonces sí, siempre había un temor, y temor también para actuar, ir interaccionando cuando veíamos a un paciente o las cápsulas de los pacientes. Creo que la incertidumbre era una situación que todos teníamos y nos angustiaba. Incluso de cuidarnos, creo que había un grado de exageración, porque muchos en la Guardia ni siquiera se sentaban, por no querer tener contacto con un sillón o estar sobre un escritorio. (Psiquiatra, 17/12/21)

En particular, una miembro del equipo responsable de las estrategias de ASM dirigidas al personal de salud, reportó haber sufrido tres "ataques de pánico": uno dentro del hospital, otro en casa (que ya se describió); y el último, mientras caminaba por la calle.

El abastecimiento de Equipo de Protección Personal (EPP) por parte del hospital dependía de las áreas en las que se laboraba, es decir, se daba prioridad al personal que se encontraba en áreas de Urgencias o Bunker-covid. Sin embargo, al ser un hospital de segundo nivel de atención, donde el personal de psicología recorre diferentes espacios para atender las interconsultas solicitadas; el uso correcto y suministro de EPP, era una preocupación constante. Respecto a lo anterior, una psicóloga que desempeña actividades en hospitalización narra cómo el personal de psicología tuvo que adaptarse a esta nueva necesidad, ya que este tipo de cuidados eran nuevos en su gremio:

[...] todo lo que tú traías era por tu costo. [...] si querías los cubrebocas "KN" eran carísimos, no accedías a obtener como tal, y los médicos sí manejaban. Y pues ya ves la diferencia entre el médico o la enfermera, era diferente lo que estaban utilizando. [...] Entonces ya lo que conseguías era por parte... propia, sí, sus propios recursos. Ya tú elegías qué comprar porque los costos pues se empezaron a elevar por la misma demanda. Las enfermeras y los médicos tenían diferente material de cuidado. Entonces todo era así como que novedoso y caro, pues porque no conocías caretas, googles [...] uso de gel y todo eso era más... más complicado. (Psicóloga de Consulta Externa y Traumatología, 14/09/21)

En medio de un momento agitado de salud, no tener el mejor material de protección, al menos desde la perspectiva del personal operativo de psicología y psiquiatría, provocó quejas por parte de aquellos y aquellas que estaban en áreas críticas, como de personal que compartía actividades en áreas de Urgencias y Hospitalización.

Estas inconformidades de EPP produjeron que el 1ro de mayo de 2020 —dos meses después de haberse decretado la emergencia de salud por covid-19— Día del Trabajo en México, el personal de salud de este hospital saliera de su centro de trabajo para hacerle notar a la población en general que los insumos de protección personal no llegaban al recinto de salud. Además, que el EPP utilizado se compraba con el dinero de las y los trabajadores. Por ejemplo, se exigía el abastecimiento de medicamentos, cubrebocas, gel

antibacterial, caretas, y la contratación de personal que cubriera los puestos de aquellas y aquellos que fueron retirados por tener características de salud que les ponía en riesgo.

Estas manifestaciones que buscaban mejorar las condiciones de ese EPP fueron motivadas principalmente por aquellos y aquellas que realizaban actividades en áreas como el Búnker-covid y el área de Urgencias, pero se sumó el personal de cocina,<sup>63</sup> administrativos, de laboratorio, enfermería, y de psicología, con el objetivo de apoyar a sus compañeras y compañeros de trabajo.

La incertidumbre, el miedo a contagiar a familiares y la llegada abrupta de una pandemia sin las condiciones para sentirse seguras y seguros dentro del recinto, fue agudizando esos afectos y sentimientos que se relacionan con episodios de ansiedad y angustia. Por ejemplo, la psicóloga del servicio de traumatología narró que durante un desayuno en el comedor, punto de reunión de diferentes gremios de la salud que conforman el hospital, “un compañero de Trabajo Social recibió una llamada donde le avisaban que su madre había fallecido de covid-19. Se soltó en llanto, tuvo una crisis y se le apoyó. Se llamó a sus compañeros para que no manejara solo. Entonces, sí crecía el enojo, ya no querías volver al siguiente día”.<sup>64</sup> Lo que cada vez se volvió más frecuente. “En agosto, ya se había salido de control”, pero dichas marchas no tuvieron mayores efectos. Incluso, el hospital no fue reconocido como “hospital covid”, continuando sus labores con el mismo presupuesto.

Experiencias como estas, junto a la recepción de noticias de familiares contagiados, fallecimiento de colegas de este mismo recinto hospitalario (o de otros) convirtió al hospital en un espacio difícil de soportar. No obstante, el personal de salud tenía que continuar con sus actividades, ya que no debían frenarse totalmente. Es decir, a pesar de diversos cierres y modificaciones de las prácticas cotidianas, poco EPP, la productividad de atenciones del personal de psicología debía mantenerse en números equivalentes a los presentados previo a la pandemia.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> Cabe señalar que la cocina, así como áreas de laboratorio y diagnóstico eran utilizados por la “Clínica de atención respiratoria covid-19” (hospital covid) creado en el Poliforum de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

<sup>64</sup> Información mencionada en conversación con una psicóloga.

<sup>65</sup> Datos proporcionados por la Jefatura de psicología del hospital, señalan que el número de atenciones registradas durante el 2020 descendió casi en un 50% en comparación de las atenciones hechas durante el 2019. En el capítulo 4 se detalla esta información.

Por lo tanto, surge como alternativa que las y los miembros del personal de salud se apoyen y adecúen para comprar material y solventar sus necesidades de protección.

[...] nos unimos así: “bueno tú lo pides y ya te cooperamos, ya yo pago para el envío y todo eso”, pero como se compraba en cantidades para que fuera otro precio, más accesible, pero sí fue... no de manera oficial, pues eran materiales que venían de Asia y yo creo (*risas*) [...] sabíamos que no eran así los oficiales ¿no? [...] alguien juntaba como que un grupo de personas de 20, y decía: “ya voy a pedir tal cosa” por ejemplo, caretas “¿quién quiere?” y “están a tal precio” y todo. Entre nosotros pasábamos la voz de si quieres o no quieres, van a pedir, así hicimos equipos. Así empezaste a hacer tu material de protección. (Psicóloga de Consulta externa y Traumatología, 16/11/21).

Psicóloga: Siempre el uso de cubre bocas. Al inicio (*risas*) pues siempre el uso del KN 95, aunque estaban carísimos también.

Mario: ah ¿sí? ¿Y dónde los conseguía?

Psicóloga: Pues donde encontraba, porque hasta eso hubo escasez en un tiempo. Entonces por eso mismo se... aquí hubo unos compañeros que también vendían; entonces, ahí se encontraba un poco más económico, o si alguien encontraba económico avisaba y ahí se iba a comprar ¿no? en un inicio también por parte del sindicato, estuvo dando unas caretas eh... muy... digamos... artesanales. O sea, ellos mismos elaboraban las caretas, le ponían como foamy. Ellos estuvieron donando esas caretas, entonces también era el uso de la careta, el cubre bocas y el antibacterial (que no faltara pues) si ya no nos lo daban aquí pues uno lo tenía que traer. (Psicología Laboral, 15/10/21)

En páginas anteriores se señaló que personal de salud del hospital utilizó la alta demanda de Equipo de Protección Personal para negociar y obtener beneficios económicos con este tipo de materiales; sin embargo, los acuerdos con miembros de otros gremios como enfermería o gremio médico también sirvieron de apoyo en el abastecimiento de material de protección y, en consecuencia, la prevención de contagios de covid-19. Por ejemplo, la psiquiatra del hospital, quien desarrolló actividades en Medicina Interna, decidió junto a otros médicos/as, comprar con su propio dinero EPP mientras este era abastecido por el hospital. Sin embargo, las altas demandas de material de protección también obstaculizaron la obtención del equipo requerido.

Mientras llegaban los apoyos de darnos el material adecuado o mínimo indispensable para trabajar, lo cubrimos nosotros mismos y eso también era muy angustiante. Era angustiante porque prácticamente no sabíamos cuánto iba a durar o qué teníamos que hacer, empezamos a gastar en... en material para que tuviéramos mayor protección, y muchas veces no estaban a la mano mucho de lo que uno solicitaba. Entonces eso también como que generó un grado como de más tensión, de no saber cómo, en qué momento iba a ser más fluido el conseguir el material necesario para podernos proteger. (Psiquiatra, 17/12/21)

Desde el área gerencial del hospital, la encargada de suministrar el Equipo de Protección al personal de salud del hospital considera que el material brindado era de buena

calidad; sin embargo, muchas veces los problemas y quejas suscitadas sobrepasaban su responsabilidad.

A veces me hablaban: “—Oye es que se rompió el cubre boca — Pues agarra otro.” A veces no es que no fuera de calidad, sino pues el uso o tú sabes que a veces te dan 100 y a veces de los 100 pues te va a salir uno o 2 malos [...] nos ha pasado ¿no? O a veces que uno quiere que quede tan... pegadito que lo jala uno tanto, “híjole, ya se rompió”.

Era toda esa logística de estar constantemente que llegó al punto que yo decía: “ya no quiero esto, ya me cansé”, hasta me ponía yo más ansiosa, más estresada sin estar con paciente [...] porque la gran responsabilidad que tenía ante mis hombros era que el personal estuviera con su equipo completo. Entonces al final, híjole, ¿y si no? a veces me dormía: “¿Será que si les va a alcanzar, será que no va a llegar otro?” estuve así desde abril hasta junio, todos esos meses. (Directora de Jefatura de Calidad, 02/12/21)

Como señala el testimonio de un importante miembro del área gerencial que tenía bajo su mando administrar el material de protección al hospital, algunos problemas de la calidad de este material; por un lado, eran propios del uso que se les daba y del margen de error de un producto. También, se reconoce que el ambiente de este espacio era muy tenso, y el personal operativo y gerencial presentaba síntomas de ansiedad y estrés debido a la responsabilidad adjudicada en estos momentos, pese a no trabajar directamente en espacios como el área de Bunker o Urgencias. Se añaden factores que influyen en la percepción de riesgo y que produjeron cambios en la forma de representar el espacio hospitalario.

Pues miramos que los médicos tenían otro tipo de material que las otras personas podríamos utilizar. Empezamos a tener conocimiento de que personas se estaban contagiando, estaban presentando ciertos síntomas. No había una vacuna. Entonces, eso sí... sí llega a afectar tu percepción de estar laborando en un hospital. Igual y antes venías más confiado a trabajar, decir, bueno, no utilizo mascarilla, porque pues no... al menos que entraras a un cuarto de aislados, ver a un paciente que necesitaba que se cubriera, se utilizaba. Posterior a eso no lo utilizabas. Entonces... esa percepción si llegabas a tener como que... la responsiva ¿no? si no te cuidas y estás en un ambiente laboral, ya es tu... problema. Si te llegas a contagiar o no. Entonces sí recae mucho en la persona. (Psicóloga de Consulta Externa y Traumatología, 12/10/21)

La insuficiencia de equipamiento de protección personal es un asunto relevante en el contexto de la COE, ya que eleva el peligro de contagio y propagación del covid-19 entre el personal médico y los pacientes. Esto contribuye a la sobrecarga laboral, el cansancio, y el estrés emocional y psicológico del personal de salud, lo que conlleva a impactos negativos en su bienestar físico y mental. No obstante, aunque la falta de equipo de protección personal puede ser un factor significativo en la atención de salud mental durante la pandemia de covid-19, es importante señalar que su uso no garantiza completamente la prevención de la transmisión del virus. Por ende, aun siendo crucial el uso del equipamiento

de protección personal adecuado, se requiere atender factores como la sobrecarga laboral y cansancio del personal de salud.

### **Adaptación: exigencias, recursos y normalización**

Durante la pandemia de covid-19, las prácticas y representaciones del hospital han generado una percepción estigmatizada de este espacio. Se ha producido un nuevo reconocimiento del hospital y, como resultado, el personal ha adoptado nuevas formas de vivir y trabajar en este entorno; por ejemplo, la inclusión del equipo de protección personal (EPP) en las prácticas de atención física y mental. Ante la necesidad de satisfacer las demandas del personal de salud y de la población en general, a pesar de las limitaciones de recursos y de las características propias de una Cultura Organizacional Epidémica, se han llevado a cabo ajustes para establecer una "nueva normalidad" donde la capacidad de adaptación está implícita y explícitamente acentuada.

[...] teníamos que brindar la atención a nuestros compañeros, a las personas que vinieran, o sea, era eso: Meterte el rollo en la cabeza de que venías a desempeñar tu labor, independientemente de todo, porque había personas que “no, pues es que yo no me voy a arriesgar”, pero pues es que ese es tu trabajo, ¿no? Y desafortunadamente en esta condición, pues tendrá que ser así, un poquito más riesgoso, pero pues ni modo. (Coordinación de la Jefatura de psicología, 06/12/21)

Considerando este empuje a continuar con las actividades por parte de la coordinación de la jefatura de psicología, una de las palabras que ayuda a comprender las prácticas del personal de psicología y psiquiatría durante la pandemia es la capacidad de “adaptación” ante un panorama incierto. La adaptación seguiría una indicación de progreso, es decir, pese a una Cultura Organizacional Epidémica donde el riesgo de contagio es parte de su estructura, el concepto de “adaptación” es referido aquí como la manera de continuar desenvolviéndose en estos espacios.

[...] tal vez el problema fue al inicio de todo, cuando no se había establecido bien un protocolo, todos estábamos así de que: “ningún medicamento hace efecto” “¿y qué tal si me contagio”, “¿y qué tal si traen todos los pacientes para acá para el hospital?”; entonces realmente como estábamos a la deriva de decir qué es lo que va a pasar o cómo debemos de actuar, pero pues ahorita realmente no, yo creo que todos nos hemos ido adaptando. (*risas*) (Psicóloga de Medicina Interna, 16/12/21)

En el capítulo anterior, se mantuvo una discusión sobre la exigencia a los pacientes de adaptarse al tratamiento o a las características de una Cultura Organizacional Biomédica durante su estancia en un hospital de segundo nivel de atención. Ahora bien, una de las características primordiales de esta pandemia es que el personal de salud, al pertenecer

naturalmente a un contexto de crisis, les hace situarse como una población propensa a malestares subjetivos, revirtiendo la fórmula.

Cuando vuelvo, que estuvimos un periodo fuera del hospital, y volver a retomarlo... sí, con cierto temor a que todavía nos podíamos contagiar. Sobre todo que tenemos una familia que cuidar, que en un momento dado, nosotros pudiéramos ser los agentes portadores del virus y contagiar a nuestros seres queridos. A mí sí eso me causa un poco de temor, pero fuera de eso conforme hemos ido trabajando y todo, y ha ido pasando el tiempo, siguiendo los protocolos de cuidado y todo eso pues como que vamos agarrando más confianza y ya podemos, bueno, al menos yo en lo personal, pues me siento más confiada y ya ese temor como que se fue. (Psicóloga de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, 21/11/21)

La adaptación sería una orientación y exigencia propiciada a través de protocolos, compañeros/as de la institución, y ajustes a nivel individual. Mediante sus diferentes autoorganizaciones y estrategias, el personal de salud tendría que adaptarse, así como un paciente tiene que recurrir a la adaptación hospitalaria, tanto en sus cuidados y quehaceres en este espacio. Lo anterior, brinda un panorama para analizar cómo la pandemia provocó en estos profesionales que ofrecen ASM, la producción de nuevos estándares de salud y normalidad cuando la estabilidad emocional tendría que lograrse para atender la salud de terceros.

[...] lo que te decía la Secretaría de Salud, o sea: sana distancia, lavado de manos, gel antibacterial, el uso de gel, el cubrebocas, la careta... pero llegó un momento en el que yo, eh... Era tanto mi... tanto esto de lavarme las manos. Desarrollé una especie de TOC<sup>66</sup> (que creo que ahorita ya todos lo tenemos) un pequeño... una obsesión por lavarme las manos [...] tocaba algo e iba a lavarme las manos. O sea, cada ratito limpiar mi celular. Yo decía: “Bueno, pues va a llegar un momento en que esto va a ser normal” y ahorita ya lo es. Cuando antes: “Pues oye, ¿qué te pasa porque estás limpiando tanto tu teléfono o porque limpias tanto tu mesa de trabajo?” Me pasó eso. (Psicóloga de turno nocturno, 27/09/21)

Es decir, estas prácticas “obsesivas” que fuera del contexto de una Cultura Organizacional Epidémica se señalan como un exceso, se incorporaron como una práctica aceptada que apoyaría la adaptación a un recinto percibido como de riesgo. Finalmente, lo que se tiene que producir en el profesional de la salud es una adaptación a su contexto, lo cual equivaldría a una sanidad y normalidad, generando formas de afrontar las incógnitas que se presentan en la vida diaria hospitalaria.

Sí, a mí me parece que el área o las áreas de hospitalización, son áreas en constante adecuación, en constante modificación de su forma de atención hacia los pacientes. Se tiene que adecuar bajo calamidades pandémicas. Hace cuatro o cinco años cuando estuvo muy de moda el dengue, la Chikunguña y todo esto también fue un momento,

---

<sup>66</sup> Trastorno obsesivo compulsivo.

eh... Pues de adecuación al área, inclusive al área física, al área de contacto, digamos, con los pacientes. (Psicólogo de Urgencias Pediátricas, 04/10/21)

El personal de salud considera indispensable la creación y adaptación de una Cultura organizacional que permita hacer frente a la epidemia; sin embargo, esta adaptación no debe depender exclusivamente de la velocidad en la que se producen. Es necesario replantear la idea de que la buena adaptación es la más rápida. El psicólogo del área de Urgencias señala su experiencia de adaptación.

Cuando yo me reincorporo en octubre del año pasado<sup>67</sup> empiezo, allí igual en urgencias pediátricas a atender. Y el periodo de adaptación, me parece que fue como de cuatro meses; me refiero a que el periodo de adaptación, adaptarme al uniforme, adaptarme a los protocolos sanitarios y adaptarme a la distancia con lo que se atendía fue una transición de adaptación compleja, muy muy complicada. (Psicólogo de Urgencias Pediátricas, 20/09/21)

En síntesis, dinámicas del *Personal Psi* se realizaron entre adaptación y ansiedad, vertiente de emociones entretrejida entre una Cultura Organizacional Biomédica y una Cultura Organizacional Epidémica. Para ilustrar, en el caso particular del personal de psicología que atendió a personal de salud, uno de los efectos que se tuvieron que soportar y resolver fueron los propios episodios de ansiedad; por lo tanto, se buscaron maneras de hacer soportable la situación acontecida. En algunos casos, se demandaba atención psicológica con sus terapeutas de cabecera.

Porque ya me sentía muy ansiosa, y busqué nuevamente mi terapeuta, y ahí fue que descargué un poco la emoción que llevaba: el miedo, la tensión, el estrés. Y fue que me tranquilicé, me relajé un poco más. Cambio de enfoque. Todas esas ideas que tenía sobre la pandemia. Y fue que me relajé mucho. (Psicóloga de turno nocturno, 03/12/21)

[...] sin embargo tenemos que estar, bueno, yo estoy en terapia para ir procesando todo, y adaptarme al nuevo... a la nueva vida que es eso, la adaptación. (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos, 20/11/21)

Atender su salud mental fue útil para soportar y adaptarse a diversos factores ya descritos. Hubo quienes no recurrieron a tratamientos biomédicos; por ejemplo, reunirse con el pastor de la iglesia (al profesar una religión), leer, pintar, ver películas; o en el caso del coordinador de Medicina Interna, conversar con sus familiares. Por ejemplo, para soportar y atender su propia salud mental, el encargado del Comité covid mencionó que diariamente manejaba su bicicleta por las tardes, como una manera de despejarse de sus actividades. Sin embargo, ocupaba sus espacios libres con trabajo, es decir, mantenerse

---

<sup>67</sup> Se incorpora al área de Urgencias en octubre de 2020.

permanentemente ocupado era un tratamiento ante los malestares suscitados en dicho periodo. De modo similar, para una psicóloga de Medicina del Dolor, estar en el hospital permitía normalizar la situación; y tener tiempo libre en casa era contraproducente, pues las preocupaciones acrecentaban.

Estando acá era súper normal, estando en mi casa estaba en otra situación. Como que me llegaba todo el tema de preocupación: mis papás, mis hermanos. Y cada vez lo normalizaba un poco más, porque estaba como el mayor contacto así. Ahora lo concluyo, prefería estar en el hospital porque me ayudaba como a normalizar la situación, sí. Al principio era impactante como cuando salían los mentados “gusanitos” estos donde iban... los que salían positivo, ya ves (yo les llamo “gusanitos”) (*risas*) y que “ya cerraron acá”. Dije: “¿En qué momento se hizo tan normal?” “Está cerrado” y entonces en lugar de si ibas al piso uno, subías hasta el tres para luego bajar del otro lado... se empezó como a normalizar. (Psicóloga de Medicina del Dolor, 06/10/21)

En el caso particular de la psiquiatra de este recinto, su integración con el cuerpo médico debido a la convivencia en guardias y el compartir angustias, permitió que la situación de la pandemia se "naturalizara" en cierta medida, es decir, se volviera parte de la realidad cotidiana del equipo médico.

Después como estamos todos aquí, nos fuimos integrando más, conociendo más, de tal manera que creció la amistad y cooperación entre nosotros. Y nos dimos cuenta de que llegó un momento en que ya habíamos naturalizado toda esta situación. (Psiquiatra, 17/12/21)

Finalmente, es relevante enfatizar en estas características propias que dan lugar a la producción, mantenimiento y reproducción de una Cultura Organizacional Epidémica por parte del personal de psicología, psiquiatría y otros miembros del hospital. Sin embargo, aquí no se mantiene que la adaptación es precisamente un sinónimo de bienestar o ideal a seguir, sino un recurso de un espacio que no se detiene, y donde la adecuación es una característica relevante para el usuario y los profesionales de la salud gerenciales y operativos.

Como se ha mostrado, estos dos espacios en los que se divide un hospital, gerencial y operativo, tuvieron que rehacer, proponer estrategias; y al mismo tiempo, resolver con cualidades que se ajustarían a las necesidades entre pares, cavilando entre el bienestar del paciente; y al mismo tiempo, en la vulnerabilidad del personal de salud.

## **Conclusiones del capítulo**

En el desarrollo de este capítulo se mostró que la iatrogenia pandémica (Muñoz y Cortez, 2022) se refiere a los efectos negativos que surgen como resultado de la respuesta



sanitaria a la pandemia de covid-19. Este es un fenómeno complejo, el cual se deriva de la interacción de múltiples factores. A continuación, se sintetizan algunos de ellos.

- **Priorización del covid-19:** La pandemia llevó a la priorización del covid-19 en la atención médica, lo que obligó a suspender o modificar las prácticas habituales de atención, así como la adopción de adaptaciones rápidas y complejas destinadas a gestionar el riesgo de exposición y transmisión del virus, descuidando otras enfermedades y condiciones de salud.
- **Falta de recursos:** La pandemia puso de relieve la falta de recursos en el sistema de salud, limitando el acceso a atención médica de calidad y a los recursos necesarios para la prevención y el tratamiento de enfermedades.
- **Fatiga del personal de salud:** El personal de salud presentó una carga laboral excepcional durante la pandemia, causando fatiga, estrés y agotamiento emocional. Provocando afectaciones en la calidad de la atención y la toma de decisiones.
- **Falta de equipo de protección personal (EPP):** La escasez de EPP expone al personal de salud a riesgos de infección y enfermedad, afectando la salud y el bienestar de las y los trabajadores.
- **Desigualdades estructurales:** La iatrogenia pandémica se ve exacerbada por las desigualdades estructurales en el acceso a la atención médica y los recursos de salud que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos de la población.

La iatrogenia pandémica es un resultado; por un lado, de la atención inadecuada y deficiente; por otro, se debe a factores estructurales y culturales previos, así como a la necesidad de priorizar la atención médica para el covid-19 (Muñoz y Cortez, 2022). Cabe destacar que esta priorización no es un problema en sí mismo, pero la forma en que se implementa puede tener efectos iatrogénicos en otros aspectos de la salud, incluyendo la salud mental.

Es importante destacar que el hospital es un sitio lleno de contradicciones, pues brinda servicios de emergencia de manera imparcial, mientras se rige con sus propias normas y códigos (Goffman 1970; Freidson 1970). Es un espacio donde se toman decisiones y se llevan a cabo acciones. Al mismo tiempo es un lugar lleno de incertidumbre (Fox, 1959) que puede inspirar confianza por la atención que se brinda, como temor ante la enfermedad y la muerte. Es una insignia de la modernidad y un espacio de reproducción de

un orden social, donde se combinan tradiciones terapéuticas que están en constante negociación (Fortin y Knotova, 2013). Dichos intercambios no siempre conducen a la solución de tensiones, incluso las negociaciones pueden repetirse durante bastante tiempo en favor de las limitaciones presentadas. Por lo tanto, se considera que el hospital es un espacio de negociación; al mismo tiempo, de resistencia al cambio (Strauss, et al 1992) pero sin mantenerse estático, como las emergencias acontecidas dentro y fuera de este espacio.

En julio de 2020, de 2800 hospitales públicos en el país 903 se habían reconvertido para incrementar la capacidad operativa y cubrir con la demanda de atender pacientes con covid-19 (Muñoz y Cortez, 2021). Durante la pandemia de covid-19 la Secretaría de salud (2020) señaló la importancia de contemplar la salud mental en los espacios de este hospital; no obstante, los lineamientos oficiales para la atención de salud mental no se presentaron hasta mayo de ese año.

Las experiencias del personal de salud entrevistado muestran la producción de una Cultura Organizacional Epidémica (Muñoz y Cortez, 2021) a través de la reconstrucción hospitalaria compuesta por artefactos y la generación de materiales simbólicos y procesos de reorganización de riesgos a nivel gerencial y operativo. La COE, por supuesto, tiene preconcepciones. De hecho, investigaciones demuestran que muchos de sus elementos están relacionados a lo ocurrido en anteriores epidemias. Por ejemplo, en el libro "Historia de la Medicina" de Douglas Guthrie, se hace referencia a Sydenham y se presenta un relato de lo ocurrido durante la epidemia de peste de 1665 en Londres, lo cual es posible comparar con los eventos de la pandemia de covid-19 (Guthrie, 1947; Serrano-Cumplido, 2020). O también, en una ilustración del libro del Dr. Francisco Chicoynau "Der Pestarzt" de 1720 aparece un infectólogo vestido con una larga túnica y una máscara que recuerda a las actuales mascarillas con forma de hocico de perro (Ledermann, 2003). Los médicos que atendían a los enfermos de peste se protegían utilizando máscaras y perfumes para evitar el contagio, algo similar a lo que se vió durante la pandemia de covid-19.

Incluso, aunque los avances y controles sanitarios son más rápidos, las reacciones siguen siendo las mismas. Durante el brote de ébola, volvieron a aparecer escenas de terror en los hospitales africanos, donde se negaba la atención a los enfermos y los laboratorios se negaban a trabajar con el virus, argumentando que las condiciones de seguridad no eran

adecuadas. Es decir, se huye ante la posibilidad de contagio, se realizan aislamientos forzados o voluntarios, se gestiona mediante cuarentenas, se realizan procesos de desinfección y diversas medidas sanitarias ante la transmisión (Ledermann, 2003). Sin embargo, la importancia de enmarcar la Cultura Organizacional Epidémica en este capítulo se concentra en las características particulares que la engloban; por ejemplo, las representaciones de la salud mental que caracterizan al contexto covid-19, antes, durante y posteriormente. En el segundo capítulo ya se mencionaron tales representaciones y cómo se vinculan con los objetivos de un hospital. En este sentido, es relevante enfatizar cómo el covid-19 ha incorporado nuevos recursos materiales y simbólicos para continuar con esos objetivos; por ejemplo, el uso de equipos de protección personal para el tratamiento y cuidado, modificaciones y limitaciones espaciales en el recinto, así como los efectos que tienen estas dinámicas en el personal de salud y pacientes.

Analizar la COE de la salud mental muestra cómo se representaron estrategias y objetivos en las posibilidades hospitalarias de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Por ejemplo, los resultados explicitaron las diversas formas de entender y vivir en el hospital a partir de las heterogéneas percepciones de riesgo del personal de salud. En este contexto, se entiende que la percepción del riesgo es determinada por la cultura de una sociedad, como lo sugiere Douglas (1986), y se utiliza para evaluar las prioridades sociales. En otras palabras, al combinar las experiencias individuales (Lupton, 1999) se identifican las estrategias adecuadas para enfrentar una amenaza.

La creación de una Cultura Organizacional Epidémica (COE) ha supuesto a nivel mundial, y en el caso específico de México, procesos de reconversión hospitalaria y de reorganización profesional al interior de los hospitales, con implicaciones simbólicas y materiales respecto a las representaciones sociales y condiciones de la práctica médica, y en este caso, a la atención de salud mental. La información presentada indica que el hospital de segundo nivel de atención en Tuxtla Gutiérrez comenzó a desarrollar medidas correspondientes para enfrentar la epidemia de covid-19 desde diciembre de 2019.

En palabras de Muñoz y Cortez (2021) la nueva Cultura Organizacional Epidémica presenta diferencias significativas en comparación con la Cultura Organizacional Biomédica previa, especialmente en dos aspectos. En primer lugar, en la calidad y pertinencia de la atención médica al abordar una nueva patología previamente desconocida,

concentrando sus esfuerzos en la atención de esta y posponiendo temporalmente la atención de otras enfermedades. En segundo lugar, en la generación de vulnerabilidad tanto para el personal médico como para los pacientes que no padecen covid, al establecerse como una medida de gestión y mitigación del riesgo de exposición al virus.

En el contexto del estudio, el hospital analizado fue identificado como uno de los centros médicos más significativos en Chiapas para la gestión de la pandemia de covid-19. El hospital brindó apoyos fundamentales al “hospital covid” de la capital chiapaneca<sup>68</sup>; por ejemplo, servicios humanos y tecnológicos que se traducen en servicios de cocina y diagnóstico de laboratorio. Sin embargo, tal condición y relación entre hospitales generó incertidumbres en el personal de salud. A esta percepción de riesgo hay que sumar la información que circula entre pasillos, noticias inexactas, la información producida y compartida entre el personal médico, el conocimiento adquirido a través de cursos de capacitación y una comprensión errónea de los mensajes de salud (Bao, 2020).

Como parte de la COE, la creación de un área especial como el bunker evidenció la necesidad de adaptación y cambios en la atención de la salud; al mismo tiempo, la falta de equipo de protección personal generó ansiedades y angustias en el personal de salud durante la pandemia de covid-19 (Fernandes y Ribeiro, 2020; Erazo et al, 2020; Ferrán y Barrientos-Trigo, 2021; Danesi et al, 2022). En este sentido, un hallazgo importante es que el personal de psicología y psiquiatría no recibió el mismo nivel de protección personal que los trabajadores de la salud que atendieron a pacientes de covid-19.

Es indiscutible que el covid-19 ha representado una amenaza grave para la salud pública a nivel mundial. La rápida propagación del virus, su alta tasa de contagio y la gravedad de las consecuencias para ciertos grupos de población, especialmente los adultos mayores y las personas con condiciones médicas preexistentes, han sido motivo de preocupación generalizada. No obstante, la percepción de riesgo es un factor clave en la toma de decisiones y comportamientos humanos. En el caso del personal de salud, su percepción del riesgo del covid-19 ha desempeñado un papel importante en su respuesta a la pandemia.

---

<sup>68</sup> Clínica de atención respiratoria Covid-19 Poliforum en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Ampos (2023) concluye que los profesionales de la salud que trabajaron en áreas dedicadas y no dedicadas a covid-19 enfermaron en igual medida, pero experimentaron distintos niveles de exposición ocupacional debido a las demandas del trabajo en las unidades destinadas; y miedo al contagio en las no destinadas a tratar pacientes con covid-19. Es decir, se observó que los efectos de la pandemia en la salud de los trabajadores afectaron tanto a las áreas destinadas al tratamiento de covid-19 como a las que no lo estaban; sin embargo, personal que no trabajaba en áreas críticas como el bunker o urgencias tenía una percepción diferente del riesgo que aquellos que sí trabajaban allí. La especialidad y los antecedentes, así como en función del momento de la pandemia al que se refieran, causaban contrastes en la percepción de riesgo. Los primeros meses fueron percibidos como los más riesgosos en términos de contagio, lo que coincide con lo planteado por Muñoz (2022).

Pese a los temores y miedos reales o imaginarios de contagiar a sus familias y ser un puente de contagio (Muñoz, 2022a), vale la pena destacar que estas diferencias en la percepción de riesgo y algunas medidas preventivas dentro del hospital, como el uso de cubrebocas, caretas, lavado de manos y gel antibacterial, dieron la impresión de que el hospital era un lugar seguro.

Las protecciones se presentaron de diferentes maneras a nivel individual, por servicios y a nivel estructural; con acuerdos y desacuerdos ante las estrategias sugeridas. Desde la perspectiva del personal entrevistado, estas estrategias requirieron la protección y auto organización del personal de salud adquiriendo su propio EPP para trabajar (Trujillo, Jaramillo y Pérez-Agudelo (2021). Según una investigación realizada en España en respuesta al covid en el primer nivel de atención, el personal de salud percibió una falta de liderazgo por parte de la administración, falta de recursos materiales y demora en recibir protocolos y pautas a seguir, lo que subraya la importancia de autoorganizarse (Cardo-Miota et al., 2021). En México, a propósito de la reconversión hospitalaria, González et al. (2020) mencionan cómo la prisa por habilitar espacios para la atención redujo los márgenes de planificación y toma de decisiones del estado de Guanajuato, necesitándose una importante colaboración del personal de salud.

Esta capacidad de adaptación promovió el reconocimiento y el apoyo entre colegas, quienes se autoorganizaron para obtener su propio equipo de protección personal o incluso

participaron en manifestaciones para exigir que se proporcionara el material adecuado para el personal de salud y administrativo. En países como China o Brasil, se denunciaron jornadas laborales desgastantes y EPP insuficiente o inadecuado, así como otros problemas, que no cumplían con las recomendaciones para proteger la salud del personal (Jackson-Fiho et al., 2020; Kang et al., 2020).

El informe presentado por Chertorivski et al. (2020) señala que América es la región del mundo que ha sufrido el mayor número de casos de profesionales de la salud infectados con Covid-19, y México fue considerado el país con la tasa de mortalidad más alta por esta enfermedad en todo el mundo. Por lo tanto, la falta de EPP y la exclusión del personal de psicología como personal de primera línea para la atención de pacientes con covid-19 son problemas importantes que deben ser abordados por las instituciones de salud. La colaboración y el apoyo mutuo entre los trabajadores de la salud son fundamentales para enfrentar la situación emergente, pero este hecho no exime a las instituciones de salud/estado de la provisión de estos EPP para profesionales que trabajan en instituciones públicas y privadas (Gallasch et al, 2020; Saidel et al, 2020). Se necesita un esfuerzo conjunto para asegurar suficientes suministros de EPP para el personal sanitario.

La evidencia muestra que existen diversas estrategias para el cuidado de la salud mental, tales como el apoyo emocional entre compañeros, la atención psicológica, el ejercicio físico y la realización de actividades recreativas que ayudan a enfrentar el estrés y la ansiedad. También, alguna parte del personal entrevistado consideró el exceso de trabajo y actividades como una opción de estabilizar sus malestares, pues las altas cantidades de trabajo les mantenía ocupado, distrayéndoles de vivir lo acontecido en la pandemia.

En síntesis, los hallazgos subrayan la relevancia de considerar la percepción del riesgo y las prácticas de atención y cuidado del personal de salud mental durante una emergencia sanitaria, dado que el *Personal Psi* también experimenta incertidumbres en estas situaciones y se deben tomar medidas para garantizar su bienestar y atender integralmente sus necesidades. Por ejemplo, brindar acceso equitativo a los recursos y medidas de protección necesarios para todo el personal de salud, independientemente de su especialidad o área de trabajo.

# **CAPÍTULO IV - ESTRATEGIAS Y PRÁCTICAS DE ACCESO A LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

Este capítulo aborda la atención de la salud mental en un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante la pandemia de covid-19 desde las perspectivas del personal de psicología y psiquiatría de la institución. Se exploran las prácticas y estrategias utilizadas para brindar atención en salud mental, las cuales están conformadas por diversas variables, como la teoría que fundamenta las técnicas de intervención, los ajustes del tiempo institucional, las percepciones de riesgo, conflictos, acuerdos y estrategias. Estas variables están influenciadas por las representaciones sobre salud y enfermedad que se establecen en el contexto hospitalario, determinando los estándares de atención.

Se analizan tanto las problemáticas existentes antes de la pandemia como las nuevas dinámicas surgidas durante el desarrollo de una Cultura Organizacional Epidémica (COE). El enfoque se centra en los factores socioculturales y estructurales que influyeron en la atención de la salud mental en este hospital durante una emergencia sanitaria. Se pone especial énfasis en las estrategias y prácticas implementadas por el personal de salud para buscar estabilización y bienestar durante el año 2020, haciendo uso de recursos tecnológicos digitales y psicofármacos; examinando así las estrategias de atención hacia el exterior del hospital, seguidas de las estrategias aplicadas dentro del recinto.

## **Lo externo**

### **Consulta externa y Primeros Auxilios Psicológicos**

El área de consulta externa se mantuvo cerrada al público en general desde inicios del 2020 hasta finales del mismo año, con repentinas aperturas y cierres a propósito de los cambios en la cantidad de contagios de covid-19 en México. Es relevante mencionar que esta se mantuvo cerrada a la población en general, pero se permitió el acceso a familiares del personal de salud. Se atendió por petición directa y favores entre compañeros de trabajo. Gracias a que las actividades clínicas disminuyeron a causa del cierre, fue posible atender a estos últimos de manera presencial en consulta externa. En las puertas de acceso, se daba la indicación de facilitar la entrada a ciertas personas que llegaban por atención

psicológica. La justificación de atender a alguien sin carnet del hospital se basó en las flexibilidades administrativas que permite el término del Seguro Popular y surgimiento del INSABI; señalando en las fichas técnicas de las consultas el estatuto de “familiar del personal de salud”.

Cuando pasó un poquito el pico de la pandemia, empezaron a llegar a la consulta los hijos de los... de los trabajadores, jóvenes, chicos jóvenes, veinteañeros 25, 27 con depresión, desmotivados, totalmente... apagados. Desesperanzados (*risa leve*) por la pandemia, ya no sabían ni qué hacer". (Psicóloga, 11/10/21)

Entonces lo que pasaba era que ya había una necesidad de la salud mental. Venían los compañeros y nos decían: —Mira, es que tengo una prima que está mal ¿la puedes atender? —Por mí no hay ningún problema, si ella no tiene miedo a pisar el hospital (le digo) adelante. Obviamente había sus ventajas, puesto que la zona donde se centran más contagios es allá, del otro lado donde se concentra la hospitalización. De este lado pues aquí entraban y ya ¿no? entonces de cierta manera se empezó a verlo, pero no mediante las redes sociales. Vi más de los compañeros que era “tengo mi primo, mi hermano, mi sobrino, mi hijo... se están estresando por no salir, ya quieren salir, ya quieren moverse de aquí para allá y no pueden”. Entonces se empezó a trabajar de esa manera." (Psicólogo, 08/12/21)

Como no cualquiera entraba, o sea, ya decíamos que pasara esta persona y ya la podíamos atender. Sí era más seguro, pues porque no había tanta gente, no había tanta concurrencia. Y si habían pacientes covid-19, estaban aislados. (Psicólogo, 28/10/21)

[...] la ventaja aquí es que... cuando se quita el requisito primario que era el seguro popular, se dejó de pedir la afiliación, o sea... se atiende todo tipo de persona que necesita atención. Ahorita le anotamos la CURP y en ese caso se le pone ahí: “hijo de familiar, hermano de... hijo de trabajador, hermano de trabajador, esposa de trabajador”. (Psicólogo, 20/12/21)

Este tipo de prácticas se destacan porque la atención brindada se volvió exclusiva de familiares del personal o de compañeros de trabajo, dato importante ya que la población en general paró de recibir sus atenciones durante la pandemia de covid-19, salvo en las actividades realizadas a través de tecnologías digitales, las cuales, serán posteriormente analizadas.

A partir de la iniciativa de dos psicólogos del área de hospitalización y urgencias, se implementaron atenciones virtuales a personas con síntomas de covid-19 a través de llamadas y videollamadas. Esta iniciativa permitió reabrir la Consulta Externa mediante el uso de tecnologías digitales como alternativa para brindar orientación y atención a la población afectada por covid-19 fuera del hospital. Al difundir los números telefónicos particulares de los psicólogos a través de redes sociales como Facebook y WhatsApp, los dispositivos móviles se convirtieron en una extensión de la atención a la salud mental. Estas estrategias permitieron ofrecer servicios más allá del horario laboral establecido por el



hospital, incluyendo un turno vespertino atendido desde los domicilios particulares de los profesionales. En la primera consulta virtual, se establecía un "encuadre" sobre las características de la atención por medios digitales, enfatizando en la confidencialidad y la posibilidad de derivación a otros especialistas si fuera necesario.

Básicamente era orientar. Bueno, era escuchar, orientar. Siempre ayudándome de un familiar para producir cierta tranquilidad o cierto alivio. Porque generalmente hay mucha desinformación —de lo que era en su tiempo— la cuestión del covid [...] yo encomendaba tareas que pudiera hacer el propio paciente con ayuda de un familiar. Casi el objetivo principal era mitigar los síntomas que exacerban, los que pueden exacerbar la cuestión del covid o esa situación. (Psicólogo de Urgencias pediátricas, 03/12/21)

Durante estas orientaciones psicológicas por medios digitales, era común que se necesitara la presencia de un familiar o cuidador del paciente para brindar apoyo emocional, tranquilizar síntomas y alteraciones causadas por la incertidumbre de tener una enfermedad nueva y desconocida como el covid-19. Los psicólogos ofrecían primeros auxilios psicológicos (PAP) y asignaban tareas a los pacientes, quienes contaban con el apoyo y compañía de un familiar o cuidador primario para realizarlas. De esta forma, la presencia del cuidador primario o monitor ayudaba en la orientación ofrecida por el personal de salud del hospital a través de tecnologías digitales.

En cuanto a la población atendida, durante los primeros meses de la emergencia sanitaria, se atendió principalmente a personas mayores de 60 años con síntomas de covid-19, mientras que los familiares que los auxiliaban tenían entre 25 y 40 años. Aunque se ofrecía la opción de realizar videollamadas, la mayoría de las atenciones se llevaron a cabo mediante llamadas telefónicas debido a la falta de infraestructura y conectividad a internet en el hospital. Por esta razón, se prefería atender a los pacientes mediante videollamadas en el domicilio o consultorio particular del psicólogo, incluso en lugares públicos.

Y en esta parte del horario vespertino o de la tarde, eran más atenciones por llamada telefónica o por videollamadas a quien requiriera el apoyo psicológico. Con respecto a un familiar en estado covid o enfermo de la infección por covid. Y se formó como una especie de red de atención psicológica. Me parece que se apertura en el mes de julio o agosto del año pasado, donde esta parte de Secretaría de Salud tuvo esta red de atención psicológica hospitalaria y en algunos casos los referían a estos números. (Psicólogo de Urgencias pediátricas, 20/09/21)

El objetivo del proyecto fue abordar las necesidades emergentes de salud mental en la población, ya que las actividades presenciales de Consulta Externa de psicología se retomaron brevemente en enero de 2021. Además, esta iniciativa condujo a la creación de

una red centralizada de atención psicológica por parte del Sistema de Salud del Estado de Chiapas.<sup>69</sup>

### **Servicio de Intervención en Crisis**

El proyecto del Servicio de Intervención en Crisis (SIC) surgió como respuesta a la solicitud de la dirección del hospital de contar con la contribución de los especialistas en psicología para hacer frente a la crisis sanitaria. En colaboración con la Secretaría del Estado de Chiapas, la Dirección Estatal de Salud Mental y Adicciones, y la Jefatura de Psicología del hospital, se creó un programa para brindar atención psicológica a personas que experimentaban trastornos físicos o emocionales, violencia intrafamiliar, pensamientos catastróficos, delirios o intentos de suicidio relacionados con la pandemia de covid-19. A través de este proyecto, se ofreció atender bajo el eslogan: "Estamos para escucharte".

[...] se le hace la invitación a psicología, se le pide que hubiera algo de atención con pacientes covid, y para el personal exclusivamente hacen esta propuesta. Se les apoyó poco la verdad, ya ellos implementaron el área, trajeron algunos accesorios y se empezó a hacer la invitación. (Coord. De seguridad del paciente en Jefatura de calidad, 23/11/21)

[...] dijeron: "No va a haber consulta externa" se habilitó (por así decirlo) el consultorio de psicología para dar la atención a los compañeros. Se hicieron algunas sesiones grupales, pero con grupos de cuatro, y se apertura dos líneas de atención a los pacientes que obviamente, pues ya no iban a poder asistir. El psicólogo R\* se encargó por ahí de organizar ese espacio de las líneas telefónicas, porque buscaron en las agendas al personal que tenía que venir, perdón, a las pacientes que tenían que venir a consulta y se les empezó a llamar, a decir: "Miren, vamos a tener esa atención en línea". (Coordinación de la jefatura de psicología, 21/09/21)

Se asignaron 2 líneas telefónicas de atención psicológica para la población tuxtleca. El espacio asignado para estas actividades dentro del nosocomio fue el consultorio número 5, cubículo del servicio de psicología en el área de consulta externa. En este cubículo, se desarrollaron 2 proyectos coordinados por 4 miembros de esta jefatura; por un lado, el Servicio de Intervención en Crisis (SIC); ejecutado durante el turno matutino y fin de semana, entre las 8:00 y 14 hrs. Por otro lado, se creó un "área de Mindfulness", este último, sitio dedicado a coordinar actividades de relajación o primeros auxilios psicológicos para trabajadores de salud y administrativos del hospital.

Psicóloga: Tres compañeros y yo decidimos crear una especie de Programa (mini programa) improvisado (*risas*) porque hasta eso, ni siquiera tiempo nos dio de sentarnos y planear todo...

Mario: ¿esto en qué fechas fue?

---

<sup>69</sup> Por parte del hospital, no se obtuvo evidencia estadística de las atenciones realizadas en esta iniciativa.

Psicóloga: fue más o menos como en marzo, en mayo, porque en marzo ya empezó como que todo este revuelo de ponernos en confinamiento. Pues sí, fue como en mayo que decidimos tener un Servicio, ¡ay! ¿cómo se llamaba? “Servicio de intervención en crisis” [...] Dos de mis compañeros, que pues ahorita ellos no están en el hospital [...] decidimos a abrir, bueno, lo improvisamos con los consultorios de abajo, los agarramos para adaptarlos.

Mario: ¿en la consulta externa?

Psicóloga: Ajá. Lo adaptamos... dijimos: “si no vamos a poder dar atención al paciente ¿pues que podemos hacer? Pues por teléfono ¿no?” Como todos lo hicieron (*risas*) atención por vía telefónica. Hicimos una página de internet, por Facebook [...] hacíamos videos informativos. (Psicóloga de turno nocturno, 27/09/21)

Es esencial para futuras emergencias sanitarias establecer una Cultura Organizacional Epidémica para abordar la crisis, pero se enfatiza la necesidad de implementarla de manera que se evite depender únicamente de la rapidez en su aplicación. Cagnet (2013) señala que, siguiendo a Park (1926), la capacidad de adaptación se manifiesta en la aceptación de la regulación de los conflictos y se traduce en la adopción de nuevas normas. En este contexto, la categoría de Cultura Organizacional Epidémica (COE), que engloba protocolos y procedimientos para el control de infecciones, uso de EPP y distanciamiento social, se ha retomado como ejemplo. Sin embargo, es crucial reconocer que la adaptación no debe limitarse únicamente a su impacto en la salud mental. En lugar de ello, resulta necesario analizar la adaptación desde múltiples perspectivas, considerando tanto factores estructurales como las percepciones de riesgo asociadas. La adaptación a un contexto problemático va más allá de su repercusión en la salud mental, pues existen diversos factores y aspectos que influyen en la capacidad de adaptación de las personas y organizaciones. Al enfocarse únicamente en la salud mental como un acto individual se pasa por alto otros elementos importantes que influyen en la adaptación. Es importante reconocer que la salud mental no es un aspecto aislado, sino que está intrínsecamente vinculada a factores sociales.

Ahora bien, con este apoyo y organización se comenzaron a desarrollar atenciones psicológicas a distancia, las cuales se comprendían de una entrevista estructurada de aproximadamente 40 minutos—tiempo estándar que las orientaciones psicológicas recomiendan— donde era importante obtener información y vaciarla en un cuestionario preestablecido para atenciones en crisis.

[...] ponemos el nombre de la persona, sexo, religión, dirección, teléfono, el número de contacto de emergencias (siempre pedíamos). Enfermedad médica (si tenía alguna enfermedad médica en ese momento) y acá el motivo de crisis actual, que es como un perfil de la personalidad, características, síntomas conductuales. Por ejemplo, dice: “cambios en el comportamiento habitual, hábitos de sueño, incremento del consumo de sustancias y alcohol, intentos y pensamientos suicidas o actos

agresivos” si tenía algo esa persona así, le dabas.<sup>70</sup> (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 20/11/21)

En respuesta a la demanda de atención de la población, algunas llamadas recibidas se centraban en la búsqueda de información sobre la reapertura de la consulta externa, en lugar de la atención psicológica. Lo que más interesaba era acceder a otros servicios médicos de este hospital de segundo nivel que habían sido suspendidos debido a la pandemia de covid-19. A pesar de esto, durante estas conversaciones, el personal de psicología indagaba sobre el estado emocional del consultante y generaba una demanda de atención, aunque esta no fuera el objetivo principal de la llamada.

Entonces, en la mañana nos hablaban... no mucho, o sea si teníamos pacientes, pero más nos llamaban para saber (*risas*) cuando iban a abrir la consulta. (*risas*) Era más de: “¿oiga cuándo van a abrir la consulta? Necesito que me atiendan” Y nosotros ya le decíamos... Pero empezábamos a hacer plática y... “¿y cómo se siente usted?” y de ahí empezaban a contarnos, sobre su situación psicológica y ya era cuando desbordaban... y se desahogaban [...] (Psicóloga de turno nocturno, 27/09/21)

Como se mencionó anteriormente, en este hospital se ha observado una baja demanda de atención psicológica por parte de la población en general y del personal de salud. Durante el turno matutino del Servicio de Intervención en Crisis se pudo constatar que muchas de las llamadas recibidas no buscaban atención psicológica, sino información sobre otros servicios médicos suspendidos por la pandemia. Sin embargo, el personal de psicología lograba generar una demanda de atención al preguntar sobre el estado emocional del consultante. En cuanto al turno vespertino y nocturno, no se asignó personal específico para el servicio, aunque se consideró necesario contar con líneas telefónicas especializadas en primeros auxilios psicológicos en ese horario, debido a las llamadas perdidas de la noche y madrugada anterior al turno matutino.

El detalle era que había más llamadas por la noche, por la madrugada. O sea, cuando llegábamos teníamos [...] llamadas perdidas en el teléfono. Entonces, nos dimos cuenta de que: “oye, pues lo están solicitando en la noche” a la hora que pues... te vas a dormir, te quedas solo, que quizás piensas en muchas situaciones que llevas arrastrando durante el día, y que en la noche no las puedes controlar, o se desbordan y es cuando te marcan. Es cuando llaman. Pero no estábamos. (Psicóloga de turno nocturno, 27/09/21)

Es decir, no había nadie para escuchar.<sup>71</sup> La necesidad de brindar atenciones en el turno nocturno y vespertino no fue satisfecha por este hospital. Según información del gobierno del estado de Chiapas, durante la pandemia de covid-19, se ofreció atención

---

<sup>70</sup> Se refiere a registrar en el cuestionario los hallazgos encontrados.

<sup>71</sup> Recuérdese el eslogan del proyecto: “#EstamosParaEscucharte.

psicológica las 24 horas del día,<sup>72</sup> a través de 93 líneas telefónicas en diferentes localidades, incluyendo ocho en Tuxtla Gutiérrez, 22 en San Cristóbal de Las Casas, cuatro en Comitán, tres en Palenque, 35 en Tapachula, cinco en Tonalá, tres en Pichucalco, una en Villaflores y seis en Motozintla. Además, se establecieron 14 centros emergentes de atención psicológica presencial, ubicados en Tuxtla Gutiérrez, Tapachula, Comitán, Tonalá, Palenque, San Cristóbal de Las Casas, Motozintla, Ocosingo, Villaflores y Pichucalco (SSa, 2020a).

En el período de marzo a julio de 2020, se brindaron 16,448 intervenciones de atención psicológica, siendo el 81% intervenciones por teléfono y el 19% presenciales. De los beneficiarios, la mayoría recibió intervenciones por crisis, seguido de contención emocional, crisis de ansiedad, depresión, manejo del duelo, violencia y consumo de sustancias psicoactivas (SSa, 2020a).

En cuanto a las actividades de promoción del SIC, el personal de turno matutino y de fines de semana, utilizó primordialmente una página de Facebook para divulgar información de las opciones de atención ofrecidas por el personal de psicología del hospital durante la pandemia de covid-19. En esta página, desde finales de 2020 se compartieron publicaciones de la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas que contenía infografías y “psicotips” (psicoeducación) que sugerían el cuidado y atención de la salud mental en momentos de crisis emocional. Además, mediante vídeos promocionales, se difundieron prácticas vinculadas a la precaución de contagio y cuidado de la enfermedad de covid-19.

[...] en ese tiempo, todas las ideas que se podrían dar eran bienvenidas, por parte de la dirección fue aceptada, por parte de mi jefa de oficina central les gustó, porque hicimos unos videos: el tema central era sobre expresarle a la población que no estaba solo. Nos basamos también en esta parte de la prevención del suicidio; del llamar si tenías algunos de los síntomas que podrían detonar en una depresión, en una ansiedad, ideas suicidas, etcétera. (Psicóloga de turno nocturno, 11/10/21)

Este recurso mostraría a la población en general las atenciones que el personal de psicología de este hospital brindaba a través de tecnologías digitales. Asimismo, estas estrategias de difusión de información se complementaron de entrevistas y conferencias sobre Burnout o salud mental en la familia, en el programa “El rincón de la psicología” que se transmite en una cadena de radio del estado de Chiapas.

---

<sup>72</sup> No se tiene información sobre la duración de este proyecto.

En concreto, a través de este plan de creación de contenido digital, el personal de este hospital de segundo nivel halló nuevas vías para promover sus servicios de atención a la salud mental; y al mismo tiempo, comprobar su productividad estadística.

Sin embargo, en el surgimiento de una Cultura Organizacional Epidémica estas actividades provocaron interrogantes sobre el alcance de estas acciones en el estado de Chiapas. Es decir, aunque el personal de psicología del hospital implementó diversas estrategias para promover la accesibilidad a las atenciones de salud mental, se encontraron limitaciones en el acceso a tecnologías digitales por parte de la población chiapaneca. Esto pone en relieve la importancia de considerar no sólo los recursos tecnológicos disponibles, sino también las barreras culturales, sociales y económicas que pueden impedir el acceso a servicios de salud mental.

Respecto a las representaciones de las y los entrevistados sobre la accesibilidad por parte de la población chiapaneca a este tipo de atenciones, se encuentra que regularmente la población atendida por este hospital no tiene fácil acceso a tecnologías digitales; obstáculo para la implementación de servicios de atención en línea para la salud mental. La falta de acceso a tecnologías digitales como teléfonos inteligentes o computadoras puede impedir que algunas personas busquen atención de salud mental en línea. Además, incluso si tienen acceso a la tecnología necesaria, pueden enfrentar problemas de conectividad a internet, especialmente en áreas rurales y remotas. Aquellos que no tienen acceso a la tecnología digital suelen estar en desventaja en términos de recibir atención y accesibilidad a los servicios de salud mental, en comparación de aquellos que sí cuentan con ella.

Por otro lado, acceder e interesarse en los servicios de atención a la salud mental de este hospital va más allá de las barreras tecnológicas; por ejemplo, se incluyen dificultades para reconocer la importancia de abordar el malestar subjetivo, así como solicitar una consulta psicológica y psiquiátrica. Es importante resaltar la disparidad en la búsqueda de atención entre hombres y mujeres, lo que sugiere la presencia de estereotipos y expectativas de género que pueden influir en la disposición de las personas para solicitar ayuda. Esta problemática no es exclusiva de la pandemia de covid-19, y durante el proyecto de SIC se observó que las solicitudes de atención en línea provenían principalmente de mujeres. Según el *Personal Psi* del hospital, es común que algunos hombres tengan dificultades para solicitar una consulta en estas áreas, lo cual coincide con los datos expresados previamente.

Se destaca que estas diferencias de género no solo se limitan a usuarios del hospital, sino que también se manifiesta en el personal de salud. En breve, una psicóloga con experiencia en fines de semana señala lo siguiente:

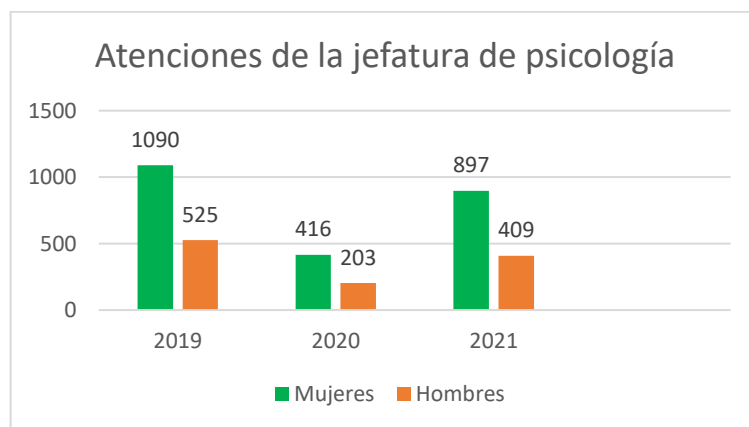
(*Suspira*) Pues mira... sí tuve muy poquitos subsecuentes [pacientes] muy pocos. La mayoría sí era, o sea, de una vez y ya no vuelven a llamar. (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 20/11/21)

Psicóloga: fueron más mujeres. Como que las mujeres se atreven un poquito más a marcar.

Mario: ¿y había una edad?

Psicóloga: sí, sí, sí claro. Era como de 23 años a 50 y tantos. [...] La mayoría de Tuxtla. Eran muy pocas que por ejemplo, hablaban de comunidades porque pues no tienen un teléfono estable o tenían que ir a algún lugar hablar por teléfono. Entonces eso se dificulta. Sí, la mayoría de Tuxtla. Mujeres y la mayoría con trastorno de ansiedad.<sup>73</sup> (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 15/11/21)

[...] yo creo que en general, ya trabajando fuera de ahí, en general las mujeres yo siento que todavía está este estigma de “el hombre fuerte, el hombre trabajador, no llores, no esto”. Y pues la mujer sí, “atiéndete tú como mujer” ¿sabes? Y sus emociones. Entonces estando en el siglo XXI, pues todavía hay mucho de eso. Entonces sí, tanto ahí en ese momento como hasta hoy, llegan más mujeres a la terapia, que hombres. Sí llegan hombres, sí, pero la mayoría son mujeres. (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 20/11/21)



Morbilidad y Mortalidad 2019, 2020 y 2021. Número de atenciones por sexo en el servicio de psicología. Información proporcionada por la Coordinación de Estadística del hospital. 20 de enero de 2022.

<sup>73</sup> La psicóloga entrevistada define la ansiedad como “exceso de futuro”. “Ansiedad es adelantarnos al futuro” estar pensando constantemente qué va a pasar, «Me voy a morir, no me voy a morir, voy a tener un hijo o no voy a tener un hijo sano.» Y mucha gente, la mayoría de las personas somatizamos. La ansiedad se somatiza ¿cómo se somatiza? sudan las manos empieza, la taquicardia, a veces falta de aire, fatigación, hormigueo, en las manos y varias personas lo han confundido, por ejemplo, con un infarto. Entonces terminan en el hospital internados y les checan su presión, le hacen electro... y le dicen: «Pues no tienes nada, estás bien» y la persona dice: «Es que es real lo que estoy sintiendo, o sea, realmente lo siento.» Entonces ahí es cuando el médico les dice: «Tienes ansiedad.» Es exceso de pensar y hacer reales, pues pensamientos, aunque sean puras suposiciones, aunque sean puras fantasías. Eso para mí es la ansiedad. Eso es como yo se lo explico también a mis pacientes, porque la mayoría ahorita en pandemia han sido de ansiedad, entonces en la pandemia, por ejemplo y me incluyo. Porque también me pasó. [...] Entonces para mí eso es la ansiedad: “exceso de futuro”.

La gráfica anterior muestra que la mayoría de las atenciones proporcionadas por los psicólogos fueron solicitadas por mujeres. A pesar de que hubo una disminución en la cantidad de atenciones durante la pandemia, esta tendencia se mantuvo incluso con la modalidad de atención en línea. En resumen, los psicólogos/as desempeñaron el papel de orientadores que buscaban tranquilizar a las personas a distancia; sin embargo, a pesar de la importancia de esta modalidad de tratamiento emergente, no se continuó ofreciendo atención virtual, lo que ha generado discusiones sobre la necesidad de seguir brindando este tipo de atención durante la pandemia y la "postpandemia".

[...] es un medio más para que la gente pueda atenderse. Es un medio más para que la gente conozca las actividades del hospital, que existen, que hay terapia psicológica. Muchos no lo saben. Es un medio para que la gente tenga esta oportunidad de conocerse. Y al mismo tiempo, la violencia baje, en todos los sentidos. Porque ahorita está muy muy fuerte la violencia hacia la mujer, o incluso, el estrés, la ansiedad, el covid, entonces estos medios sí nos ayudan bastante [...] Mira, pongas lo que pongas, algún post, alguna infografía o algo, le va a llegar de alguna manera a la persona que lo esté viendo. De alguna manera, algo. Un 1% tal vez, pero es algo a cero. Entonces yo creo que sí son herramientas super importantes que no hay que dejar a un lado. Van de la mano. (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 20/11/21)

Después del cierre del Servicio de Intervención en Crisis (SIC), se inició una segunda fase en enero de 2021, donde el personal de Consulta Externa del área de psicología retomó la atención a través de tecnologías digitales debido al aumento de contagios de covid-19 y el cierre de esta área. Sin embargo, durante esta fase, algunos miembros del personal de salud que no tenían experiencia en atención clínica en esta modalidad fueron responsables de brindar este servicio sin capacitación previa. Como resultado, al no recibir solicitudes de consulta en línea, el equipo finalizó el SIC en menos de un mes.

Mario: y cuando usted estaba en este espacio de la consulta externa, ¿tenían algún manual?

Psicóloga: No, era como ensayo y error. Ya si recibes alguna llamada pues... iba a ser como que tu primera experiencia, y ver como salías de esa atención. (Psicóloga de Consulta Externa, 12/10/21)

Hasta este punto se ha expuesto un conjunto de estrategias y prácticas para la atención de la salud mental a través de tecnologías digitales por parte del personal del área de consulta externa y de otros individuos que han creado iniciativas en respuesta a la pandemia de covid-19. No obstante, los encargados de evaluar y aprobar proyectos dentro del hospital han señalado que no se recibió suficiente información sobre el proyecto de SIC; incluso, la implementación de este plan se realizó sin la debida evaluación de las instancias



correspondientes del hospital.<sup>74</sup> Cabe destacar que en el primer capítulo de esta investigación se mencionó que algunos directivos del recinto subestimaban el papel del psicólogo dentro de la institución, lo cual podría relacionarse a estas representaciones respecto a su desempeño.

En el siguiente apartado, se abordarán de manera específica las representaciones, prácticas y estrategias del personal del área de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Urgencias y otros servicios hospitalarios en relación con la atención de la salud mental durante la pandemia de covid-19.

### **Teleasistencias al dolor subjetivo**

La dinámica de un hospital es cambiante. Se modifica de acuerdo con las necesidades individuales y grupales que se presenten dentro y fuera del nosocomio. Desde una perspectiva organizacional, los procesos deben modificarse para mantener los lineamientos, objetivos e indicadores propuestos. Por lo tanto, la adaptación es esencial para llevar a cabo las actividades en un hospital, desde la adaptación de un paciente al entorno hospitalario o tratamiento; hasta la adaptación que se presenta en el personal de salud en un contexto de crisis.

En este apartado, se examinan específicamente las representaciones y estrategias relacionadas con las interacciones virtuales y telefónicas con los usuarios en una COE. Por ejemplo, se descubrió que durante las consultas telefónicas, donde la vista y el tacto son limitados, los tonos de voz del paciente orientan la interpretación del terapeuta sobre los estados de ánimo. Por lo tanto, la "escucha atenta" del profesional de la salud se convierte en una adaptación clave en su práctica clínica. Es importante destacar que las intervenciones en psicología y psiquiatría en este hospital se basan en gran medida en el "lenguaje corporal", por lo que el sentido de la vista es determinante para establecer un diagnóstico.

Escuchar el tono de voz al momento, cuando estaba compartiendo algo, si el tono de voz cambiaba, si se le quebraba la voz, o si se le aceleraba. O sea, en lo particular sí fue como agudizar esa parte del oído, de identificar el tono de voz. Porque ese era lo que a mí me iba a decir: "ahorita está sintiendo algo, ahorita está trabajando con alguna emoción [...] entonces fue... sí fue reto, sí fue difícil, porque no lo había hecho... pero creo que sí, sí lo logramos. (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 20/11/21)

---

<sup>74</sup> Esta información fue proporcionada al investigador por un directivo del hospital.

Para continuar brindando atención, se optó por evitar el contacto físico y en su lugar se crearon vínculos "digitales" mediante dispositivos tecnológicos, como redes sociales y aplicaciones de mensajería. En la segunda mitad de 2020, en este hospital se implementaron las "teleasistencias" y seguimientos virtuales para pacientes que no podían o no debían acudir presencialmente al hospital. También se utilizaron para contactar a los familiares de personas hospitalizadas en el bunker covid.

Estas adaptaciones no fueron uniformes y surgieron de las prácticas, representaciones y necesidades específicas de la población atendida. Cada área del hospital presentó requerimientos particulares. No obstante, aunque existen lineamientos sobre el uso de tecnologías digitales para la atención de salud mental a nivel nacional<sup>75</sup> o internacional, la inexperiencia sobre estos acontecimientos dentro del ámbito hospitalario generó inseguridades e interrogantes que se suman a un contexto complicado y lleno de dificultades.

[...] también depende de que uno como psiquiatra se vaya adecuando. (*risas*) En mi caso yo también me voy adecuando, creo que es la clave. Esto no es nuevo, realmente antes de que existiera el celular, la atención psiquiátrica de emergencia o psicológica también podía ser por teléfono. Incluso es una forma de atender. Ahorita tenemos la ventaja de que no sólo podemos oírnos, sino también vernos, entonces creo que también depende mucho de quién proporciona la atención, en este caso los psiquiatras o en mi caso en particular, me adecué a esta nueva forma de trabajar, que sin duda alguna es algo que cada vez más va a ir siendo muy utilizada. (Psiquiatra, 22/12/21)

Es cierto que el uso de tecnologías digitales como smartphones, teléfonos fijos o computadores no es habitual en el hospital, ya que están regulados por el reglamento interno; sin embargo, "adecuarse" es la clave. Contactar telefónicamente a familiares de un paciente hospitalizado suele utilizarse con el objetivo de crear condiciones que beneficien la estancia hospitalaria de un paciente. Por ejemplo, el Dr. Chávez, médico coordinador de fin de semana de la *Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos*, señala el caso de un hombre de aproximadamente 50 años llamado Francisco, quien llegó a hospitalización por una cirrosis "intratable". Al no ser del estado de Chiapas, la familia de Francisco se encontraba lo bastante lejos para acudir al hospital antes de su muerte. Respecto a esto último, sus

---

<sup>75</sup> El uso de tecnologías digitales para la interacción y diagnóstico a través de aplicaciones ya era una práctica común antes de la pandemia de covid-19. Desde mayo de 2000, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cuenta con un Centro de Investigación dedicado a la aplicación de tecnología en la atención y diagnóstico psicológico, conocido como el Laboratorio de Enseñanza Virtual y Ciberpsicología (Martínez, 2013).

únicas dos peticiones antes de fallecer fue hablar por teléfono con su mamá, y comer dos galletas. El médico encargado aceptó y acompañó las solicitudes.

De modo similar, se utilizó esta estrategia en las personas que se encontraban en el Bunker-covid del área de Urgencias durante el primer pico de contagios de covid-19 en Tuxtla Gutiérrez. En este caso, un psicólogo del hospital utilizó un teléfono personal para contactar a familiares del paciente hospitalizado, quien al ser un caso confirmado de covid-19, permanecía varias semanas sin contactar el mundo exterior del “Bunker-covid”. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas pretendían ubicar en espacio y tiempo a la persona hospitalizada. Al mantener contacto con familiares o conocidos, estos últimos también se beneficiaban.

Psicólogo: [...] el objetivo era aliviar ciertos síntomas, aliviar un poquito la angustia. Sí les ayudaba —sobre todo la herramienta más poderosa era el teléfono— por la comunicación que tenían. La gran parte de la angustia era no saber qué ocurría ahí afuera con sus familiares. Entonces una de las herramientas más poderosas fue la comunicación telefónica que se les daba, y sí había alivio. O sea, cambiaba poco el rostro como de tranquilidad, “ya pude hablar” o “me están haciendo caso de las cosas que deben de hacer allá fuera”. Sí, sobre todo porque era alguien de larga estancia. Había personas que pasaban       semanas, entonces sí había ciertos cambios de actitud.

Mario: ¿fue en varias ocasiones que utilizaste esto?

Psicólogo: cada vez que se podía, sí, sí, porque a veces pues no entraba bien la señal o no estaba el familiar pasaban muchas cosas.

Mario: ¿era algo que tú les proponías a tus pacientes? ¿cómo surgía? ¿te lo pedían?

Psicólogo: Ambas, lo pedían o yo lo sugería. Era como una especie de ayuda, una prótesis más (el teléfono). Sí, pero digamos mitad y mitad, ellos sugerían y yo también proponía.

(Psicólogo de Urgencias   pediátricas, 03/12/21)

Psicólogo: Una vez que el paciente entraba al área de búnker, ya con el diagnóstico confirmado, por lo menos eran de cuatro o seis semanas que no iba a ver a nadie de su familia. [...] y se ideó que pudieran estar en contacto con los familiares. Aparte de que el familiar decía: “pues quiero saber cómo está” y... aquí en el hospital hay reglas, ¿no? Y hay reglamentos en donde solamente, en ciertos casos se pueden utilizar, medios telefónicos... en ciertas áreas. En ciertas áreas se cuida mucho eso, por seguridad del paciente, seguridad de personal, que trabaja. Entonces, esto vino a romper, pero también vino a hacer más sensible en situación de la comunicación. Y sí, ahorita ya regresamos como a esta nueva normalidad, en donde todavía falta mucho mucho, mucho que hacer.

Mario: ¿A qué te refieres con esto último?

Psicólogo: Por ejemplo, es muy difícil, que las personas, familiares tengan o sepan cómo está su familia, así es... se torna a veces muy difícil. Hay casos donde dejan pasar al familiar, hay otros casos donde no..., pero esto tiene que ver con el reglamento.

Mario: ¿En tu caso fueron varias ocasiones, que se realizó?

Psicólogo: No, fueron pocas en realidad. Eh... Porque tenían que reunirse varias condiciones, tenía que reunirse       tanto que el familiar permaneciera, aquí cerca del hospital, tenía que permitirse un tiempo, o sea, debían de conjuntarse muchos tiempos: el tiempo del personal de enfermería, o sea,

necesitábamos que el familiar estuviera. [...] pacientes solos (sin nadie más alrededor más que yo). Necesitábamos que la persona tuviera suficiente tiempo y que no estuviera cerca de mucho... mucho ruido [...] sobre todo el tiempo, conforme al tiempo, la verdad fueron muy pocos casos. Porque inclusive había familiares que el paciente quería comunicarse, pero el familiar por muchas razones no podía. Entonces creo que el tiempo de la disposición para ese momento fue el que impidió, pero también se hicieron algunas intervenciones.

[...] era básicamente el teléfono incorporado a mí, trataba de estar cerca del paciente (lo más cerca posible) con una bolsa o una bolsa hermética; también por la cuestión de higiene, pero había interferencia, de hecho... sí, porque haz de cuenta el paciente con mascarilla. Un montón de sonidos de máquinas de bombas de infusión, el teléfono en bolsa hermética, entonces sí se alcanzaba a escuchar lo que la otra persona decía, pero era deficiente el audio. [...] Igual las videollamadas, igual muy defectuosa la transmisión. (Psicólogo de Urgencias pediátricas, 20/09/21)

Como se puede comprobar, se ubican casos interesantes respecto al uso de tecnologías digitales en el área de Urgencias. Como tal, dicha actividad se recomienda según las características de los casos, pero se destaca la importancia de acercar al paciente hospitalizado a través de tecnologías digitales a sus familiares, ya que esto contribuye a su mejoría.

Ahora bien, existen diferentes posturas a favor y en contra del uso de la tecnología en el ámbito hospitalario. Por su parte, expertos sobre la *técnica* han dividido estas posturas en tecnofilia y tecnofobia. Autores que ven a la tecnología como una vía para mejorar el contexto social o la vida cotidiana, se reconocen con una actitud tecnófila; en oposición, un carácter tecnófobo que tiene en el fondo un reclamo entre aquello reconocido como “natural” y lo “cultural” (Aguilar, 2008). En este estudio, se encuentran posiciones similares entre los actores involucrados. El carácter tecnófobo y tecnófilo permite orientar y ordenar la interpretación de las representaciones sociales de las tecnologías digitales encontradas en esta investigación.

Las representaciones sobre la atención a la salud mental a través de tecnologías digitales varían de la especialización, experiencia y edad del especialista. Por ejemplo, si la orientación es desde el psicoanálisis o la terapia cognitiva conductual, la perspectiva del profesional (tecnofilia o tecnofobia) difiere. Al respecto, el *Personal Psi* de este hospital mayoritariamente menciona que las atenciones de primeros auxilios serían las más

adecuadas para estas vías digitales, y que es imposible realizar una psicoterapia a través de este formato.<sup>76</sup>

[...] Va a depender de cómo intentes definir tu propio trabajo terapéutico. Porque si para ti es importante la presencia o el espacio, seguramente siempre va a haber una tendencia a descalificar el uso de la tecnología, hablando en sí de la atención terapéutica. Dependiendo la corriente, depende obviamente también la postura del profesional, cuál sean sus métodos [...] pero habría que pensar también qué piensan las nuevas generaciones de psicólogos de esto." (Psicólogo del Centro especializado para la atención de violencia hacia la mujer, 18/10/21)

[...] bueno, es que depende de las formaciones, a mí me gusta mucho la cuestión psicoanalítica, y para mí, lo que he leído y los textos siempre lo mejor siempre va a ser en físico; por la expresión, por el lenguaje, por la comunicación verbal, no verbal, todo esto que se llega a interpretar en un momento, es importante. Entonces considero que a veces las tecnologías pueden llegar a omitir ese tipo de información relevante. Probablemente un poco las videollamadas, pero si no hay una "buena conexión" —ahora sí que no hay de las dos formas— no se va a dar, tanto en paciente y terapeuta como en conexión de internet. Ahora, mucho menos considero en una línea telefónica, que pueda haber un buen desenvolvimiento por parte del paciente. (Psicólogo de Urgencias pediátricas, 04/10/21)

Asimismo, se identificaron posturas contrarias al uso de las ASM a través de tecnologías digitales por parte de los profesionales de la salud, incluso para atender su propia salud mental. Por ejemplo, una psicóloga prefirió acudir a su terapeuta personal de manera presencial, a pesar de las medidas de distanciamiento social implementadas como precaución contra el contagio de covid-19. En otras palabras, aun cuando implicaba enfrentar la problemática de estar cerca de otro cuerpo durante la pandemia, no consideró la opción de recibir atención virtualmente.

Mira, siéndote honesta, no. Es que no puedo trabajar así. Hasta eso también con mi propia terapeuta, me dio dos sesiones por *Zoom*. No, no fue lo mismo como cuando lo hice de manera presencial. Y con mis pacientes lo noto igual, no fue lo mismo.<sup>77</sup> (Psicóloga de turno nocturno, 11/10/21)

Otro ejemplo del *Personal Psi* demuestra que atenderse a través de TD provocó sentirse "fuera del contexto" del paciente. Debido a la importancia del lenguaje corporal y la observación del comportamiento del paciente, una psicóloga con 30 años de experiencia resalta que privarse de la forma de caminar, entrar al consultorio, saludar del paciente, le hacía cuestionarse la dinámica que el terapeuta tenía dentro de la familia (lo cual es una pregunta relevante para la terapia familiar).

---

<sup>76</sup> Es sugerente mencionar que previo a la pandemia de ha señalado la creciente aparición de apps que se dedican a brindar lo que en el ámbito de la psicología clínica hospitalaria se denomina *psicoeducación*. Véase: *Torous y Weiss (2017)* y *Medina (2018)*.

<sup>77</sup> En entrevistas posteriores, esta misma psicóloga señala que a pesar de no estar de acuerdo con este tipo de atenciones, las realiza dentro del hospital, ya que es demandado por el personal de salud que atiende en el turno nocturno. Esta última declaración se hace casi dos años después de haber comenzado la emergencia sanitaria por covid-19.

Para mí, te digo, en una situación emergente está excelente, pero para mi ejercicio cotidiano yo no, no lo haría. Creo que en una ocasión nada más di una consulta así: Era una chica que estaba en otro lugar del país, pero yo no me sentí nada cómoda, y dije: “No, esto no, no es para mí.”

Mario: ¿cómo se sintió?

Coordinación: fíjate que sentía yo que estaba como... ahora sí, no “como” sino fuera de contexto. Fuera del contexto de mi paciente. En muchos momentos pues una tiene que formar parte de algunas cosas; por ejemplo, cuando estás tú dando una terapia de familia, eres alguien más dentro de esa familia y estás ubicándote en ese entorno, a ver quién se sienta al lado de quién, quién me está prestando atención y quien no. Entonces me sentí fuera, fuera totalmente del contexto de la terapia, de la situación terapéutica. No sé si sea un poquito cuestión de la edad ¿no? yo he ejercido la carrera de Psicología por más de 30 años y jamás en la vida me imaginé que pudiera hacerse a través de esas formas. (Coordinación jefatura de psicología, 20/09/21)

Psiquiatra: Para nosotros la valoración completa del lenguaje corporal es muy importante, tú sabes. Entonces ahí siento que es algo parcial a diferencia de que pudiéramos estar de manera presencial en todos los sentidos, tanto por... los movimientos o las gesticulaciones o el tono de voz, todo esto. Entonces es siempre como esta parte de sentir que no es una valoración completa de mi parte [...] siento que existe esta parte de la conexión que como seres humanos nos puede dar, a través de muchas cosas a través de nosotros, de voz, a través de la mirada, a través de cómo es nuestra postura. Entonces, siento que es como algo que no se completa, que el mismo paciente no puede percibir, esa es como mi idea. Es una idea muy personal. Entonces tienen que ser más dirigidas las consultas.

Mario: ¿a qué se refiere?

Psiquiatra: Más dirigidas me refiero a que, desde el punto de vista psiquiátrico, como tal, preciso, médico. Más que poder intervenir de otra manera; por ejemplo, que fuera más amplia y poder utilizar algún tipo de psicoterapia. (Psiquiatra, 22/12/21)

La postura de la psiquiatra del hospital y otros representantes de la jefatura de psicología es contraria a la incorporación de tecnologías digitales en los servicios de atención hospitalaria pública y privada, ya que perciben las interacciones virtuales como incompletas. A finales de 2021, solo alrededor del 20% del personal de psicología entrevistado indicó que atiende a sus pacientes de manera presencial y virtual en sus consultorios privados. Por otro lado, la psiquiatra proporcionó teleasistencias tanto en la consulta externa del hospital como en su consultorio particular desde el comienzo de la pandemia de covid-19. Cabe mencionar, que esta interacción con el paciente es menospreciada precisamente por la ausencia de contacto.

Mira en lo particular a mí, no me gusta a distancia. ¿Por qué? en primera me parece que el contacto físico digamos, el vernos es muy importante para lo que uno va a realizar, dentro de la valoración de la salud mental; y otra, porque es muy difícil intervenir si el paciente está en una condición de crisis del otro lado. Por ejemplo, si es un paciente que tiene una crisis de ansiedad, pues es muy difícil que tú le digas que se tranquilice, porque va a llegar el momento en que ni te va a hacer caso. O que tenga un intento de muerte o un intento de suicidio, del otro lado ¿cómo lo vas a atender? pero obviamente en algunas situaciones donde no hay esta condición de riesgo, pero que se piden porque son pacientes adultos mayores, o porque son pacientes que tienen diabetes o artritis reumatoide o son hipertensos, sí me permito atenderlos de esta manera a nivel privado. Y a nivel institucional ha sido por la distancia, no por otra cosa. Por la distancia porque son pacientes donde están a muchas

horas, o de comunidades muy lejanas y tenemos qué hacer apoyo para poder sugerir un tratamiento. (Psiquiatra, 22/12/21)

El disgusto por atender a distancia se fundamenta en el sentimiento de incompletitud que experimentan algunos profesionales de salud mental al interactuar con los pacientes a través de tecnologías digitales. Además, en situaciones de urgencia psiquiátrica como crisis de ansiedad o intentos de suicidio, la complejidad de intervenir de forma remota aumenta, ya que la falta de contacto físico puede omitir información relevante para el diagnóstico. Por lo tanto, desde la perspectiva médica, aunque la atención a distancia puede ser útil para acercarse al paciente y dar seguimiento a su estado de salud,<sup>78</sup> no es suficiente para realizar un diagnóstico preciso.

Sí, es bueno. O pienso que sí es bueno porque puede ser un acercamiento al paciente, llevarle un seguimiento al paciente, pero no se puede hacer en todos los pacientes. Si hay enfermedades que tienes que revisar al paciente, el tacto para dar un diagnóstico. Sí ayuda a dar seguimiento, pero no... no a establecer diagnóstico como tal. (Coordinación de Medicina Interna, 18/11/21)

Una de las mayores preocupaciones de las teleasistencias es ¿qué hacer ante una crisis que ponga en peligro la vida del que consulta a distancia? Este temor se encuentra fundamentado en que la lejanía entre paciente y terapeuta hace que el profesional de la salud tenga menor control de la situación; creando una angustia al profesional. Lo anterior suele aumentar cuando no hay capacitaciones previas o no se tiene una cercanía a las tecnologías.

Al considerar que el sector hospitalario constantemente se relaciona a urgencias subjetivas que deben atenderse, el trabajo del personal de salud se enfocaría en aprovechar las opciones que se tengan a la mano, adecuándose a las generalidades y particularidades que enmarcan las características de atención a la salud. Por ejemplo, según el Programa de Acción Específico de Salud Mental y Adicciones (SSa, 2021), la población del sur de México tiene mayores complejidades para acceder a los centros de salud de segundo nivel, lo mismo sucede con los hospitales psiquiátricos que normalmente se encuentran cercanos o en las ciudades capitales, incluso algunos estados del país como Guerrero, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo y Tlaxcala no cuentan con hospitales psiquiátricos estatales que brinden atención intrahospitalaria (Mecanismo Nacional de la Prevención de

---

<sup>78</sup> Desde la perspectiva de una psicóloga de hospitalización el uso de las tecnologías digitales puede ser una opción valiosa en situaciones de emergencia y crisis, ya que permitiría brindar primeros auxilios psicológicos de manera inmediata.

la Tortura, 2018). Por ello, algunas percepciones del *Personal Psi*, destacan que las atenciones a distancia ayudarían a la subsecuencia de consultas o facilitarían el acceso a estas últimas. En el caso de psiquiatría —única especialista de su tipo para toda la institución— menciona que ante la complejidad de las y los usuarios para trasladarse al hospital, la ASMD agiliza los procesos y facilita el acceso a sus servicios.

Psiquiatra: Es como un recurso que se ha implementado por los pocos psiquiatras que somos, por el tiempo de espera de la consulta, porque obviamente no se les va a dar cita de un día para otro, y muchas veces urge. La cita se la pueden dar en 2-3 meses. Entonces, como una forma de utilizar, de una atención oportuna considerando el tiempo de distancia y las condiciones económicas de los pacientes, es una forma como la Secretaría de salud lo ha implementado, entonces viene como una indicación de parte del hospital para hacerlo de esta manera. No es algo que a mí se me ocurrió, aunque se me hubiera ocurrido, debía tener respaldo de la institución, por cualquier cosa.

Mario: ¿y de parte de los pacientes cuál ha sido la respuesta?

Psiquiatra: se sienten cómodos, pero la comodidad surge no tanto por la forma de cómo hacerlo, sino más bien se sienten seguros de que no se van enfermar por covid. Porque son pacientes que son diabéticos hipertensos, que tienen artritis reumatoide o que están llevando algún tratamiento donde prácticamente afecta sus defensas, tienen inmunosupresión. Entonces les da mucha seguridad saber que de esta manera pueden ser atendidos sin tener el riesgo de contactos [...] (Psiquiatra, 22/12/21)

Utilizar tecnologías digitales presenta beneficios para la atención de pacientes con comorbilidades, así como la continuidad del tratamiento cuando las limitaciones de movilidad y el distanciamiento social dificultan las consultas en persona. No obstante, es importante que los profesionales de la salud mental realicen una evaluación del paciente antes de realizar un diagnóstico y prescribir medicamentos. Respecto a esto último, aparece una discusión acerca del subdiagnóstico o sobrediagnóstico. Por una parte, el subdiagnóstico sucedería si los pacientes no se sienten cómodos compartiendo sus problemas de salud mental por medio de tecnologías digitales, o cuando la modalidad no permite capturar algunos aspectos de los síntomas. Por otro lado, el sobrediagnóstico surge cuando los profesionales de la salud se basan únicamente en la información suministrada por los pacientes a través de la tecnología, sin realizar una evaluación exhaustiva. Resultando en diagnósticos excesivos de trastornos de salud mental, ocasionando tratamientos innecesarios o potencialmente dañinos.

En conclusión, a pesar de los desafíos que presenta la atención a distancia, es esencial reconocer su utilidad y necesidad en determinadas situaciones. Los profesionales de la salud deben estar preparados para adaptarse a las diferentes necesidades y particularidades que involucran la atención a la salud, y considerar tanto las ventajas como las limitaciones de la atención virtual.



## Clínica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos

Bajo este contexto, según las experiencias del *Personal Psi*, las atenciones a través de tecnologías digitales tienen diversas ventajas. Por ejemplo, en la *Clínica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos*, ubicada en la Consulta Externa del recinto, las visitas domiciliarias buscan acercarse a la población que por alguna complicación no accede fácilmente a las instalaciones del hospital. Específicamente, su turno de fin de semana atiende pacientes con diagnósticos de fase terminal; a quienes el traslado a un hospital no sería conveniente por el desgaste que este provocaría. Sin embargo, los pacientes y sus familiares y/o cuidadores, requieren sugerencias y supervisión médica o psicológica para aclarar dudas que surgen durante el tratamiento médico administrado. Por esta razón, se realiza visitas a domicilio en caso de que residan en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.<sup>79</sup>

Con el objetivo de solventar la imposibilidad de asistir a los domicilios particulares durante la pandemia de covid-19, en 2020 se comenzó a utilizar servicios de teleasistencia. En el caso específico de la salud mental, se brindó acompañamiento y “psicoeducación” a familiares de las y los pacientes de manera individual o grupal en un formato digital. En síntesis, este proceso necesita del acompañamiento de un familiar o cuidador primario, quien complementa el relato del estado de salud, malestares, sensaciones o efectos del medicamento suministrado al paciente.<sup>80</sup>



Imagen 1. Interior de un tríptico ofrecido en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Diciembre de 2021.

<sup>79</sup> Al menos hasta diciembre de 2021 no se habían retomado las visitas domiciliarias presenciales por parte del equipo de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos del turno de Fin de semana. Además, las teleasistencias a través de videollamadas se realizaban principalmente de lunes a viernes en el turno vespertino.

<sup>80</sup> Como se mencionó, el personal de la jefatura de psicología realizó una estrategia de atención similar.

Desde el hospital, la psicóloga de esta clínica realiza una videollamada que el paciente atiende en su domicilio particular, ya sea en presencia de su familia o cuidadores.<sup>81</sup> Es importante destacar que para recibir teleasistencias, el paciente debe haber sido evaluado presencialmente en las instalaciones del hospital. Posteriormente, se determina la modalidad de seguimiento más adecuado a las necesidades del caso.

En el siguiente fragmento se presenta la descripción de un caso atendido a través de tecnologías digitales:

[...] era un joven con diagnóstico de CA<sup>82</sup> avanzado y... medicamento... medicamento ya no le tenían qué ofertar en hospitalización, era candidato ya para paliativo. De hecho, a ellos los capto porque voy caminando y escucho que va llorando, iba diciendo: “es que él ya se quiere ir, dile a mamá que ya se quiere ir.” Entonces me acerco, le pregunto del paciente y pido que me hagan una interconsulta, y así contacto con la familia. Y cuando lo conozco, era un joven de, me parece, 20 años con un CA avanzado y entonces les platico, lo primero que hago es la intervención de que había mucho que hacer aún. Que sí, en una oferta médica curativa ya no había que ofertarle, pero que había mucho que hacer, que eso no significaba que no había nada que hacer por ese paciente. Todo lo contrario, había muchísimo que hacer por ese paciente desde el tema paliativo. Y les cuento qué es paliativo, hago una contención con ellos, y de la importancia de escuchar lo que pedía el paciente, sabiendo ya su pronóstico. [...] no se fueron como a la deriva, porque lo que les complicaba era: “nos vamos a ir de alta y ¿cómo? ¿qué vamos a hacer con nuestro paciente allá? ¿Y si se ahoga?” porque son los miedos y a mí me pasaría, si me dicen: “te llevas a tu papá” ¿y qué hago si le daba una crisis? ¿qué hago?

[...] a la familia le preocupaba mucho que no llevaban receta. Que era lo que a ellos les daba seguridad. Aquí se les dice que se les va a otorgar medicamentos en caso de dolor. Entonces al otro día vienen y se le hace la valoración, el médico, le da la atención, se va de alta el joven. Ya se mantuvo la atención médica en línea. Y un día hablan, y ya el doctor atiende, y se da cuenta que ya es una fase terminal. Porque se empieza a preguntar como cuestiones físicas y demás. [...] y ya es donde me dirijo al familiar, y le digo que si el familiar permitiría una videollamada. [...] Y ya reunió a toda su familia en la sala, incluidos los papás, era el hijo menor. Y pues ya estaba en una fase terminal, se les psicoeduca de cómo pueden acompañar. (Psicóloga de Medicina del dolor, 26/11/21)



Imagen 2. Psicóloga brindando teleasistencia a paciente.

<sup>81</sup> El Dr. Chávez, coordinador de este servicio en el turno de fin de semana, menciona que es preferible que un paciente esté en un ambiente conocido. Un hospital no es un lugar para morir. Según este médico encargado, una persona no debería morir en un hospital.

<sup>82</sup> Cáncer terminal.

La clínica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos ofrece una línea telefónica y un servicio de mensajería disponible las 24 horas del día a través de WhatsApp. Esta herramienta permite a familiares y cuidadores de pacientes solicitar información y plantear preguntas específicas sobre el tratamiento y la medicación, lo que facilita y acelera el acceso a los servicios de salud. Los médicos encargados del caso responden a las preguntas planteadas a través de esta vía, y si es necesario, se realiza una interconsulta con psicología.



Imagen 3. Dr. Antonio Córdova, Premio Chiapas 2021, realizando una teleasistencia a paciente.

#### Relato del coordinador de la Clínica de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos:

[...] los primeros cambios eran por línea institucional. El primer cambio que pues yó nunca entendí, fue que los médicos se fueron a su casa. Porque... yo hacía la analogía: tienes una guerra y mandas el Ejército a descansar, ¿entonces qué sucede?, pero salió una ley, un decreto. Y por decreto los médicos se fueron, al igual que el maestro, el magisterio. Pero en el área de salud se envió a todos los médicos, a todos los médicos por comorbilidades o edad. Tu servidor, acá tenemos 3 médicos, 2 de ellos —un compañero y tu servidor— cumplíamos los criterios para irnos a casa y retirarnos, pero mi decisión fue quedarme en el hospital, como un deber de todos los pacientes que tenían medicamentos controlados; porque aquí quién está autorizado para recetarlos, es esta área. Entonces imagínate: los medicamentos con opioides, y que caigan en supresión ahí sí podrían ser más que falta de profesionalismo, hasta una negligencia de dejar a los pacientes. En otras áreas nadie dijo nada, si a los hipertensos los dejaban sin sus antihipertensivos, no pasaba nada, o los conseguían por fuera. Los pacientes con trastornos metabólicos como diabetes pues hacían dieta, empezaban a comer bien y regulaban sus medicamentos o los adquirían por fuera como pudieran, pero los narcóticos yo creo que sí era una responsabilidad del servicio. Y como tú bien dices, en este caso pues cae en el responsable del servicio, entonces yo en lo personal decidí quedarme a laborar en el hospital para dar continuidad. En el área del servicio no se suspendió la actividad durante toda la pandemia, fue la primera modificación (sí se podría llamar) porque fue lo contrario a todas las demás áreas. Entonces el servicio quedó activo, como venía, pero la medida que sí se empezó a tomar fue que viniera el familiar o al paciente y pusimos una norma en el servicio: que el paciente o familiar que llegara se le toma temperatura, oximetría, pulso, sus signos vitales y un dato importante que era la taquicardia, que eso se presentaba antes de que tuviera síntomas el paciente. Ya no digamos la tos, si escuchábamos que tosía en lo que estamos por pasarlo, pues se le pedía que se retirara, como una medida. Entonces sí se pusieron medidas para que no nos infectáramos y empezamos a tomar la precaución con los familiares y pacientes. La segunda modificación fue que si el paciente no podía venir, o prevenirle que no viniera para que no se pusiera en riesgo, que viniera un familiar sano y les pedíamos la receta para que tuviera continuidad del tratamiento, pero allí fue que empezamos a utilizar de manera irregular, pues el teléfono. Si hacemos videollamadas para otras cosas pues empezamos con el teléfono personal; entonces con el teléfono personal del médico (si queríamos

nosotros) o del familiar. Entonces se les decía que el familiar que viniera por la receta hiciera una videollamada con el paciente, para que tuviéramos evidencia que estaba vivo, porque no podemos dar receta a pacientes ya fallecidos, como una protección. Dos, nos orientaba a ver cómo estaba. Eso me motivó a empezarme a actualizar en esta modalidad a distancia (telemedicina). Entonces, no fue una inquietud que fue un eureka en mi pensamiento, porque venían los congresos internacionales de dolor en España, latinoamericanos o nacionales con proyección internacional, y ya venían los temas allí, los temas de la telemedicina en el área; entonces pues a empezar a tener información de los expertos. Yo revisé, y creo que la telemedicina empezó en 2010, 2011, estuvo 10 años en sueños, porque no se utilizaba. Pero la pandemia abrió la puerta que por ahí era, es más, las famosas... Zoom y todo eso, ya existía pero no se utilizaba, estaba muerto, y ahora es tenerlo para estar en comunicación. De tal manera me fui dando cuenta con la información que se obtenía que sí hay beneficios, hay beneficios pero también hay muchas limitantes. No fue fácil. Después de tener información de quienes exponían su experiencia en Europa, en América Latina del área médica, pero algo importante también lo legal. Había barras de abogados o grupos legales que hablaban del uso, prevenían de no hacer el uso de las redes para el área médica, ¿por qué? porque en medicina nos marca nosotros una ley de salud en México; y la ley de salud marca que nos tenemos que apegar a una norma. Entonces, si la memoria no me falla es la norma 04S32012, que es la norma de la atención clínica. Y allí dice que la atención clínica de consulta de los médicos tiene que ser en consultorio con exploración física. Y eso es la primera barrera que dan. Aunque una visualización de un paciente a distancia permite tener una información mayor, que no ver al paciente. Entonces entramos en un vacío de legalidad, y un vacío de incumplimiento de normas. La información que yo pude obtener de diferentes redes fue lo siguiente: 1) que la teleasistencia en este caso, nuestra área, es una teleasistencia paliativa a distancia, así lo considere el término: “teleasistencia”, no “consulta”. Es una teleasistencia paliativa a distancia. 2) tiene que estar de acuerdo el médico que la realice y la familia o el paciente. Tres...

Lo primero, es que no sustituye la consulta. La segunda, es que el médico desee realizar el acto de teleasistencia. Es decir yo no le puedo forzar a un trabajador de mi servicio a que la haga, si él quiere la hace, y si no, no.

3) que la familia lo acepte, porque vamos a entrar a su hogar. Vamos a visualizar muchas cosas dentro de su casa, entonces necesitamos el permiso para entrar y realizar la teleasistencia.

4) se tiene que formalizar en un proceso. Y así lo consideramos nosotros en el servicio, se tiene que llenar el consentimiento informado. Aquí contamos con el formato, entonces en lugar de autorizar un proceso quirúrgico o algo, es “autorizo teleasistencia paliativa” entonces lo firma el paciente o familiar y el médico anexa al expediente. Entonces ellos ya nos facultan para dar la teleasistencia paliativa. El familiar que asiste aquí es el que la firma. Lo otro es que la primera consulta tiene que ser presencial, forzosamente. Ahí se le explica al paciente, y si él está en condiciones, él lo firma, pero la primera consulta tiene que ser presencial. Por eso es ideal, y podemos nosotros tener una teleasistencia paliativa a distancia, podemos tener telediagnósticos; porque el paciente me dice:

—Me duele la pierna.

—Sí, pero enfoque su pierna.

Y si vemos que está hinchada, pues bueno tiene un linfedema, y podemos darle un manejo al linfedema. O si tienes úlceras de de cúbito, en la espalda o en el glúteo, pues ahí participa enfermería y le da instrucciones de cómo debe cuidar esa... esas úlceras. O por el simple hecho de que no puedo tragar me duele, ¿abre la boca, no? y le vemos lesiones o placas blanquecinas, pues bueno es una candidiasis oral. Va a necesitar un antimicótico. Entonces sí nos permite a nosotros tener ciertos, no sustitutos, sino herramientas a distancias que permitan atender al paciente.

[...] esa herramienta a distancia creo que favoreció mucho para que el paciente no se pusiera en riesgo en tiempos de Covid, porque son pacientes inmunocomprometidos, pacientes de riesgo, y desde su casa sí se les pudo hacer el seguimiento y continuar con el tratamiento. Sí hubo beneficios. O sea ellos no se vieron afectados, no se los corto a nadie. Si alguien no vino, fue por procesos de enfermedad, por situaciones de que no querían salir o algo, pero a todos los pacientes se les dio la teleasistencia paliativa.

[...] a todos los pacientes los tenemos que atender por igual ¿sí? a todos los tenemos que atender por igual, pero la limitante es una, que el médico quiera. Porque el principio no quería, o sea yo hice una reunión con el personal: ¿y quién quiere hacerlo?, pues yo solito empecé, yo fui el que dí el paso. Yo les dije: “yo estoy convencido de hacerlo, pero no les puedo exigir a ustedes”, no como jefe de servicio, sino como compañero médico. Porque lo que he aprendido, de lo que dieron a conocer, es que si tú no quieres, yo empiezo a hacerlo. (Dr. Córdova, 10/11/21)

La adaptación del *Personal Psi* a las tecnologías digitales en el contexto de la pandemia de covid-19 ha demostrado ser una herramienta importante para mejorar el acceso a los servicios de salud mental; dicho de otra forma, estas llevan el hospital a casa, al menos de manera virtual. Las barreras físicas del hospital se diluyen. Durante el inicio de la pandemia de covid-19, el trabajo clínico a través de WhatsApp se ha convertido en una forma importante de proporcionar estabilización y promoción de información a los pacientes que no tienen acceso al hospital.

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico psicológico o psiquiátrico puede tener efectos incalculables en la vida de una persona, por lo tanto, se requiere responsabilidad, ética y precaución clínica. Un diagnóstico crea nuevas formas de reconocimiento de uno mismo y de ser reconocido por los demás.

El diagnóstico depende de varios factores que van más allá de la observación o el análisis del lenguaje corporal, ya que la respuesta del personal de salud mental varía según la teoría y las representaciones en las que se apoya. En otras palabras, los diagnósticos, así como los efectos terapéuticos producidos, dependen de representaciones sobre el bienestar y la salud mental del paciente y el terapeuta.

A pesar de estas posturas y limitaciones que genera la atención en salud mental digital, parece relevante mantener una evaluación presencial para las primeras entrevistas. Sin embargo, la especialista en psiquiatría del hospital ha evaluado a la mayoría de sus pacientes a través de dispositivos móviles sin un encuentro presencial. En este caso, en contraste a lo sucedido en la Clínica de Medicina del Dolor, las consultas psiquiátricas se han realizado exclusivamente a la distancia, sin exploraciones o entrevistas presenciales.

Finalmente, aunque la adaptación a las tecnologías digitales es relevante en ciertos casos, es aún más importante examinar las experiencias del personal de salud mental. Por lo tanto, al analizar las representaciones y prácticas en esta investigación, se busca recopilar información sobre cómo estas han transformado el sistema de atención a la salud mental en un hospital de segundo nivel.

## Lo interno

### Hospitalización

Los resultados de esta investigación demuestran adaptaciones ante diferentes necesidades agudizadas durante la pandemia de covid-19. Por ejemplo, una práctica destacada durante este periodo fue la atención brindada al personal de salud en consulta externa, los servicios de hospitalización y urgencias. Estas actividades incluyeron al personal administrativo de la institución, compañeros/as de trabajo del gremio de enfermería, laboratorio o personal de limpieza; estos últimos, percibidos con mayor riesgo de contagio por la precariedad de su equipo de protección personal.

[...] pues es que mi productividad al menos, o sea no la vi tan afectada porque se implementó la atención al personal, entonces podríamos o yo podría verlo de esa manera, tal vez los pacientes que perdí en hospitalización los recuperé con el personal. Mi población cambió en ese momento. (Psicóloga de Medicina Interna, 16/12/21)

¡Así, en corto! “Licenciada mire, me siento así” Entonces ya se daba la atención en corto. Y ya pues de su privacidad y eso pues... Todo el mundo mira que estás hablando con el personal, pero ya está más normalizado de que estés trabajando ahí. Aunque muchos mencionan esa parte: “Nada más están platicando”, pero no. (Psicóloga de Consulta Externa) 14/09/21

Durante la pandemia de covid-19 el hospital se transformó en una sala de emergencias en la que se produjeron conflictos y problemas entre el personal de salud. Algunos de estos conflictos se debieron a la preocupación y la incertidumbre sobre su propia salud y a las condiciones laborales en las que se encontraban durante el año 2020. En otras palabras, las razones para buscar atención en salud mental eran claras, pero los escenarios eran complejos.

[...] nos estábamos dando cuenta que había mucha tensión de parte del personal y ya algunos coordinadores pues nos decían: “ya empezaron a haber riñas, o problemas personales” que ya estaban generándose, ahora sí que, por la convivencia. Y entendíamos que teníamos que actuar, lo planteamos y todo pero pues al final de cuentas era juntar gente, y en ese tiempo como estaba la situación decidimos que quedara de manera individual. También intentamos hacer charlas, o bueno, conferencias por el *zoom*. Pero aquí desgraciadamente el personal estaba ocupado pues, nosotros no podemos usar mucho tiempo de ellos, puesto que a lo mucho quizás media hora o una hora y de ahí tienen que estar en su área. Entonces yo creo que quizás nos faltó innovar muchas cosas, pero no porque no quisiéramos, sino que también el miedo no nos daba a ver qué crear. (Psicólogo de Urgencias pediátricas, 04/10/21)

Las características propias de un recinto de salud generan y perpetúan condiciones que afecten tanto la salud mental de la población en general como la de los profesionales de salud. En el caso específico del hospital estudiado, la producción de una COE tuvo efectos en la estabilidad emocional del personal de salud, incluyendo al *Personal Psi*. En el siguiente apartado, se mostrará que a pesar de las ansiedades surgidas en el cruce de lo que

se ha denominado COB y COE, el estigma y las representaciones sobre la salud mental influyen en la decisión de acceder a los servicios de atención ofrecidos dentro del hospital durante este periodo.

### **Área de Mindfulness**

Como se ha mencionado en el tercer capítulo de esta investigación, la atención a la salud mental del área gerencial y operativa es fundamental en el contexto de una COE. La intersección de la COB y COE dio lugar a situaciones angustiantes y conflictivas para el personal de salud. Ahora bien, la producción de una COE y las representaciones sobre salud mental ayudaron a crear un panorama de acciones y estrategias, es decir, sirvió de marco para atender las emergencias acontecidas. Al ubicar estas necesidades, ¿cuáles son las estrategias de atención a la salud mental surgidas en el marco de una COE? ¿qué se generó dentro del hospital para atender los malestares subjetivos del personal que labora en este recinto de salud?

En respuesta se creó un área en el cubículo 5 de consulta externa para atender las necesidades de salud mental del personal de salud y administrativo del hospital. El “área de mindfulness” se promovió con la finalidad de brindar herramientas para el control de estrés y ansiedad. En la modificación al cubículo 5, se añadieron cojines y mantas en dos sillones del consultorio. Estos sofás azules para 2 personas sirvieron para que las y los participantes de las terapias buscaran relajarse. Estas actividades estaban abiertas a cualquier miembro del hospital, independientemente de su rol en la organización. Videograbaciones de las actividades desarrolladas indican el acceso de cuatro personas a esta área, recostadas y sentadas también en sillas de escritorio o en la mesa de exploración médica. En el centro de esta “área de mindfulness” se ubicaron velas aromáticas, una planta y un aceite para masajes sobre un banco que funcionaba como mesa de centro. En otras zonas de la sala, se colocaron velas como parte de la ambientación y comodidad de las y los usuarios de este espacio. Es importante señalar que solo se acondicionó la mitad de la sala para este fin, mientras que la otra mitad de la sala se utilizó para atender las llamadas telefónicas del Servicio de intervención en crisis (SIC).



Imagen 4. Equipo responsable del Servicio de Intervención en Crisis (Turno matutino).

Ahora sí que empezamos a conforme la marcha. Íbamos improvisando y se nos daba algo, y lo practicamos más; como esa, la parte del mindfulness [...] el dar terapia de relajación, esa idea nos surgió después, porque primero era nada más la atención psicológica y la consulta. (Psicóloga de turno nocturno, 11/10/21)

El "área de Mindfulness" fue acondicionada con música relajante que acompañaba a las sesiones de control de estrés y ansiedad para el personal de salud. Durante estas sesiones, se utilizaban visualizaciones guiadas en las que un instructor, en este caso un psicólogo, guiaba a los participantes en la creación de ambientes relajantes a través de la imaginación. Por ejemplo, se utilizaba la técnica de "manos mágicas" para relajar partes del cuerpo y aliviar dolores físicos y emocionales. El objetivo era distraer a los participantes de las diferentes crisis provocadas por el covid-19, enfocándose en panoramas específicos. Estas sesiones estaban disponibles para cualquier miembro del hospital, incluyendo aquellos en el ámbito de la salud, administrativo o de mantenimiento.

[...] allá abajo en consulta externa lo que hicimos con unos compañeros, fue adaptar para un consultorio de relajación. [...] si tú te das cuenta, todos los consultorios son así porque así son como deben de estar: [...] Muy fríos, muy sobrios. Entonces ahí abajo lo que hicimos fue traer incienso, trajimos otros cojines, unas colchas o se lo adaptamos como algo que el personal se sintiera fuera del hospital un ratito, para poder relajarse ahí. Y lo que hacíamos era también sesiones de relajación, de respiración, que ellos mismos se hicieron masaje; por ejemplo, en las manos, todo eso. ¿Para qué? Pues para bajar un poco... La ansiedad que tenían. Tenían mucho miedo [...] (Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 15/11/21)

A pesar de que el servicio de mindfulness ofrecía ejercicios de relajación como posturas, estiramientos, respiración profunda y visualización guiada, así como actividades de reflexoterapia, que incluían masajes en las manos y dedos, y relajación muscular progresiva, no se encontró una alta demanda por parte del personal de salud. Al investigar las razones detrás de esta situación, se descubrió que los profesionales de la salud



mostraron poco interés en solicitar los servicios de atención a la salud mental en este hospital. Incluso el personal de psicología, encargado de ofrecer estos servicios en la Clínica de Medicina del Dolor,<sup>83</sup> evitó utilizarlos, como lo demuestran las experiencias relatadas por los siguientes actores involucrados:

[...] de hecho, se volvió conflicto acá, con los compañeros. Porque cuando nos hace la invitación el doctor, más que invitación fue: “necesito que vayan” y se tomó en algunos agresivo. “No me puedes obligar a llevar una atención.” Cuando te dejas llevar sin siquiera escuchar, porque ni siquiera era sumergirse a un proceso terapéutico, nada más eran terapias de relajación, no era un proceso terapéutico como tal. Y allí empezó como una disputa aquí con unos compañeros [...] (Psicóloga de Medicina del Dolor, 26/11/21)

Psicóloga: [...] casi no iban, te digo. O sea, también tenía miedo o no están acostumbrados, todavía a esta parte de la salud mental. Entonces hubo veces que, por ejemplo, yo sí tenía que ir a los pisos a darles como una terapia de relajación en el momento, porque ya habían presenciado un deceso, un deceso de una persona por covid, entonces se estresaban demasiado.

Mario: ¿en qué piso en específico?

Psicóloga: Recuerdo Medicina Interna, una ocasión. Ahí subí con unas doctoras, y se les hizo una terapia de relajación. Fue de minutos, o sea, de 15-20 minutos para que en estos momentos pues ellas estuvieran más tranquilas.

Mario: eso fue en fines de semana.

Psicóloga: Exacto, sí.

(Psicóloga de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 20/11/21)

[...] cuando yo estuve fueron muy pocas las personas las que vinieron a consulta. Tengo entendido que por la mañana hubo este equipo que... hacía las llamadas. Asistieron un proyecto de dar atención a los compañeros y eso. No sé la verdad qué tanta afluencia de personal tuvo, porque vuelvo a lo mismo, no tienen confianza en ellos, aunque se sentían mal, lo evadían... [...] Como que es difícil, es difícil que el personal venga a atención psicológica. [...] Sólo vinieron conmigo quienes realmente ya no aguantaban. Haga de cuenta, alguien que tenía un síndrome de ansiedad generalizada, que ya no dormía, que no comía, que estaba todo el tiempo pensando que tenía ya hasta taquicardia, o sea ya grave el asunto, ahí sí ya venían. (Psicología Laboral, 14/11/21)

Desde la perspectiva del personal de psicología, se argumenta que la escasa búsqueda de atención para la salud mental se debe a diversos factores, como el miedo, la falta de costumbre de buscar tratamientos a través de la palabra o simplemente el desinterés en el tema. Sin embargo, los lineamientos de respuesta y acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por covid-19 establecieron que atender la salud mental del personal de salud era una prioridad. Por ello, se creó el “Área de Mindfulness” como una estrategia primordial para que el personal de salud pudiera

---

<sup>83</sup> Durante este periodo, esta psicóloga de Medicina del Dolor formaba parte de un diplomado que realizaba actividades a través de Facebook Live. Es decir, tuvo seguimiento de manera virtual mediante sesiones de relajación. Por lo tanto, la psicóloga cuidó su salud mental y la atendió de manera externa al hospital, prioritariamente en actividades en las que ya estaba involucrada previo a la pandemia de covid-19.

continuar con sus actividades médicas en el recinto, aunque se evitaba la reunión de grupos de personas en un espacio pequeño y poco ventilado, características notables de un cubículo de consulta externa. En otras palabras, estas prácticas importantes contradecían los cuidados primordiales establecidos por los lineamientos de covid-19, que incluían evitar reuniones en espacios cerrados, poco ventilados y mantener el distanciamiento físico.

Aunque la iniciativa tenía como objetivo principal proporcionar relajación y bienestar, también implicaba riesgos potenciales de contagio dentro del hospital. Por ejemplo, una de las psicólogas involucradas en la creación y participación de este proyecto de atención al personal de salud se percibía constantemente en riesgo de contagio, lo que generaba temor e incertidumbre en cuanto a su salud y la de sus compañeros.

Psicóloga: [...] al principio sí me daba, me causaba miedo, un poco de angustia, de ansiedad. El hecho de “pasé a rozar a alguien y rápido a lavarme”, rápido a poner desinfectante, gel o aerosol, el alcohol. Pero ya después, dije: “después de tanta gente que vimos” creo que ya, pasó el covid. Es que lo que nos preocupaba era que dábamos las actividades y 3 días después: “fulanita de tal, a la que le dimos, ya tiene covid” (*sonido de exaltación*) y nosotros: “¡No, hace 3 días estuvo aquí!” [...] y empezabas con tu sugestión, de decir: “ya me duele la cabeza, me raspa la garganta, empezabas a crearte esta paranoia de que tenías covid”, pero no pasó, no me dio hasta ahorita.

Mario: ¿cuánto tiempo tuvo que haber pasado para tener otro tipo de sensación?

Psicóloga: cuando fui a terapia. Porque ya me sentía muy ansiosa, y busqué nuevamente mi terapeuta, y ahí fue que descargué un poco la emoción que llevaba: el miedo, la tensión, el estrés. Y fue que me tranquilicé, me relajé un poco más. Cambio de enfoque. Todas esas ideas que tenía sobre la pandemia. Y fue que me relajé mucho. (Psicóloga de turno nocturno, 03/12/21)

Las terapias de relajación y el servicio de intervención en crisis son los proyectos que oficialmente el personal de psicología implementó desde el consultorio 5 en un hospital en constante adaptación. Es decir, las estrategias encomendadas por el hospital y las prácticas del personal de psicología para la atención y cuidado de la salud mental colaboraron en una Cultura Organizacional Epidémica. Además, su percepción de riesgo de contagio de covid-19 influyó en que el mismo personal encargado de atender tuviera repercusiones en su propia salud; por ejemplo, debido al largo aislamiento y nulo contacto físico con familiares y amigos, surgieron episodios de crisis que motivaron a consultar de manera privada a un psicoterapeuta.

Retomar información de las representaciones y estrategias sobre salud mental durante la pandemia de covid-19 también brinda la posibilidad de analizar los efectos en la salud mental de las y los trabajadores encargados de las diferentes iniciativas de salud mental en este recinto. Al mismo tiempo, muestra las condiciones y exigencias de trabajo

en un hospital de segundo nivel, así como los recursos y posiciones ante las crisis presentadas.

En el siguiente apartado, se presentará cómo la especialista en psiquiatría complementó este rompecabezas de complejidades surgidas en los tratamientos de malestares durante una pandemia. Es decir, específicamente, la psiquiatra de esta institución durante 2020 y la primera mitad de 2021 desempeñó un papel importante pero muy diferente al que estaba habituada. A diferencia del personal de psicología, esta especialista fue parte de quienes permanecieron en el área de medicina interna con el objetivo de estar preparada para atender casos de covid-19.

### **“Todos somos médicos”: Reorganización y estigma**

Siendo un hospital de segundo nivel, su responsabilidad consistió en brindar atención a pacientes que presentaban contagios de covid-19, sino también comorbilidades o padecimientos adicionales que demandaban cirugías o tratamientos médicos. Por lo tanto, desde marzo hasta noviembre de 2020, se tomó la medida de resguardar al personal de salud con comorbilidades que los pusieran en mayor riesgo en caso de contraer covid-19. Además, se reorganizaron las prácticas de los especialistas de este recinto para prepararse ante las olas de contagios y la posible atención de pacientes con síntomas de covid-19.<sup>84</sup>

Desde que entré al hospital me asignaron inmediatamente a Medicina Interna. Y este era la dinámica, esta era la rutina, de mis actividades. Pero cuando fue lo del covid, todo esto cambió. Cambió dentro de las actividades que todos teníamos, los especialistas, y eso me incluye a mí. Porque en ese momento dada la situación, no se tomó en cuenta de qué especialidad éramos. Por ejemplo, si éramos psiquiatras, dermatólogos, oftalmólogos, eso no se tomó en cuenta. Lo que se tomó en cuenta: que todos somos médicos, estudiamos medicina. Partiendo de eso se empezó a hacer como un entrenamiento o capacitación para el uso adecuado de las medidas de precaución; por ejemplo: de cubrir bocas, de lavado de manos, de cómo vestirse para atender a los pacientes. Cursos también y prácticas para entubar pacientes, todo lo que de alguna manera sabíamos que iba a venir. (Psiquiatra, 17/12/21)

[...] muchos de los médicos que estaban cubriendo estas áreas eran los médicos especialistas; o sea ya no había que “el cirujano sólo opera” o sea no, sino era el cirujano haciéndola otra vez de pediatra, y se generaba también el estrés, porque tenían ellos mucho tiempo de no hacer pediatría. “No pues yo veo solo neuro, ya no me acuerdo de esto”, y se notaba el estrés [...] ir buscando, volviendo a leer, o sea los adscritos leyendo pediatría. Entonces sí fue como que... estaban así, muy estresados. O sea, estaban así como que: “pues no, sí ya no regresa la próxima semana, pues yo también ya me voy a ir, porque pude meter también mi incapacidad, pero no la metí, por ayudar”. (Psicóloga de pediatría, 06/11/21)

---

<sup>84</sup> El encargado de Planeación y desarrollo del hospital señaló que esta característica fue prioritaria de atender. La “Clínica Covid Poliforum”, se encargó únicamente de atender a casos confirmados de covid-19. Es decir, el hospital aquí estudiado se encargó de “pacientes covid” que necesitaban otros tipos de atenciones médicas.

Los miembros del hospital que tenían licenciatura en medicina fueron llamados a prepararse y capacitarse para atender casos sospechosos o confirmados de covid-19 que llegaran al hospital. Estas actividades se llevaron a cabo hasta noviembre de 2020, momento en el cual el personal que estaba en resguardo volvió a sus actividades en el nosocomio por un breve período, ya que el número de contagios de covid-19 en México y en el estado de Chiapas obligó a continuar con restricciones.

Particularmente, en la planta baja del nosocomio, el área de medicina interna activó un filtro de limpieza y sanitización al momento de ingresar al hospital. Este filtro era un vestidor utilizado para que el personal de salud cambiara su atuendo por una pijama quirúrgica. Además, se le exigió al personal de salud precauciones muy precisas: no usar accesorios: aretes, cadenas, collares, pulseras, anillos; y de manera general, se comenzó a utilizar zapatos de plástico que se lavaban diariamente al terminar la jornada laboral que iniciaba a las 8 y culminaba a las 15 horas, al menos para la psiquiatra del hospital. Aquel proceso de vestir y desvestirse fue crítico e importante para el cuidado de la salud. Sin embargo, esta nueva incorporación al protocolo, además de prevenir contagios de covid-19, motivó temores: angustiaba no tener la certeza de que el procedimiento había sido desarrollado de manera correcta.

Honestamente... era como vivir un día a día. No saber si al otro día tu condición física iba a estar bien o mal. Entonces en lo personal sí me angustiaba, porque no sabía en qué momento, en alguna situación te podrías infectar por cualquier cosa que se te pasara. Incluso cuando entramos al hospital, teníamos que pasar primero un vestidor para quitarnos la ropa que traíamos y ponernos la pijama (nadie subía sin pijama) [...] Entonces a la hora de cambiarte debías de tener mucho cuidado, y se sigue con una técnica —cuando salíamos igual— Y era la ropa que habías usado, entonces no sabíamos qué tanto estaba contaminada por alguien. Y entonces era estar en esa angustia, si lo había hecho bien o mal, porque sabíamos que cuando fue lo del ébola muchos médicos o personal de salud falleció, fue por esta parte de... de los errores que se cometieron al vestirse o desvestirse. (Psiquiatra, 22/12/21)

En los primeros meses de implementación del plan de acción, se redujo el tiempo de exposición dentro del hospital, lo que significó que el personal de salud asistiera al recinto cada 2 días. Además, los días en que intervenían dentro del hospital variaron según las necesidades de atención. En cuanto a la organización de los equipos médicos que formaron parte de este plan de acción, se conformaron por 5 o 6 miembros liderados por un médico internista.

[...] 2 equipos, por el personal que teníamos aquí en el hospital, pero obviamente en cada turno se fue organizando de alguna u otra manera parecida a esa. [...] Éramos como 5 o 6 [integrantes]. El encargado del equipo era un internista, y todos nosotros, los demás (*risas*) éramos integrantes del equipo. Nos tocaba, por ejemplo, unos días venir un equipo, otro día a otro, sobre todo los primeros

meses para poder limitar el tiempo de exposición al área hospitalaria [...] un día sí y un día no. Los primeros meses cuando estaba la situación más álgida ante todo esto, después en meses posteriores prácticamente teníamos que estar todos [...] junio, por ahí, todos ya tenemos que estar. (Psiquiatra, 22/12/21)

Es interesante notar cómo la percepción del riesgo y las experiencias previas de cada miembro del personal entrevistado influenciaron su perspectiva sobre la carga de trabajo y los protocolos de emergencia durante la pandemia de covid-19. El encargado de medicina interna experimentó una disminución en la carga de trabajo debido a la reorganización del personal y los protocolos de emergencia, mientras que la especialista en psiquiatría tuvo que adaptarse a un nuevo conjunto de procedimientos y preocupaciones de seguridad. Esto resalta la importancia de considerar las diferencias en las trayectorias y especialidades del personal de salud al diseñar estrategias y protocolos para enfrentar situaciones de emergencia sanitaria.

[...] bueno es que la verdad, trastocó muchos aspectos de mi vida privada, porque tengo 17 años de haber salido de la especialidad y la sub, entonces mi trabajo ha sido 100% psiquiátrico. Nunca, nunca me imaginé que algún día nuevamente iba a estar en un hospital con pijama quirúrgica, que iba a tener cursos de intubación, o sea nunca me lo imaginé. Nunca pensé que eso pudiera pasar. Entonces como que eso movió muchas cosas, es una condición muy diferente, sobre todo porque fue inesperado, hasta cierto punto. (Psiquiatra, 17/12/21)

En el caso de esta especialista en psiquiatría, la percepción de riesgo y estigma al portar símbolos que representaran el ámbito de salud, crearon un panorama de discriminación, rechazo, exclusión y distanciamiento obligatorio, provocando que esta resultara afectada.

Y de manera personal, algo que me hizo sentir como rechazada fue que donde yo vivía, pues tenía que lavar los uniformes porque no había lavandería y estaba todo cerrado. Y yo creo que los vecinos vieron el área de lavado, pues estaban colgados mis uniformes médicos. Entonces vi que empezaron a construir y elevar el muro [...] y eso me dio una sensación de aislamiento, como de rechazo. Esta parte de hasta llegar a ser un peligro porque te vieran con una bata [...] había mucho temor [...] la gente misma rechazaba y medía su distancia al sólo saber que eras médico o enfermera. Y eso en muchas ocasiones me pasó [...] sí era muy evidente. Y las cosas que también uno hablaba sobre la seguridad, y de cuidarnos porque sabíamos que estamos expuestos [...] aislados, discriminados [...] quizás fue más confrontador porque de un día para otro, de ser esta figura médica de atención, vivir rechazo de tus mismos pacientes, y que no te acercaras a ellos... (Psiquiatra, 22/12/21)

El surgimiento de ataques y atentados hacia las y los trabajadores de salud aumentó el malestar de los miembros de una Cultura Organizacional Epidémica. Estos ataques generaron temores, miedo y desconfianza en el personal, afectando negativamente su motivación y capacidad para desempeñar su trabajo. Además, estos eventos agravaron el estrés y la fatiga emocional que muchos trabajadores ya estaban experimentando debido a la carga de trabajo y la exposición constante al riesgo de infección (Muñoz-Fernández et

al., 2020; Martínez y Álvarez, 2021). En este contexto, la bata blanca, símbolo de poder, orden y salud, se convirtió en un factor de estigmatización para algunos miembros del personal de salud. La especialista en psiquiatría entrevistada describió al gremio médico: “Aislados, discriminados... como la experiencia que puede vivir un inmigrante en otro país”. (Psiquiatra, 22/12/21) En poco tiempo, portar una bata blanca se asoció con la segregación en la comunidad.

En este contexto, se observó que, aunque oficialmente las actividades de la especialidad de psiquiatría no fueron requeridas en el hospital y se prefirió su participación en el ámbito dedicado a la atención de pacientes en el área de Medicina, la pandemia de covid-19 tuvo efectos físicos y emocionales en el personal de salud.

En un contexto de adaptación rápida y acelerada se han identificado prácticas entre algunos miembros del personal de salud relacionadas al uso de psicofármacos para estabilizar los síntomas de ansiedad, angustia y problemas adaptativos que han presentado durante este periodo. En el siguiente apartado se detallarán los hallazgos relacionados con estas prácticas, con el fin de comprender mejor su alcance y las implicaciones para la atención de salud mental del personal de salud.

### **Los usos del fármaco**

Sí me sentía confrontada porque con esta experiencia de haber participado en la atención de desastres, sé que había muchas formas de intervenir, y que me daba cuenta de que era necesario dentro de nosotros mismos, pero en mi caso me necesitaban más como médico, y dejaron de lado la parte de la atención a la salud mental. No la desarrollé de manera abierta, digamos. (Psiquiatra, 17/12/21)

Durante la pandemia de covid-19 la prioridad de los servicios hospitalarios fue prevenir y atender los contagios de la enfermedad, lo que llevó a que se descuidara en cierta medida la atención de otros factores. Como resultado, la especialista en psiquiatría tuvo que centrar su atención en pacientes con riesgo de contagio de covid-19. Durante un periodo crítico en el que se necesitaba su atención, el hospital se privó de sus servicios.

Una de las encargadas de psicología laboral, área que atiende al personal de salud de fin de semana (turno en el que no hay servicio de psiquiatría), señaló que cotidianamente recibió a compañeros trabajadores con características que le llevaron a solicitar apoyo de un especialista en psiquiatría ajeno a la institución. Esto demuestra que las urgencias de una COE estructuraron las condiciones necesarias para el uso de fármacos como tratamiento, cuando las ansiedades se desbordaban.

Psicóloga:[...] sólo vinieron conmigo quienes realmente ya no aguantaban. Haga de cuenta, alguien que tenía un síndrome de ansiedad generalizada, que ya no dormía, que no comía, que estaba todo el tiempo pensando, que tenía ya hasta taquicardia, o sea ya grave el asunto, ahí sí ya venía. Pero ya a esas alturas yo ya no podía trabajar solo pura terapia, entonces ya me ayudaba del psiquiatra. Que les recetara medicamento para disminuir su ansiedad, y ya que vinieran a terapia; o sea las 2 cosas.

Mario: me comentaba que este psiquiatra no era de la institución.

Psicóloga: (*sonido de afirmación*) por aparte o algún médico general. Igual pasaban con un compañero de nosotros y les recetaba la sertralina para que... uffff (*suspiro*) eso me ayudaba mucho. También, personal que perdió algún familiar... que ya no se querían levantar de la cama, ya sólo querían dormir, dejar de comer, empezaron a bajar de peso... sus síntomas estaban ya muy muy graves. Hasta ese momento es que vinieron conmigo, igual a medicar y a trabajar con la terapia, las dos. [...] es como con las personas de la población abierta, cuando ya se están muriendo de dolor es cuando vienen, ¡ya hasta que le tienes que abrir la panza!, pero nunca se checaron, nunca vinieron con algún síntoma, igual cuando ya sienten que de plano no soportan, es cuando ya buscan ayuda, no antes. Y así pasó en la pandemia. Sólomente los que definitivamente ya no soportaron eran los que venían. En mi turno, en la mañana no sé. (Psicología Laboral, 14/11/21)

Como se ha señalado en capítulos anteriores, el personal de salud mental ha observado que las actividades diarias en un hospital, incluyendo el desgaste, el estrés, la precaución y las ocupaciones, pueden producir malestares en el cuerpo catalogados como “ansiedad”. Sin embargo, los psicofármacos son una solución temporal a este tipo de afectaciones. Por ejemplo, no trata la insuficiencia de recursos y la sobrecarga laboral. Asimismo, lleva a no reconocerse como alguien que sufre, postergando un tratamiento hasta "cuando ya no se puede soportar".

Efectivamente la cultura organizacional de los hospitales y el sistema de formación médica han sido objeto de críticas por su énfasis en la fortaleza y la capacidad de sobrellevar cualquier situación sin ayuda. Esta cultura puede llevar a que los profesionales de la salud se sientan reacios a buscar apoyo emocional (Tizón, 2004), agravando el estrés y la fatiga asociados con el trabajo en el cuidado de la salud (Grau, Suner, y García, 2005), especialmente durante la pandemia de covid-19 (Alvarado et al., 2021).

[...] como médico está esa parte de que no te puedes quebrar. Es parte de la formación, esta condición de egocentrismo, no puedes llorar, todo lo que ves es parte, tienes que ser fuerte. Entonces sí hay como mucha... se me fue la palabra... mucha... puedo decir mucha confrontación cuando uno abiertamente va a un servicio de atención psicológica o psiquiátrica propositivamente o que se abran áreas para tal. Fue difícil porque no nos integramos con psicología por razones, que son ajenas (*risas*) a lo que estamos platicando, y pues por ser la única en todo y para todo, pues era difícil que yo pudiera implementar acciones. Entonces era como el recurso médico, no psiquiátrico, médico. Aun así, estaban las consultas de pasillo. (Psiquiatra, 17/12/21)

En páginas anteriores se discutió cómo el trabajo, el ejercicio, la lectura y la pintura sirven como mecanismos de apoyo frente a la incertidumbre. En relación con el tratamiento de los síntomas y malestares subjetivos o emocionales en una COE, también la psiquiatra

del recinto señala que algunos médicos compañeros de trabajo recurrieron a la automedicación con antidepresivos y/o ansiolíticos, y le han solicitado orientación al respecto.

[...] mucha ansiedad, porque lo referían. Incluso ahorita ya se está comenzando a hablar de que tuvieron que utilizar medicamentos antidepresivos o ansiolíticos, pero eso es ahora, no en ese momento. (Psiquiatra, 22/12/21)

Psiquiatra: [...] automedicación admitida porque eres médico, y como médico general llevas la materia de psiquiatría, entonces por ese lado no es que estuviera mal [...] incluso muchos por su especialidad sí tienen conocimiento de tratamientos psicofarmacológicos, por ejemplo, los cardiólogos que ven a muchos pacientes con ansiedad, pero sí era como tratar de confirmar sí estaba bien, sí estaba mal o cómo podían modificar el tratamiento. Sobre ese tipo de cosas.

Mario: ¿Y qué tipo de medicamentos se recetan en esos casos?

Psiquiatra: bueno en general son antidepresivos, y ansiolíticos como las benzodiazepinas. Son las que de alguna manera estaba indicado para poder atender estos síntomas. Y sobre todo, tratando de identificar la causa o el motivo. (Psiquiatra, 22/12/21)

Como ya se señaló, uno de los usos del fármaco realizados por el personal de salud, se enfocaría en adaptar al paciente ahí donde este último tiene dificultades para adecuarse al espacio hospitalario en el momento de su estadía en urgencias u hospitalización. Durante el desarrollo de una Cultura Organizacional Epidémica, estas mismas dificultades justifican que el personal de salud a cargo prefiera el uso de medicamentos inhibitorios y ansiolíticos en momentos de crisis.

Estos hallazgos son relevantes para analizar los proyectos y esfuerzos realizados para brindar espacios de atención de salud mental. Existe un circuito entre los usos del fármaco, las urgencias de atención y los impedimentos del personal de salud para iniciar un tratamiento. Sin embargo, la presencia de la especialista de psiquiatría en Medicina Interna facilitó la apertura a un tratamiento. Aunque la institución no le atribuyó formalmente el papel de especialista para brindar apoyo en el tratamiento del malestar subjetivo del personal de salud en contingencia, ella fue reconocida por su experiencia y se convirtió en un referente para orientar los tratamientos.

Psiquiatra: bueno evidentemente ahí sí por supuesto que mi atención era psiquiátrica, porque me he dado cuenta que esa era la finalidad. Y ver, si dado lo que estaban presentando, necesitaban alguna atención o tratamiento farmacológico, o igual y no. Pero de las cosas que sí tuvieron que ser medicadas, fue porque habían compañeros que tenían problemas en su proceso de adaptación ante esta situación, porque fue algo inesperado, el que teníamos nosotros, por el trabajo que tenemos de intervenir directamente. Trastornos de ansiedad generalizada fue lo que más se presentó y estábamos viendo, pero no hablábamos, sólo lo sentíamos, pero no lo hablábamos, estaba ahí presente.

Mario: ¿y sigue sin hablarse?



Psiquiatra: exactamente. Tocar ese tema sí sigue sin hablarse, pero las otras vivencias sí las hablamos, pero esos son como temas que se dejan ahí... están ahí. Son como los temas que sí existen, pero los evitas. (Psiquiatra, 17/12/21)

La presencia de la especialista en psiquiatría funcionaba para aliviar el malestar del personal de salud y, aunque no era su objetivo principal, también respaldaba la automedicación que estos realizaban para estabilizarse. Por otro lado, en contraste, al SIC realizado por psicólogos y psicólogas, la especialista en psiquiatría se encontraba disponible de manera inmediata y convivía con el cuerpo médico, conversaba y generaba grupos donde se expresaban sentimientos, lo que generó efectos terapéuticos. En resumen, la especialista en psiquiatría funcionó como un monitor involuntario al involucrarse en la realidad cotidiana de un hospital en medio de una pandemia.

Ahora bien, no se considera que la simple apertura a la palabra sea la solución más eficaz para abordar los malestares en una institución o en una persona que sufre. Sin embargo, la investigación muestra el desinterés de lo subjetivo en los tratamientos, cuando el principal remedio para atender la desadaptación es el psicofármaco. Este trabajo académico ejemplifica que dar espacio a la palabra, brindar tiempos de comprensión a malestares, sirve de brújula para ubicar los dilemas estructurales, particulares y singulares de los profesionales de la salud.

Es esencial cuestionar qué tipo de adaptación se busca lograr a través de las estrategias aquí mencionadas. No se debe desestimar las particulares maneras de desarrollar los procesos de cuidado. Además, es crucial indagar si estas adaptaciones y omisiones están motivadas por la necesidad de adecuarse a normas y expectativas, o si realmente reflejan las necesidades y deseos de cada individuo, las cuales, muchas veces no se limitan a perspectivas biomédicas.

Por último, los hallazgos e información sobre el estrés y las respuestas emocionales del personal de salud durante la pandemia de covid-19 (Fernandes y Ribeiro, 2020; Muñoz-Fernández et al., 2020; Juárez, 2020) demuestran factores que hacen vacilar esa “fortaleza” del personal médico. Por lo tanto, el sistema de salud necesita ser más que simplemente una respuesta a las exigencias políticas y burocráticas; requiere menos anestesia farmacológica, ceder la palabra y escuchar seriamente a quienes la conforman.

## Conclusiones del capítulo

El lineamiento de reconversión hospitalaria incluyó medidas de reorganización que implicaron el cierre de Consulta Externa y la suspensión temporal de algunos servicios como las consultas psicológicas grupales. Se establecieron actividades que podrían reprogramarse (consultas externas de especialidades o las enfermedades crónicas controladas) y se identificaron los servicios que no podían ser suspendidos, como las urgencias, las quimioterapias y las hemodiálisis (Gobierno de México, 2020). De acuerdo con un estudio realizado por Muñoz y Cortez (2022) se encontró que el 33% de la población de México recibió atención médica en el sistema público, mientras que el 67% lo hizo en el sistema privado. Es decir, 48.6% menos consultas médicas que en 2019.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) indica que más del 33% de los Estados Miembros que proporcionaron información experimentaron interrupciones continuas en los servicios de salud mental, neurológicos y para el uso de sustancias (MNS) durante los meses de noviembre y diciembre de 2021. A pesar de esto, la mayoría de los Estados Miembros de la OMS reportaron la creación de nuevos servicios, la integración de la atención a la salud mental y el apoyo psicosocial en sus esfuerzos para responder a la pandemia de covid-19. Respecto a lo encontrado en este hospital, los servicios de atención a la salud mental de consulta externa se encontraban cerrados para la población en general; sin embargo, familiares del personal de salud y administrativo tuvieron acceso a estas áreas de manera preferente. Hoy los resultados señalan que estos grupos fueron recibidos de manera presencial señalando una inequidad en el acceso a los servicios de salud mental que la institución brindó durante la pandemia de covid-19. Este tipo de prácticas son similares a las denunciadas en otros centros de salud México daban un trato preferencial a familiares de directivos antes que al propio personal o población en general que necesitaba atenciones médicas.<sup>85</sup>

Por otro lado, la iniciativa de dos psicólogos del hospital marcó el inicio de una red de atención psicológica del sistema de salud del estado de Chiapas. Estas redes proporcionaron atenciones virtuales a través de llamadas y videollamadas para personas afectadas por el covid-19. Se brindó atención a motivos de consulta mediante el uso de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) con el apoyo de familiares/cuidadores/acompañantes

---

<sup>85</sup> Véase: <https://contralacorrupcion.mx/denuncian-nepotismo-en-hospital-de-cdmx-por-caso-covid/>

del paciente. Se observó que la mayoría de las consultas fueron solicitadas por personas con una edad promedio de 60 años, mientras que los familiares y/o cuidadores que auxiliaron a los consultantes tenían entre 25 y 40 años. Tal como (Hamui Sutton et al., 2013) destaca la importancia de los acompañantes familiares en los centros de salud, señalamos que es relevante el apoyo de familiares/cuidadores/acompañantes en las atenciones brindadas a través de tecnologías digitales.

En colaboración con la Secretaría del Estado de Chiapas, la Dirección Estatal de Salud Mental y Adicciones y la Jefatura de Psicología del hospital estudiado, se estableció un Servicio de Intervención en Crisis (SIC) dentro del hospital para proporcionar atención psicológica a personas externas que experimentaban alteraciones físicas o emocionales, casos de violencia intrafamiliar, pensamientos catastróficos, delirios o intentos de suicidio relacionados con la pandemia de covid-19. A pesar de la importancia de la atención a la salud mental durante la pandemia tanto en personal de salud (Muñoz-Fernández et al., 2020) como en la población en general, se observó que la demanda de estos servicios no aumentó significativamente en comparación con el período anterior. De hecho, antes de la pandemia, solo una minoría de personas con problemas de salud mental recibían tratamiento, y la pandemia amplió aún más esa brecha en la atención, ya que los servicios ambulatorios también experimentaron interrupciones (OMS, 2022). Mientras que en el turno matutino las llamadas recibidas en su mayoría buscaban información sobre los servicios médicos del hospital, en el turno nocturno se observó una mayor demanda de atención de salud mental. Por su parte, autores como Castillo (2021) y Hernández et al (2022) señalan que prestar atención psicológica online las 24 horas del día se ha vuelto cada vez más relevante durante la pandemia. Por lo tanto, se enfatiza en la importancia de prestar atención a este turno y establecer un proyecto específico para abordar las necesidades de salud mental en este horario.

La pandemia de covid-19 ha puesto en relieve la importancia y la utilidad de la telemedicina como una forma de conectar a pacientes y profesionales de la salud en áreas rurales donde no es factible una consulta en persona (Albornoz-Chauca et al, 2022). Estudios indican que las evaluaciones a distancia son confiables para psicoterapias (Kavanagh y Hawker, 2001; Franco Martín, Ramos y Soto Pérez, 2012; Seidel y Kilgus, 2014) y el uso de páginas web ha sido eficaz en algunas dificultades, pero no como único medio. Desde comienzos del 2000, las intervenciones digitales son efectivas como

complemento de tratamientos tradicionales, especialmente para poblaciones rurales o estigmatizadas (De las Cuevas, et al., 2006; Pelechano, 2007). En el caso de las representaciones del *Personal Psi*, estas señalan que las atenciones a distancia ayudan a la subsecuencia de consultas o/y facilitan el acceso a estas últimas. Por su parte, autores como Topol (2015) argumentan que las tecnologías deben ser adoptadas para mejorar la atención de salud mental y reducir costos.

Antes de la pandemia, se han realizado esfuerzos para conectar centros de salud ubicados en comunidades remotas con grandes institutos nacionales de salud en el centro de México (Avilés, Gil-García y Ramírez, 2012). En este contexto la salud digital y la teleasistencia han cambiado los límites tradicionales de la atención médica y salud mental. Ahora, la mirada médica se fragmenta y se distribuye en diferentes actores y ubicaciones, los límites han cambiado (Nicolini, 2007; Pols, 2012). El paciente tiene acceso a servicios de atención médica sin necesidad de acudir físicamente a una clínica o consultorio, esto implica que el papel de los profesionales de la salud y los pacientes puede cambiar, y se deben establecer nuevas formas de comunicación y coordinación. Además, los dispositivos digitales y la telemedicina permiten la recolección de datos de salud en tiempo real y la generación de información más detallada y personalizada sobre cada individuo, lo que ayudaría a los profesionales de la salud a tomar decisiones más informadas sobre los tratamientos y cuidados necesarios; sin embargo, también se presentan desafíos, como la necesidad de garantizar la privacidad y seguridad de los datos.

Las percepciones del personal entrevistado resaltan que la atención a la salud mental mediante tecnologías digitales ofrece oportunidades de atención a aquellos que tienen comorbilidades que los ponen en mayor riesgo de salud en caso de contraer covid-19. En particular, la especialista en psiquiatría de este hospital indica que se le autorizó atender mediante TD a usuarios que tienen dificultades para trasladarse a las instalaciones del nosocomio, con el fin de agilizar los procesos y facilitar el acceso a los servicios de salud pública durante la emergencia sanitaria de covid-19.

Sin embargo, existen desafíos significativos que deben abordarse, como la falta de conectividad y acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en muchas áreas del país, así como el uso de tecnologías digitales para la salud (Avilés, Gil-García y Ramírez, 2012). De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso

de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) del 2021, en Chiapas el porcentaje de usuarios de internet y teléfonos móviles es el más bajo en comparación con otros estados de México. Este dato es relevante considerando que hay antecedentes que indican que las estrategias digitales para la divulgación de información de la salud no son ampliamente utilizadas en el país.<sup>86</sup> Además, durante el 2020 el equipo del SIC del hospital estudiado creó una página de Facebook con información digital que promueve el cuidado y la atención de la salud mental en situaciones de crisis emocional, por lo que se debe considerar la brecha digital y cómo esto puede afectar el acceso a esta información en la población chiapaneca.

Según las percepciones del personal de salud sobre la infraestructura y la conectividad en el hospital estudiado, no hay una red o dispositivos tecnológicos asignados para llevar a cabo actividades a través de estos medios dentro del hospital. Para abordar esta situación, el personal de psicología y psiquiatría se ha visto en la necesidad de utilizar sus propios dispositivos. Se considera que la adquisición de un servicio de videoconferencia por parte de una empresa especializada en plataformas médicas podría ser una opción más segura, ya que proporciona confidencialidad y fiabilidad (Maheu 2012 citado en Scharff 2014).

Por su parte, a mediados del 2020, el personal de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos encontró formas de atender a pacientes que no podían ser visitados en sus hogares. Para ello, optaron por utilizar servicios de "teleasistencia", que permiten la transmisión de información en tiempo real y brindan acceso a guías de manejo para la toma de decisiones clínicas (Epstein, 2014; Santamaría-Puerto y Hernández-Rincón, 2015). Además, el *Personal Psi* de esta área proporcionó psicoeducación y apoyo a los familiares de los pacientes de forma individual o grupal, pero se enfatizó que se requiere la presencia de un cuidador primario o familiar para complementar la información y describir sensaciones, efectos de los fármacos, entre otros aspectos relevantes para el tratamiento.

Por otra parte, durante el primer pico de contagios de covid-19 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se implementó una estrategia similar en el área de urgencias conocida como

---

<sup>86</sup>Por ejemplo, la encuesta nacional "percepción sobre el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones 2008" muestra que a nivel nacional sólo el 2% conoce el portal e-salud y aquellos que lo utilizan con frecuencia únicamente consultan el 1% de dicho portal (Beltrán y Asociados, 2008 citado en Avilés, Gil-García y Ramírez, 2012).

"bunker-covid". Uno de los psicólogos con acceso a la zona contactó a familiares de los pacientes hospitalizados en esta área, quienes debido a su condición de casos confirmados de covid-19, debían permanecer aislados durante varias semanas. Debido a que actividad resultó beneficiosa tanto para los pacientes como para sus familiares y conocidos, el personal de salud mental sugiere mejorar el vínculo entre pacientes y familiares, tal como se ha realizado en otros espacios hospitalarios.<sup>87</sup> Aunque en el caso estudiado no se creó un proyecto específico para esta actividad, se considera ideal contar con equipos de coordinación, técnico y ejecutores del servicio de teleasistencia (Ramalho et al., 2020).

En resumen, las tecnologías digitales permiten una conexión virtual entre los pacientes y el hospital, beneficioso en términos de estabilización y promoción de información a través de aplicaciones como WhatsApp. Sin embargo, es importante reconocer que estas tecnologías también tienen implicaciones políticas más complejas, ya que influyen en la construcción de subjetividades, idealizaciones y realizaciones (Mort, Finch y May, 2009; Casper y Morrison; 2010). Además, la medicina biomédica y la salud pública expanden su monitoreo y medición de los cuerpos humanos a través de estas tecnologías, lo que llevaría a una biomedicalización de la vida cotidiana (Lupton, 2017). Desde esa perspectiva, será relevante continuar preguntando hasta qué punto invadir la vida privada de las poblaciones que tendrán esos tratamientos, y cuáles son los mensajes y prácticas que se promueven al utilizar este tipo de dispositivos (Lupton, 2012a).

Los resultados también revelan que el personal de salud entrevistado muestra cierta resistencia hacia el uso de tecnologías digitales en la relación terapéutica, como ya se presentaba antes de la pandemia (Soto-Pérez, 2008). Esta resistencia se basa principalmente en la creencia de que la interpretación del lenguaje corporal del paciente es fundamental en la relación terapéutica, lo que se ve afectado por la falta de lenguaje no verbal y la sensación de estar "fuera del contexto" del paciente en las sesiones virtuales. A finales de 2021, solo alrededor del 20% del personal de psicología entrevistado informó que atienden tanto en persona como de forma virtual en sus consultorios privados. Por su parte, los médicos entrevistados en esta investigación indican que las tecnologías digitales serían útiles para el seguimiento del estado de salud de los pacientes, pero no proporcionan las

---

<sup>87</sup> Véase Cao Di San Marco, Menichetti y Vegni (2020)

características necesarias para realizar un diagnóstico o evaluación en situaciones de crisis de ansiedad o intentos de suicidio, similar a lo planteado por Escalante (2015).

Pese a la insuficiencia para generar diagnósticos precisos, la especialista en psiquiatría señaló que no había interactuado presencialmente con la mayoría de sus pacientes atendidos de enero de 2020 a diciembre de 2021. En otras palabras, la especialista sí desarrolló teleasistencias en el ámbito público y privado desde el comienzo de la pandemia de covid-19.

Es importante reconocer que en las *Prácticas Psi* el diagnóstico depende de factores más complejos y subjetivos que a veces se omiten en el supuesto análisis objetivo de la observación del *lenguaje corporal*; además, los efectos terapéuticos se ven producidos entre la subjetividad, ideales, orientaciones teóricas, prejuicios, representaciones sobre el bienestar y salud mental del paciente y terapeuta. Por último, la adopción de estas tecnologías digitales requiere un proceso de asimilación y evaluación de ventajas y riesgos (Soto-Pérez y Franco-Martín, 2018). Aquí hemos enlistado las principales ventajas desde la perspectiva del *Personal Psi*:

- Mejora el seguimiento de pacientes con comorbilidades o estado de salud que complejiza su traslado al hospital.
- Visita domiciliaria a distancia.
- La supervisión del tratamiento por parte del hospital proporciona mayor tranquilidad tanto al paciente como a los cuidadores.
- Permite el contacto sincrónico y asincrónico de un paciente con familiares/cuidadores desde el área de hospitalización. Generando mayor tranquilidad en el paciente y familiares/cuidadores.
- Disminución de personas en consulta externa.
- Ayuda a tener más consultas subsecuentes en consulta externa.
- Ayuda a brindar “psicoeducación” de manera online (infografías, videos) sobre ansiedad, violencia, etc.
- Funciona como una vía para atenuar situaciones emocionalmente complejas mientras se evita el contagio de covid-19 u otra enfermedad transmisible por contacto.

Por otro lado, se destacan las siguientes desventajas de la atención de salud mental a través de tecnologías digitales planteadas por el *Personal Psi*:

- Incompatibilidad entre las teorías psicológicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, con las tecnologías digitales.
- Inaccesibilidad de las y los pacientes a tecnologías digitales.
- *Personal psi* no tiene la infraestructura y herramientas adecuadas para brindar atenciones online dentro del hospital (no hay espacios asignados, internet, dispositivos móviles, etc.).
- Clínica virtual impide análisis de lenguaje corporal, surge el riesgo de crear “falsos positivos”.
- Requiere una mayor atención de términos de privacidad de información.

La producción de una COE llevó a desarrollar estrategias de atención a la salud mental para el personal de salud y población en general. En el marco de la atención a personal de salud, se incorporó un espacio de "Mindfulness". Se proporcionaron herramientas para el control del estrés y la ansiedad. Este término es una traducción de *Sati*, que se relaciona con la conciencia, la atención y el recuerdo. Jon Kabat-Zinn, pionero en la aplicación terapéutica del Mindfulness, lo define como la toma de conciencia que surge cuando se presta atención de manera intencional en el presente, sin emitir juicios sobre el desarrollo de la experiencia en cada momento (Kabat-Zinn, 2003). Aunque en su contexto original en las tradiciones budistas, la atención plena tenía como objetivo la eliminación del sufrimiento personal (Davids y Stede 2001; Siegel, Germer y Olendzki, 2009) en la psicoterapia contemporánea se utiliza para aumentar la conciencia y abordar la angustia emocional y los procesos mentales que contribuyen a la adaptación inadecuada (Bishop, 2004). En el caso del hospital, el objetivo era centrarse en panoramas específicos relacionados con la pandemia de covid-19, pero hubo poca demanda e interés en el servicio de atención por parte del personal sanitario. Se observó que esto podría deberse a miedos, falta de costumbre de buscar tratamiento a través de la palabra o desinterés en el tema. Según varios estudios realizados antes y durante la pandemia, los médicos muestran poco interés y representaciones negativas en cuidar su propia salud, especialmente su salud mental, así como buscar ayuda dentro o fuera de sus hospitales de trabajo (Kay et al., 2008; Hasselkus, 2019; Muñoz, 2022a).



Respecto a las representaciones del *Personal Psi* sobre estos últimos, las mujeres suelen solicitar más consultas de psicología (presenciales y virtuales) que los hombres. Un informe de la Organización de las Naciones Unidas (2022) sobre el aumento de depresión y ansiedad propiciado por el contexto covid, menciona que las mujeres han sido más afectadas que los hombres. Ahora bien, las mujeres informan tasas más altas de depresión, ansiedad y tentativas de suicidio; sin embargo, los hombres tienen una prevalencia más alta de consumo de sustancias, accidentes y suicidios consumados, lo que sugiere que cada género aborda sus problemas de manera diferente a nivel social (Granados y Ortíz, 2003; Medina-Mora et al, 2003; Irina y Mora-Carrasco, 2011).

La especialista en psiquiatría del hospital aquí estudiado mencionó el uso y dependencia exclusiva de medicamentos para manejar síntomas de salud mental del personal de salud durante la pandemia de covid-19. Estudios señalan que en este periodo el personal médico enfrentó dificultades adicionales, lo que justificó el uso prescrito o automedicado de medicamentos inhibitorios y ansiolíticos (Ribeiro, Guimarães, Fernandes, 2022). Hospitales de China informan que experimentaron depresión, ansiedad, miedo y frustración en su trabajo diario. En Japón, los profesionales afirmaron que, después del brote de SARS, comenzaron a consumir más sustancias psicoactivas debido al estrés en la primera línea de atención, con el fin de reducir el sufrimiento, las sensaciones y los sentimientos generados por la experiencia de la pandemia (Dantas, 2021).

Durante la pandemia se presentó un aumento significativo en las ventas de ansiolíticos, posiblemente atribuido al temor asociado a la enfermedad y la conciencia de las altas tasas de mortalidad, generando problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad en la población mexicana (Domínguez-Rodríguez, 2022). En Brasil, se observó un incremento significativo en las ventas de ansiolíticos, lo que indica la emergencia de problemas relacionados con los trastornos de ansiedad y el abuso de estos medicamentos en todo el mundo, según la evidencia farmacoepidemiológica disponible (Brito y Abreu, 2021; Lima et al., 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) informa de un aumento del 25% en la prevalencia global de ansiedad y depresión durante el primer año de la pandemia de covid-19. Según un estudio realizado por Santomauro et al. (2021) se estima que hubo en todo el mundo 53 millones de nuevos casos de trastorno depresivo mayor y 76 millones de

casos de trastornos de ansiedad, esto durante 2020. En el universo de estudio de esta investigación, las mujeres, las personas más jóvenes y aquellas con menores ingresos experimentaron mayores niveles de afectación en comparación con los adultos mayores y los hombres. Similar a lo hallado por Gullo et al. (2021).

Considerando las representaciones del *Personal Psi* durante este capítulo se destaca que el uso de psicofármacos también se relaciona con la presión que los profesionales de la salud sienten de mostrar fortaleza y evitar manifestar signos de debilidad, lo cual es una expectativa cultural transmitida durante su formación que se mantiene en la Cultura Organizacional Biomédica y Epidémica. Rodríguez (2020) encontró que a los médicos residentes de la Facultad de Medicina Humana “Dr. Manuel Velasco Suárez Campus II” de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH) se les dificulta mostrar sus sentimientos: se abstenían de mostrar sus emociones y narrar sus malas experiencias.<sup>88</sup> La cultura en la que muchos médicos, principalmente hombres, han sido criados les ha enseñado a ignorar sus emociones y a priorizar su trabajo por encima de sus necesidades personales. Evitan mostrar signos de miedo o fatiga, ya que los ven como una "debilidad". Como resultado, son quienes menos buscan apoyo emocional durante las crisis y tienden a asumir mayores riesgos (Muñoz-Fernández et al., 2020).

Como menciona Nichter (2006) en la actualidad, se justifica el uso de psicofármacos para adaptar y promover una salud funcional. Retomando a este autor, los medicamentos buscan reducir el daño, prevenir el aumento de los síntomas y la adaptación al contexto desde una buena salud mental. Especialmente cuando las necesidades de atención, la reorganización hospitalaria y la emergencia de una COE obligaron a los especialistas a desempeñar prácticas médicas no habituales. Un ejemplo de ello es el caso de la única especialista en psiquiatría de esta institución, que trabajó en el área de medicina interna durante 2020 y la primera mitad de 2021 para ayudar a tratar casos de covid-19. La psiquiatra al estar más cercana evidenció las necesidades del gremio médico y ofreció orientaciones para tratar los malestares subjetivos con mayor eficacia que el Servicio de Intervención en Crisis, que era dirigido por psicólogos que no estaban tan involucrados en la cotidianidad del hospital.

---

<sup>88</sup> Particularmente esta facultad de medicina tiene un vínculo cercano con el Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza”.

De acuerdo con esta información, si se desea brindar atención a los médicos especialistas y al personal de salud en situaciones de emergencia, es preferible tener un "monitor" cercano que interactúe con ellos de manera regular, en lugar de esperar a que el personal solicite atención (SSa, 2020). Según Kay et al (2008) se ha documentado que los médicos reciben y ofrecen atención médica de manera informal en los pasillos del hospital. Compartir las emergencias, convivir y conversar de manera grupal o individual facilita la participación de aquel grupo que no suele expresar pensamientos y sentires sobre la cotidianidad.

Es importante destacar que la mayor percepción de riesgo entre los médicos sin experiencia en situaciones de emergencia como la pandemia de covid-19 no solo puede tener implicaciones en su capacidad de manejar adecuadamente la situación (Liu et al, 2020), sino también en su salud mental. Estudios destacan que los profesionales de la salud que se sienten menos preparados o experimentan una mayor carga laboral durante situaciones de crisis, suelen presentar mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión. A esto se añade el estigma social (Link y Phelan, 2014; Muñoz, 2021b) mencionado por el *Personal Psi*. Informaron haber experimentado estigma en aspectos de su vida personal cuando fueron identificados como profesionales de la salud. Debido a su atuendo médico, en particular la bata blanca, los llevó a ser considerados portadores de covid-19 o a ser percibidos como una potencial fuente de contagio. Dentro del recinto, algunas áreas se aislaron, es decir, espacios como Medicina Interna y Urgencia se percibieron de más alto contagio. También se reportaron actos estigmatizantes hacia familiares de personas contagiadas de covid-19; por ejemplo, personal de enfermería no quería llegar a trabajar o existía un temor en tocar al paciente por miedo a contagiarse. Esta situación destaca la necesidad de abordar con evidencias actuales el estigma y la discriminación que genera segregación a personal de salud como en las atenciones a la población en general.

En conclusión, esta investigación fue un primer acercamiento al personal de salud mental para reconocer las características de su trabajo y profundizar en sus experiencias en una Cultura Organizacional Epidémica de la salud mental. Se sugiere que en futuras investigaciones se recuperen testimonios sobre la atención de la salud mental en el hospital desde el punto de vista de los pacientes, sus familiares, personal de salud y administrativos. A partir de lo mencionado anteriormente, es crucial seguir examinando la tendencia hacia el uso de psicofármacos y el poco interés de atención del malestar subjetivo. Esta

investigación destaca la necesidad de escuchar los conflictos estructurales, interpersonales y singulares, tanto de los pacientes como del personal de salud, que a menudo no tienen la oportunidad de expresarse en un entorno hospitalario que privilegia la eficacia y la inmediatez. En el siguiente capítulo se describirán algunas sugerencias al respecto.

# CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

En este apartado se resumirán de manera concisa los resultados más importantes de los cuatro capítulos de esta investigación donde se identifican y analizan las representaciones y prácticas de atención a la salud mental (ASM) de personal de salud y población en general durante la pandemia de covid-19, a través de las experiencias del personal de psicología y psiquiatría del Hospital Chiapas Nos Une “Jesús Gilberto Gómez Maza” de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Se destacarán las principales contribuciones realizadas desde la antropología médica. Asimismo, se realizarán reflexiones, abordando las limitaciones del presente estudio y aspectos que podrían mejorarse en futuras investigaciones. Finalmente, se ofrecerán recomendaciones prácticas para profesionales u organizaciones interesadas en aplicar dichos resultados en contextos hospitalarios similares.

Se reconoce que en esta investigación hay una limitación en cuanto al número de médicos informantes del hospital estudiado. Sin embargo, aquellos que generosamente participaron en este estudio son figuras con amplia experiencia y responsabilidad en la formación de personal de su gremio, y comparten perspectivas similares sobre el papel de la salud mental en la Cultura Organizacional Biomédica (COB) de este hospital.

La pandemia de covid-19 generó desafíos significativos en los sistemas de salud de países en desarrollo, y México no fue la excepción. Experimentar una pandemia cambió las prioridades de la población en general y también la agenda de quienes atienden la salud mental (Téllez-Vargas, 2020).

La Secretaría de Salud (2020) de México, de acuerdo con la OMS, mencionó que las medidas de atención a la salud mental (ASM) debían distinguir cinco grupos de personas a las cuales atender: Población en general sin covid-19; personas con covid-19, que están en aislamiento domiciliario o en un medio hospitalario; población que remitió de covid-19; familiares o cuidadores de personas con covid-19; y el personal de salud y primeros respondientes de esta emergencia. Sin embargo, en México, el factor financiero es un obstáculo para la implementación de los estándares recomendados en salud mental, ya que sólo se destina el 2% del presupuesto de salud para abordar este tema. Además, el 80% de ese presupuesto se utiliza para gastos operativos de hospitales psiquiátricos, limitando la

capacidad para llevar a cabo acciones como la prevención y promoción del autocuidado, la intervención en la comunidad, la capacitación del personal de salud mental y adicciones, investigación para reducir el estigma y la discriminación (Ssa, 2021). Por lo tanto, resultó fundamental analizar las experiencias de aquellos especialistas de la atención de la salud mental que estuvieron en un entorno en constante cambio durante la pandemia de covid-19, recordando que este conjunto de técnicas psicológicas y psiquiátricas no solo tienen el potencial de ayudar, sino también producir efectos iatrogénicos. Si por un lado las *Prácticas Psi* son útiles para la atención de malestares, en ocasiones suelen ser utilizadas de manera abusiva o coercitiva, como se muestra en el segundo capítulo titulado: *Salud mental: Antes de la pandemia*.

En este capítulo se analiza el papel de la salud mental en la COB (Muñoz, 2021a;2021b) del hospital y se describe cómo se llevan a cabo diferentes intervenciones en el área hospitalaria, de Urgencias y de Consulta Externa por parte del personal de psicología y psiquiatría previo a la pandemia de covid-19. Principalmente se halla que las interconsultas son justificadas legalmente por el médico a cargo del paciente en hospitalización. Esto convierte al gremio médico en el primer filtro que determina quien se beneficia de las atenciones de las *Prácticas Psi*. Es decir, las prácticas psicológicas y psiquiátricas analizadas en este apartado se encuentran interpeladas por “tendencias etnocentristas y universalistas del modelo biomédico” (Muñoz, 2021a: 31). En el entorno hospitalario, la mayoría de las decisiones médicas se toman sin consultar a los pacientes, y aunque los médicos proporcionan información sobre los planes de tratamiento, regularmente no se les permite a los pacientes participar en la toma de decisiones. Varios estudios han demostrado consistentemente que los pacientes tienen una comprensión limitada de lo que sucede durante su estadía en el hospital o tratamiento posthospitalario (Calkins, 1997; Olson y Windish, 2010). Aunque algunos pacientes prefieren que los médicos tomen las decisiones, lo mínimo que se podría esperar es que los pacientes comprendan su diagnóstico y plan de tratamiento para ejercer su autonomía (Berger, Boss y Beach, 2017).

Datos recientes sobre el tema sugieren que prestar atención a la salud mental de los pacientes hospitalizados reduce la duración de su estancia y la necesidad de usar recursos médicos y hospitalarios (Yáñez, 2022). En este trabajo se propone priorizar la atención de

la salud mental durante la hospitalización para mejorar la calidad de atención y reducir los costos de atención médica a largo plazo.

Continuando con la problematización de los hallazgos, se expusieron los objetivos de las actividades de atención a la salud mental, que incluyen sugerir y orientar la adherencia al tratamiento según el diagnóstico realizado por el gremio médico. Se plantearon dos preguntas fundamentales para analizar las representaciones y estrategias de atención a la salud mental en el contexto hospitalario: ¿Por qué se necesita atención a la salud mental? y ¿Para quién son útiles las *Prácticas Psi*? Según los interlocutores primarios, todo paciente hospitalizado necesita atención a la salud mental debido a los síntomas de ansiedad y angustia que experimentan, la preocupación económica y la mejoría que se logra a través de la intervención y psicoeducación. Sin embargo, sobre la utilidad de las *Prácticas Psi*, es importante considerar que la psicoeducación y las interconsultas funcionan como una extensión del Modelo Biomédico, ya que por órdenes del gremio médico buscan promover la adherencia y adaptación al tratamiento muchas veces sin considerar los intereses del paciente o sus características económicas.

Notoriamente las prácticas psicológicas se mantienen en constante disyuntiva. Destacan que en este hospital de segundo nivel son las cuestiones económicas las que más influyen en las decisiones de la población atendida para cuidar su salud, la continuidad de la atención en salud mental en consulta externa y su “adherencia al tratamiento” sugerido por el cuerpo médico. Además, la accesibilidad geográfica del hospital y el costo del transporte para llegar a las instalaciones también complican las consultas subsecuentes. Estos determinantes sociales (OPS, s/f) entran en discusión con aquellas representaciones que el personal de salud considera sobre el bienestar y calidad de vida de las y los pacientes. Por su parte, en el primer filtro de entrevistas y evaluaciones médicas (que muchas veces son descritas por el personal de psicología como “superficiales”) no se logra atender detalles, que las *Prácticas Psi*, por sus intereses enfatizan.

Como parte de las dinámicas de una Cultura Organizacional Biomédica el *Personal Psi* está obligado a evaluar y dar sugerencias de lo observado y diagnosticado en cuestionarios estandarizados, historias clínicas y expedientes. No obstante, Jornet-Meliá (2017) señala que muchas de las deficiencias de las pruebas estandarizadas están relacionadas precisamente con la falta de validez, pues están creadas en contextos específicos y

características particulares. En cambio, “las praxis terapéuticas están condicionadas por procesos económicos y políticos de producción, pero a su vez se encuentran siempre sujetas a la acción y al pensamiento de las personas” (Muñoz, 2021a, p: 275). Por lo tanto, si se requiere utilizar formatos estandarizados para diagnosticar, es relevante la necesidad de adecuar tales formatos a las características de la población atendida por el *Personal Psi*, así como lo señala el personal de psicología entrevistado.

Este tema traza la importancia de reflexionar críticamente las prácticas psicológicas y psiquiátricas; así como sus fundamentos, con el fin de buscar alternativas que respeten la diversidad cultural y social de las personas, en lugar de centrarse únicamente en la "adaptación al tratamiento" como objetivo principal. En este sentido, las figuras encargadas de Psicología Laboral, que se dedican a la atención de la salud mental del personal de salud y personal administrativo del hospital, señalan que existen obstáculos y limitaciones en la atención de salud mental. Estos obstáculos se generan debido al estigma (Goffman, 2006) y a las dudas que surgen en torno a estas prácticas de atención. Se han identificado varios factores que obstaculizan los servicios de atención de salud mental tanto para el personal de salud como para la población en general. Estos factores incluyen la expectativa de obtener una "cura en una sesión", la falta de apoyo por parte de los coordinadores de servicios y el área gerencial para promover la atención de salud mental entre sus subordinados, la percepción de que el trabajo psicoterapéutico realizado por el personal de psicología es de baja calidad, y el escaso interés del personal de salud y de la población usuaria del hospital en atender su salud mental ante el temor de ser estigmatizados.

En cambio, un Médico Interno de Pregrado (MIP) del hospital aquí estudiado desconocía la existencia de Psicología Laboral dentro del hospital, y señaló la preferencia de los residentes a participar en actividades recreativas que impliquen el consumo de bebidas alcohólicas, cigarros y bebidas energéticas para liberarse del cansancio causado por su trabajo en el hospital. Se encuentran similares estrategias y prácticas en el reciente estudio de Hasselkus (2019) sobre las representaciones sociales y significaciones sobre la salud mental que tienen los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, pero el autor agrega el uso de sustancias estimulantes y la automedicación de psicofármacos para resistir y evitar la desatención de sus roles. Esta información plantea al menos dos aspectos importantes. En primer lugar, destaca la necesidad de que la formación académica y los directivos hospitalarios continúen



realizando esfuerzos para abordar los malestares subjetivos que el gremio médico reproduce como institución. Esto implica reconocer los problemas, dinámicas, abusos que provocan malestares subjetivos en diferentes niveles jerárquicos del personal de salud, con el objetivo de desarrollar estrategias para atenderlos. Para esto, se enfatiza la importancia de analizar continuamente las concepciones culturales que subyacen en la manera en que se aborda la salud mental en un contexto biomédico, por parte de los profesionales de salud gerencial y operativo como de la población en general.

Mientras tanto, los servicios de atención a la salud mental del hospital lidian con la exigencia de *efectos terapéuticos rápidos*. Enfatizar en la rapidez en los tratamientos, se justifica por la necesidad de acortar los plazos en la atención de las dolencias; por ello, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) suele ser hegemónica en estos contextos. Este tipo de terapias comúnmente promete una resolución relativamente rápida de los problemas conductuales del paciente, sin tener en cuenta las posibles desigualdades socioeconómicas o inestabilidades emocionales que afectan y requieren intervenciones más complejas y prolongadas. Según Del Mónaco (2020) desde esta perspectiva de atención, el individuo debe adaptarse a los contextos políticos, económicos y laborales; lo resolutivo tiene un lugar protagónico. Si un paciente no responde al tratamiento como espera el profesional de la salud, se optaría por derivar a psiquiatría, incluso recurrir a la sedación con el objetivo de reducir la ansiedad durante procedimientos médicos o evitar eventos estresantes, sin tener en cuenta las necesidades específicas del paciente. Por su parte, el *Personal Psi* entrevistado manifiesta sus diferentes intereses que van más allá de las TCC; sin embargo, los cursos y talleres impartidos por la Secretaría de Salud son principalmente desde esta última orientación. Por lo tanto, es relevante brindar espacios de formación que atiendan los particulares intereses del personal de salud de este recinto.<sup>89</sup>

En síntesis, el capítulo presenta la iatrogenia (Illich, 1975) de la atención de la salud mental en un hospital de segundo nivel, enfatizando esos efectos negativos que resultan de la orientación biomédica de la atención a la salud mental. Estos efectos incluyen errores en el diagnóstico, tratamiento inadecuado, intervenciones innecesarias y malinterpretación de las necesidades del paciente en la búsqueda de adherencia o adaptación al tratamiento

---

<sup>89</sup> El pasado 19 de mayo de 2023 fui invitado a una jornada de Psicoanálisis y Salud mental que se impartió en el auditorio de este hospital. Dicho evento fue organizado un psicólogo de este hospital. El evento reunió de manera presencial y virtual a académicos e investigadores de distintas partes de Latinoamérica.

biomédico. Destaco que esto se vincula a lo que Castel et al (1982) ha denominado “psiquiatrización de la diferencia”, pues al etiquetar como “trastornos mentales” comportamientos o emociones, al mismo tiempo que se crea una orientación de tratamiento, se estigmatiza a las personas que los experimentan, limitando la exploración de otras posibles soluciones a sus problemas. Asimismo, estos fenómenos forman parte de la medicalización de la diferencia presente en la sociedad occidental moderna. Específicamente, el término "diferencia" se utiliza para hacer referencia a los rasgos que se encuentran fuera de la "normalidad" estadística basada en los promedios de la población y aquellas conductas inaceptables o "anormales" dentro de un contexto cultural específico (Conrad y Schneider 1992; Conrad, 1992).

Posteriormente, los hallazgos del capítulo titulado: *Crisis hospitalaria: cambios, adaptaciones y salud mental durante la pandemia de covid-19*, destacan la importancia de considerar la salud mental en la producción de una Cultura Organizacional Epidémica (Muñoz y Cortez, 2021), así como los efectos iatrogénicos encontrados al priorizar el covid-19 en la atención médica. Específicamente, desde las representaciones del personal gerencial del hospital, se menciona que esta institución comenzó a tomar medidas para enfrentar la emergencia sanitaria desde diciembre de 2019. Uno de los primeros cambios que se realizaron fue el cierre de consulta externa para evitar la afluencia de personas y prevenir el hacinamiento en el hospital. Las entrevistas realizadas al personal de salud muestran la implementación de una Cultura Organizacional Epidémica (COE) a través de la reconstrucción hospitalaria y la regeneración de procesos gerenciales y operativos con implicaciones simbólicas y materiales para la práctica médica (Muñoz y Cortez, 2021) y la atención de salud mental.

La producción de una COE durante la pandemia de covid-19 no ha logrado erradicar por completo el virus, y aún persisten desafíos considerables. Sin embargo, es crucial reconocer los esfuerzos y avances significativos alcanzados en un período relativamente corto de tiempo. La velocidad con la que se desarrollaron y aplicaron pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas, junto con la implementación de medidas de contención y mitigación, ha sido impresionante en contraste con experiencias pasadas.

En el año 2016, el historiador Yuval Noah Harari señaló que las epidemias representaban una amenaza menor para la humanidad en comparación con milenios

anteriores. La COE que caracteriza a la covid-19 ha surgido gracias a la presencia de artefactos tecnológicos y simbólicos que tal vez nuestros antepasados no tenían o no aprovechaban de la misma manera. En definitiva, las lecciones del pasado nos enseñan que la aparición y el tratamiento del fenómeno epidémico se encuentra estrechamente vinculada a los acontecimientos históricos en curso y que estos fenómenos complejos vinculan íntimamente dimensiones biológicas y sociales (Eslava-Castañeda, 2020). Por lo tanto, es crucial considerar las representaciones y estrategias sin descartar las dimensiones biológicas en el contexto de una pandemia.

En esta dimensión social, el estudio de la COE proporciona información valiosa sobre las orientaciones que busca una institución hospitalaria, al mismo tiempo que revela concepciones sobre la salud que obstaculizan el cumplimiento de sus objetivos. Por ejemplo, los estigmas estructurales, sociales y clínicos que se convierten en dificultades, pese a que la atención de salud mental y la producción de una COE están fuertemente vinculadas. Sin embargo, así como han surgido culturas organizacionales epidémicas y se ha logrado una mejora significativa en la capacidad de respuesta médica; experiencias como las abordadas en esta investigación pueden ser una guía valiosa para abordar los desafíos actuales que México enfrenta en el ámbito de la salud mental y los cambios que se avecinan.

Por otro lado, en el desarrollo de este capítulo se mostró la utilidad de referirse a una iatrogenia pandémica (Muñoz y Cortez, 2022). Este tipo de iatrogenia se refiere a las consecuencias negativas no intencionales, las cuales afectan la atención médica que no está relacionada con el covid-19: la disminución de consultas u hospitalizaciones y el seguimiento interrumpido de pacientes crónicos. Por un lado, se incluyen factores culturales y estructurales que contribuyen a estas consecuencias; por ejemplo, la adopción de una nueva cultura organizacional en el ámbito de la salud para gestionar y mitigar el riesgo durante la pandemia; por otro lado, la colaboración entre profesionales de la salud y la coordinación de servicios médicos pueden haberse visto afectadas debido a la sobrecarga de trabajo, la necesidad de adaptarse a nuevas prácticas y la presión para responder eficazmente a la emergencia sanitaria.

En respuesta a la pandemia de covid-19 se implementó una importante gestión que consistió en la creación de un área especial conocida como "bunker-covid". Esta iniciativa

demostró la necesidad de adaptarse y realizar cambios en la atención de la salud. Sin embargo, la falta de equipo de protección personal generó ansiedad y angustia entre el personal de salud durante la pandemia, tal como han señalado diversos estudios (Fernandes y Ribeiro, 2020; Erazo et al., 2020; Ferrán y Barrientos-Trigo, 2021; Danesi et al., 2022). Para afrontar esta situación, se implementaron diversas estrategias de protección a nivel individual, por servicios y a nivel estructural. Según el personal entrevistado, estas estrategias implicaron que el personal de salud tuviera que protegerse y organizarse por su cuenta para adquirir su propio equipo de protección personal y trabajar adecuadamente (Trujillo, Jaramillo y Pérez-Agudelo, 2021). Esta capacidad de adaptación promovió el reconocimiento y el apoyo entre colegas, quienes se autoorganizaron para obtener su propio equipo de protección personal o incluso participaron en manifestaciones para exigir que se proporcionara el material adecuado para el personal de salud y administrativo. De modo similar, en países como China o Brasil se denunciaron jornadas laborales desgastantes, EPP insuficiente y el incumplimiento de las recomendaciones para proteger al personal de salud (Jackson-Fiho et al., 2020; Kang et al., 2020).

Por ello, en esta investigación se analizó la percepción del riesgo, fatiga por exceso de trabajo, temores, y factores estructurales que llevaron a la autoorganización del personal para cuidarse y satisfacer las necesidades de Equipo de Protección Personal (EPP) dentro del hospital. Es cierto que la covid-19 tiene un impacto biológico significativo debido a su naturaleza como una enfermedad viral altamente contagiosa. Sin embargo, la percepción del riesgo por parte del personal de salud y la población en general es influenciada por la cultura y es utilizada para evaluar las prioridades sociales (Douglas, 1986), en este caso, de protección. Al mismo tiempo, al combinar y examinar las experiencias individuales, se identifican las estrategias adecuadas para enfrentar una amenaza (Lupton, 1999). En consecuencia, a pesar de los lineamientos federales, las adecuaciones realizadas en el hospital fueron personalizadas para satisfacer las necesidades locales y particulares; por ejemplo, la autoorganización para suministrarse EPP para gestionar el riesgo de contagio entre el personal de salud. En este sentido, la antropología médica aborda no solo el comportamiento individual de las personas, sino también la relación entre cultura, estructura y sujeto. Cómo estos factores influyen en la percepción del riesgo y en las estrategias de afrontamiento implementadas. Por ejemplo, la valoración que las personas hacen de la libertad individual frente al bienestar colectivo puede afectar su disposición a

seguir medidas de prevención y protección durante una crisis. Asimismo, las normas, decisiones políticas y las prácticas de atención médica también juegan un papel importante en la percepción del riesgo y en la forma en que las personas afrontan una crisis.

Chertorivski et al. (2020) resalta que América es la región del mundo que ha sufrido el mayor número de casos de profesionales de la salud infectados con Covid-19, y México fue considerado el país con la tasa de mortalidad más alta en personal de salud por esta enfermedad. Se destaca que el personal de psicología y psiquiatría en el hospital estudiado no tuvo el mismo acceso a EPP que el personal que atendía a pacientes de covid-19. Por lo tanto, la falta de EPP y la exclusión del personal de psicología como personal de primera línea para la atención de pacientes con covid-19 son problemas importantes que deben ser abordados por las instituciones de salud. La colaboración y el apoyo mutuo entre los trabajadores de la salud son fundamentales para enfrentar la situación emergente; no obstante, este hecho no exime a las instituciones de salud y administraciones gubernamentales encargadas, de la provisión de estos EPP para profesionales que trabajan en instituciones públicas y privadas (Gallasch et al, 2020; Saidel et al, 2020).

De manera relevante, a pesar de no trabajar en áreas críticas, el personal de salud mental también señaló tener temores y miedos de contagiar a sus familias y ser un puente de contagio. La percepción del riesgo varió según el departamento en el que trabajaban los especialistas y su campo de especialización, similar a lo encontrado en Ampos (2023). Específicamente, los primeros meses de la pandemia fueron percibidos como los más riesgosos (Muñoz y Cortez, 2021). Ahora bien, pese a los temores y miedos reales o imaginarios de contagiar a sus familias y ser un puente de contagio (Muñoz, 2022a), vale la pena destacar que estas diferencias en la percepción de riesgo y algunas medidas preventivas dentro del hospital (uso de cubrebocas, caretas, lavado de manos y gel antibacterial) sorpresivamente dieron la impresión de que el hospital era un lugar seguro. Lo cual evidencia algunos factores importantes para que el personal de salud desarrolle su trabajo con mayor seguridad.

En esta investigación no se dispone de suficiente material empírico para realizar un análisis exhaustivo de la terminología psicopatológica utilizada durante este periodo. No obstante, lo encontrado en las representaciones sobre el diagnóstico de “adaptación al tratamiento” o manejo del estrés sugiere que futuras investigaciones analicen el uso de

términos que se refieren a psicopatologías aplicables en el contexto pandémico, ya que las características y sentidos asociados a ellas pueden haber cambiado debido a la pandemia. Cognet (2013) señala que, siguiendo a Park (1926), la capacidad de adaptación se manifiesta en la aceptación de la regulación de los conflictos y se traduce en la adopción de nuevas normas. Ahora bien, la adaptación no se limita únicamente a la salud mental de una persona, sino que implica una respuesta multifacética a un contexto problemático. Incluye aspectos sociales, emocionales y conductuales que van más allá de la salud mental individualizada. Al analizar la adaptación desde múltiples perspectivas, se debe tener en cuenta factores estructurales, como el entorno social, económico y cultural, que influyen en la capacidad de adaptación de las personas y organizaciones. Por último, las percepciones de riesgo también desempeñan un papel fundamental en la adaptación. Las diferentes percepciones y evaluaciones de riesgo influyen en las estrategias adoptadas por los individuos y las comunidades.

Por lo tanto, es importante tener en cuenta la necesidad de establecer marcos de referencia para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental propios del contexto covid-19 u otra emergencia sanitaria específica. En este trabajo se brinda información basada en evidencia que aporta a las negociaciones del *Personal Psi* con los diversos actores institucionales que conforman las dinámicas hospitalarias; cuestionando tanto las prácticas individuales y colectivas que se generan o se omiten.

Los hallazgos subrayan la relevancia de considerar la percepción del riesgo y las prácticas de atención y cuidado del personal de salud mental durante una emergencia sanitaria, dado que el *Personal Psi* también experimentó incertidumbres en estas situaciones y se deben tomar medidas para garantizar su bienestar y atender integralmente sus necesidades. Asimismo, es necesario replantear la idea de que la adaptación exitosa es la más rápida, ya que esto puede generar limitaciones y obstáculos en el desarrollo de estrategias y actividades en instituciones de salud de segundo nivel.

Para finalizar, en el último capítulo se examinó la atención de la salud mental durante el surgimiento de la pandemia de covid-19, principalmente desde la perspectiva del *Personal Psi* de la institución. Se exploraron las representaciones y estrategias del personal de salud para buscar estabilización y bienestar de la población del interior y exterior del hospital durante el año 2020. En este apartado, se consideraron tanto las problemáticas

previas a la pandemia como las dinámicas surgidas durante el periodo de gestación de una Cultura Organizacional Epidémica (Muñoz y Cortez, 2021).

Durante la reconversión hospitalaria implementada en México, se llevaron a cabo medidas de reorganización que tuvieron como consecuencia el cierre de consultas externas y la suspensión temporal de algunos servicios, incluyendo las consultas psicológicas grupales presenciales. Se establecieron prioridades y se reprogramaron las consultas externas de especialidades y enfermedades crónicas controladas, mientras que los servicios de urgencias, quimioterapias y hemodiálisis tenían que continuar (Gobierno de México, 2020). Según Muñoz y Cortez (2022) durante 2020 el 33% de la población de México recibió atención médica en el sistema público y el 67% en el sistema privado. Las consultas médicas del Ssa cayeron 48.6%, mientras las consultas de salud mental disminuyeron 44.2% en comparación al 2019 (CIEP, 2021).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), más del 33% de los Estados Miembros que proporcionaron información experimentaron interrupciones continuas en los servicios de salud mental durante los meses de noviembre y diciembre de 2021. Sin embargo, en el caso específico del hospital abordado, aunque los servicios de atención de salud mental de consulta externa estaban cerrados para la población en general, los familiares del personal de salud y administrativo sí tuvieron acceso a ellos. Es decir, se presentó un trato preferencial hacia estos grupos durante un momento donde la atención a la salud mental en la población en general era requerida, pero estaba detenida.

Se sugiere que los protocolos de acceso deben basarse en criterios como la gravedad del padecimiento y la disponibilidad de recursos, no en la relación con el personal operativo o gerencial. Además, es importante que las instituciones de salud continúen evaluando regularmente sus políticas y prácticas para garantizar que se cumplan los principios de equidad y justicia en la atención de la salud mental. Esto incluye la realización de encuestas de satisfacción de los pacientes o la participación de grupos de pacientes y comunidad en la planificación y evaluación de los servicios de salud mental. Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud mental es fundamental y debe ser una prioridad en cualquier sistema de salud.

Durante la segunda mitad de 2020, se puso en marcha una red de atención psicológica virtual en respuesta a la pandemia de covid-19. Esta iniciativa fue llevada a

cabo por dos psicólogos de la institución. Promovieron Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) con el apoyo de familiares/cuidadores/acompañantes del paciente. La mayoría de estas consultas telefónicas fueron solicitadas por personas mayores de 60 años y sus familiares/cuidadores/acompañantes tenían entre 25 y 40 años.

Hamui Sutton et al. (2013) acentúa la importancia de los acompañantes familiares en los centros de salud; de modo similar, esta investigación destaca la importancia del papel de los familiares/cuidadores/acompañantes en las atenciones virtuales. Además, es necesario brindar atención a la salud mental de familiares/cuidadores/acompañantes en su papel de proveedores de apoyo emocional, lo que podría mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir problemas de salud mental en sus cuidadores.

Continuando con las estrategias dedicadas a la atención de la salud mental de la población externa del hospital, en colaboración con la Secretaría del Estado de Chiapas, la Dirección Estatal de Salud Mental y Adicciones y la Jefatura de Psicología del hospital estudiado, estableció un *Servicio de Intervención en Crisis* (SIC) para proporcionar atención psicológica a personas que experimentaban alteraciones físicas o emocionales relacionadas con la pandemia. Según las representaciones del *Personal Psi*, la demanda de atención a la salud mental no experimentó un aumento significativo en comparación con el período previo a la pandemia, excepto durante el turno nocturno. En el turno matutino las llamadas recibidas en su mayoría buscaban información sobre los servicios médicos del hospital, y en el turno nocturno se observó una mayor demanda de atención de salud mental, aunque dicha demanda no fue lo suficientemente atendida por el personal de salud encargado del proyecto. Autores como Castillo (2021) y Hernández et al (2022) señalan que prestar atención psicológica online las 24 horas del día se ha vuelto cada vez más relevante durante la pandemia. Por lo tanto, se enfatiza la importancia de prestar atención a este turno nocturno y establecer un proyecto específico para abordar las necesidades de salud mental en este horario en futuras emergencias sanitarias o pandemias.

Estudios indican que las evaluaciones en línea son confiables para psicoterapia (Kavanagh y Hawker, 2001; Franco Martín, Ramos y Soto Pérez, 2012; Seidel y Kilgus, 2014) y que las intervenciones digitales son efectivas complementando tratamientos tradicionales, especialmente para poblaciones rurales o estigmatizadas (De las Cuevas, et al., 2006; Pelechano, 2007). Destacablemente, el *Personal Psi* del hospital estudiado



considera que las atenciones a distancia ayudan a la continuidad de las consultas y facilitan el acceso a ellas.

La atención a través de medios digitales es especialmente beneficiosa, ya que, según los hallazgos de esta investigación, tanto la población como el personal de salud tienen poco interés en iniciar o continuar un tratamiento de salud mental debido a los costos y la dificultad de trasladarse a consultas presenciales. La especialista en psiquiatría menciona que el hospital autorizó las atenciones a través de medios digitales para usuarios que tienen dificultades para desplazarse hasta sus instalaciones, lo que agilizó los procesos y facilitó el acceso a los servicios de salud pública durante la emergencia sanitaria de covid-19. No obstante, es importante tener en cuenta que no todas las personas tienen acceso a un teléfono celular, computadora o conectividad adecuada para recibir atención en línea, generándose desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) del 2021, Chiapas es el estado con menor porcentaje de usuarios de internet y usuarios de teléfono.

Según las percepciones del personal de salud sobre la infraestructura y la conectividad en el hospital estudiado, no hay una red o dispositivos tecnológicos asignados para llevar a cabo actividades a través de estos medios dentro del hospital; por eso se tuvieron que utilizar los propios dispositivos del *Personal Psi*. Se considera que la adquisición de un servicio de videoconferencia por parte de una empresa especializada en plataformas médicas podría ser una opción más segura, ya que proporciona confidencialidad y fiabilidad (Maheu 2012 citado en Scharff, 2014). Sin embargo, es notorio que existen desafíos significativos que deben abordarse; por ejemplo, la falta de conectividad y acceso a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en muchas áreas del país, así como el uso de tecnologías digitales para la salud (Avilés, Gil-García y Ramírez, 2012).

Sin embargo, a mediados del 2020, el personal de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos ideó formas de atender a pacientes que no podían ser visitados en sus hogares. Para ello, optaron por utilizar servicios de "teleasistencia", que permiten la transmisión de información en tiempo real y brindan acceso a guías de manejo para la toma de decisiones clínicas (Epstein, 2014; Santamaría-Puerto y Hernández-Rincón, 2015), psicoeducación y

apoyo a los familiares de los pacientes. En estas experiencias, también se encontró que la presencia de un cuidador primario o familiar es necesaria para complementar la información y describir los efectos de los tratamientos. Dicha estrategia demuestra cómo las tecnologías digitales dan soportes en situaciones en donde las visitas presenciales no son posibles, pero se reconoce la importancia de evaluar presencialmente en la primera consulta, determinando el procedimiento específico de las teleasistencias para cada caso. Por su parte, la psiquiatra del hospital señala que no todos los casos son apropiados para ser tratados de manera efectiva a través de plataformas digitales, se necesita una evaluación ética y crítica que determine la mejor opción de tratamiento para cada persona.

También se utilizaron dispositivos tecnológicos como estrategia para contactar a los familiares de los pacientes hospitalizados que debían permanecer aislados en el "bunker-covid" del área de urgencias del hospital estudiado. Esta iniciativa resultó beneficiosa tanto para los pacientes como para sus familiares y conocidos; por lo tanto, se sugiere propiciar más y mejores vías de contacto y comunicación entre pacientes y familiares a través de equipos de coordinación, técnico y ejecutores del servicio de teleasistencia (Ramalho et al., 2020) tal como se ha realizado en otros espacios hospitalarios (Cao Di San Marco, Menichetti y Vegni, 2020). Incluso, utilizar cartas, notas de voz, fotografías o videos.<sup>90</sup> Esto se vincula a los hallazgos encontrados en el segundo capítulo, donde se destacó el desgaste físico y mental experimentado por los pacientes durante su estadía en el hospital. Al mejorar la comunicación y apoyo emocional entre los pacientes y sus seres queridos, se fomenta un ambiente más solidario en el hospital, generando un impacto positivo en la salud mental y emocional de las y los involucrados.

Este capítulo destaca la importancia de las tecnologías digitales en el contexto de la pandemia de covid-19, particularmente en la atención médica y el apoyo emocional a los pacientes y sus familias. Se han identificado ventajas como mejorar el seguimiento de pacientes con comorbilidades, teleasistencias para consultar información, visitas domiciliarias a distancia y psicoeducación en línea. Sin embargo, todavía queda camino

---

<sup>90</sup> Se sugiere ver el documental "Cartas a la distancia" (Juan Carlos Rulfo, 2021) donde se registran ejercicios de comunicación diseñados por el personal de enfermería en un hospital público de la Ciudad de México con el propósito de reducir los efectos negativos del distanciamiento entre pacientes y sus familiares durante la emergencia sanitaria por covid-19.

por recorrer en la aceptación y adopción de estas tecnologías. El personal de salud entrevistado muestra cierta resistencia hacia el uso de tecnologías digitales en la atención psiquiátrica y psicológica, debido a la importancia de la relación terapéutica y la interpretación del “lenguaje corporal” del paciente. Aunque las tecnologías digitales son útiles para generar interés y seguimiento de los pacientes, aún se consideran insuficientes para realizar diagnósticos precisos, especialmente en situaciones de emergencia. Al mismo tiempo, en tanto que existe una biomedicalización de la vida cotidiana (Lupton, 2017) es importante meditar hasta qué punto se invadirá la privacidad de las poblaciones y qué mensajes y prácticas se promueven al utilizar estos dispositivos. Aunque estas tecnologías digitales benefician, tienen implicaciones políticas y sociales en la construcción de subjetividades e ideales (Mort, Finch y May, 2009; Casper y Morrison; 2010). La reflexión sobre estas cuestiones es crucial para garantizar que la tecnología se utilice de manera responsable y ética en la atención médica y de la salud mental. Es necesario seguir explorando las posibilidades que ofrecen las tecnologías digitales en la atención de la salud mental de un hospital de segundo nivel, equilibrando beneficios y limitaciones que se presentan en la búsqueda de una atención de calidad en el estado de Chiapas, México. Para ello se sugieren estudios que incluyan las perspectivas de las y los pacientes que utilizan estos servicios para mejorar las vías de atención a distancia.

Respecto a las representaciones del *Personal Psi* sobre las estrategias de atención a la salud mental para el personal de salud y población en general, en estos últimos, se destaca que las mujeres suelen solicitar más consultas de psicología (presenciales y virtuales) que los hombres. Un informe de la Organización de las Naciones Unidas (2022) sobre el aumento de depresión y ansiedad propiciado por el contexto covid-19, menciona que las mujeres han sido más afectadas que los hombres. Ahora bien, las mujeres informan tasas más altas de depresión, ansiedad y tentativas de suicidio; sin embargo, los hombres tienen una prevalencia más alta de consumo de sustancias, accidentes y suicidios consumados, lo que sugiere que cada género aborda sus problemas de manera diferente a nivel social (Granados y Ortíz, 2003; Medina-Mora et al, 2003; Irina y Mora-Carrasco, 2011).

Las estrategias orientadas a tratar los malestares subjetivos del personal dentro del hospital, se proporcionaron herramientas para el manejo del estrés y la ansiedad, como técnicas de Mindfulness o atención plena (Kabat-Zinn, 2003); sin embargo, hubo poca

demanda e interés a estos servicios por parte del personal de salud. Según lo reportado por el *Personal Psi*, se debería al miedo de contagio, no estar acostumbrados a tratamientos a través de la palabra o el desinterés en el tema de atender la salud mental en los servicios ofrecidos por el hospital, lo que es una característica comentada en el capítulo dos, es decir, previa a la pandemia de covid-19.

Si bien el objetivo principal de esta investigación no era analizar la salud mental del personal médico,<sup>91</sup> se ha observado tanto en esta exploración como en la literatura existente sobre el tema que la cultura en la que muchos médicos (principalmente hombres) han sido formados para ignorar sus emociones y priorizar su trabajo por encima de sus propias necesidades personales. Se evita mostrar signos de miedo o fatiga, ya que serían una señal de "debilidad". Como resultado, son quienes menos buscan apoyo emocional durante las crisis (Muñoz-Fernández et al., 2020).

Durante la pandemia de covid-19 el aislamiento social y la cuarentena generaron estrés y sufrimiento, lo que llevó al uso de drogas psicotrópicas (Feitosa, Pererira y Lopes, 2022). Específicamente, el personal médico enfrentó dificultades adicionales, lo que justificó el uso prescrito o automedicado de medicamentos inhibitorios y ansiolíticos (Ribeiro, Guimarães, Fernandes, 2022). Hospitales de China informan que su personal médico experimentó depresión, ansiedad, miedo y frustración en su trabajo diario; en Japón, los profesionales afirmaron que después del brote de SARS, comenzaron a consumir más sustancias psicoactivas debido al estrés en la primera línea de atención, con el fin de reducir el sufrimiento, las sensaciones y los sentimientos generados por la experiencia de la pandemia (Dantas, 2021).

Sin embargo, el personal de salud es llevado a lo que Nichter (2006) define como *salud funcional*, es decir, la capacidad de un individuo para llevar a cabo actividades y tareas diarias sin dificultades ni deterioro. Por lo tanto, estoy de acuerdo con Hasselkus (2019) al plantear que este énfasis en la salud funcional lleva a un "síndrome de superhéroes" entre los médicos residentes, donde sienten presión por mantener un alto nivel

---

<sup>91</sup> Nos referimos a que el objetivo primordial de la investigación no es evaluar la salud mental o investigar específicamente las representaciones y prácticas de salud mental, como bien lo hacen los trabajos desarrollados por Hasselkus (2019) y Rodríguez (2020). En nuestro caso, algunos de los hallazgos y la triangulación de información con otras investigaciones permiten analizar lo encontrado sobre las prácticas y estrategias de atención del gremio médico.

de productividad y rendimiento, incluso a expensas de su propia salud mental. Es importante destacar que este tipo de prácticas conducen a la falta de autorreflexión y exploración de los problemas subyacentes.

Basado en entrevistas realizadas en trabajo de campo, coincido con Rodríguez (2020) quien señala que las nuevas generaciones de médicos manifiestan cada vez más su interés por cambiar los abusos de poder presentes en la enseñanza de las Facultades de Medicina e instituciones educativas. En ese sentido es importante hacer evidente y abordar las causas del estrés y ansiedad en el personal médico para encontrar soluciones más efectivas a largo plazo.

Una posible acción por implementar sería fomentar la comunicación abierta para abordar obstáculos y malestares subjetivos que surgen; por ejemplo, ante el estigma (Weiner, 2020). Un caso que ilustra lo anterior es la especialista en psiquiatría de esta institución que trabajó en el área de medicina interna durante 2020 y la primera mitad de 2021 para ayudar a tratar casos de covid-19. Los resultados indican que este acercamiento involuntario con el área de Medicina Interna brindó orientaciones para tratar los malestares subjetivos de manera más efectiva que el Servicio de Intervención en Crisis dirigido por psicólogos que no estaban involucrados en la cotidianidad de esta área del hospital. Por lo tanto, si bien es interesante y necesario desarrollar áreas para la atención de la salud mental durante una emergencia sanitaria, la ausencia de participaciones podría deberse a que el personal médico requiere desarrollar discusiones grupales o individuales, compartir emergencias, convivir y conversar en su cotidianidad, es decir, en sus áreas hospitalarias. Según Kay et al. (2008) se ha documentado que los médicos reciben y ofrecen atención médica de manera informal en los pasillos del hospital. En este sentido, la Secretaría de Salud (2020) recomienda contar con un “monitor” cercano que interactúe de manera constante con médicos especialistas y al personal de salud en momentos de emergencias, para atender malestares subjetivos e intervenir de manera oportuna.

Es significativo acentuar que la percepción de riesgo entre los médicos sin experiencia en situaciones de emergencia como la pandemia de covid-19 no solo tiene implicaciones en su capacidad de manejar adecuadamente la situación (Liu et al, 2020) sino también en su salud mental. Según el estudio *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study* (HEROES), llevado a cabo en 2020, se observó que aproximadamente del 14,7% al 22%

del personal de salud entrevistado<sup>92</sup> mostró síntomas indicativos de un posible episodio depresivo. Además, un porcentaje comprendido entre el 5% y el 15% de los trabajadores de la salud manifestó haber experimentado pensamientos suicidas (OPS, 2022). A esto hay que añadir el estigma social (Link y Phelan, 2014; Muñoz, 2021b) mencionado específicamente por la especialista en psiquiatría, personal de psicología y personal médico. Estos últimos aludieron haber experimentado estigma en aspectos de su vida personal cuando fueron identificados como profesionales de la salud. La percepción del personal de salud como una amenaza potencial de infección de covid-19 se presentó debido a su atuendo médico, en particular, la bata blanca. Dentro del hospital, también se observaron acciones que estigmatizaban a los familiares de individuos infectados con el covid-19. Por ejemplo, algunos miembros del personal de enfermería se mostraban renuentes a cumplir con sus labores o experimentaban temor de tocar al paciente por el miedo a contagiarse. También, espacios como “bunker-covid”, Urgencias y Medicina Interna se convirtieron en espacios estigmatizados, pues el personal de salud evitaba desplazarse a esos servicios y realizar intervenciones por el temor al contagio.

Esta investigación representa un primer acercamiento para reconocer las características y experiencias del personal dedicado a atender la salud mental en un espacio donde se enfrentan exigencias contradictorias, como la necesidad de obtener efectos terapéuticos rápidos y la de afrontar diversas crisis y adaptaciones. Para profundizar en este tema, se sugiere que futuras investigaciones consideren las perspectivas de pacientes, familiares/cuidadores, personal de salud y administrativos.

Es importante continuar examinando ¿por qué se continúa una degradación de la subjetividad en la formación y atención del personal de salud? Señalo aquí que la covid-19 no es el detonante de los malestares subjetivos del personal de salud y población en general. A lo largo de esta investigación se manifiesta que las condiciones laborales y de Cultura Organizacional Biomédica funcionan como un sistema que no tiene espacios para considerar malestares subjetivos del paciente y personal de salud. Por lo tanto, se sugiere:

---

<sup>92</sup> Se entrevistaron a 14.502 trabajadores sanitarios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay.

### **Establecer espacios de reflexión y diálogo:**

- Implementar reuniones de retroalimentación periódicas entre el personal de salud entre psicología y psiquiatría con el objetivo de discutir y reflexionar sus experiencias en la atención del malestar subjetivo para identificar áreas de mejora y proponer soluciones colaborativas.
- Establecer sesiones de apoyo psicológico y psiquiátrico para el personal de salud, donde se expresen sus preocupaciones y dificultades relacionadas con el malestar subjetivo que surgen en el trabajo diario. Y por supuesto, gestionar programas que atiendan las dificultades particulares de las áreas hospitalarias.
- Realizar talleres periódicos para el personal de salud sobre la importancia de considerar las representaciones de la salud mental, brindando herramientas prácticas para abordar estas situaciones.
- Organizar charlas y conversaciones abiertas a la comunidad, donde se explique la importancia de un enfoque integral en el manejo del malestar subjetivo y se informe sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles en el contexto hospitalario.
- Organizar grupos de apoyo y terapia grupal para pacientes con enfermedades crónicas o trastornos mentales, donde se compartan sus experiencias y se reciba apoyo emocional, al tiempo que se fomenta la interacción y el aprendizaje mutuo.

### **Fomentar la participación del paciente y cuidadores primarios:**

- Implementar programas informativos para pacientes, donde se les brinde información clara y comprensible sobre su enfermedad, opciones de tratamiento y posibles efectos secundarios, para que puedan tomar decisiones informadas y participar activamente en su propia atención médica.
- Crear espacios de consulta y diálogo con los pacientes y cuidadores primarios sobre sus perspectivas y sugerencias sobre las atenciones de salud mental recibidas en las distintas áreas del hospital.
- Establecer reuniones de seguimiento regulares con pacientes y cuidadores primarios donde se les invite a expresar sus opiniones, preguntas, preocupaciones, y se les brinde espacio para colaborar en la planificación del tratamiento y cuidado.

### **Integrar enfoques multidisciplinarios:**

- Establecer equipos de atención integral en centros de salud, que incluyan médicos, psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos sociales y traductores, para abordar conjuntamente las necesidades de los pacientes y personal de salud.
- Promover la colaboración entre diferentes instituciones de salud, facilitando la comunicación y el intercambio de información entre especialistas para brindar opciones de tratamiento más completas.

Estos ejemplos prácticos buscan promover una atención más integral y centrada en el paciente en el sistema de salud mexicano, considerando tanto las necesidades del personal de salud como las de los pacientes, fomentando un enfoque que valore las representaciones del malestar subjetivo y aborde los conflictos estructurales presentes en el sistema.



## REFERENCIAS

- Determinantes Sociales de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, consultado el 2 de marzo de 2023, disponible en <<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>>.
- Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2021, INEGI, consultado el 15 de marzo de 2023, disponible en <<https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2021/>>.
- Filtro de aire HEPA, MedilinePlus, consultado el 25 de julio de 202, disponible en <[https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/19338.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19338.htm)>.
- 2008 Soto-Pérez, Franco, *Hacia una aplicación mediante nuevas tecnologías del tratamiento psicoeducativo familiar en Esquizofrenia*, Tesis doctoral en la Universidad de Salamanca, España.
- 2013 “Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Report on mental health systems in Latin America and the Caribbean]”, Organización Panamericana de la Salud, consultado el 14 de abril de 2021, disponible en <[http://plataforma.fundacionmanantial.org/system/files/spa-whoaimsreg-for-web-apr-2013\\_1.pdf](http://plataforma.fundacionmanantial.org/system/files/spa-whoaimsreg-for-web-apr-2013_1.pdf)>.
- 2013 Martínez López, Jorge, *Psicoterapia vía internet: una opción para nuestro tiempo*, Tesis de licenciatura en Universidad Nacional Autónoma de México, México, Ciudad de México.
- 2015 Escalante, Raúl Armando, *Ciberterapias: sus aportes a la psicoterapia*, Tesis de licenciatura en Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- 2018 Melgoza Valdivia, Luis Javier, *Internamiento permanente y estrategias de vida: un acercamiento a las narrativas y corporalidades de los habitantes de un hospital psiquiátrico*, Tesis de maestría en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México.
- 2018 Medina, Rosario, “Trastornos mentales: advierten que 9 de cada 10 apps que ofrecen métodos para curarlos no tienen aval científico”, en Clarín, consultado el 15 de marzo de 2023, disponible en <[https://www.clarin.com/sociedad/trastornos-mentales-advierten-10-apps-ofrecen-metodos-curarlos-aval-cientifico\\_0\\_HyJ\\_uJ0PG](https://www.clarin.com/sociedad/trastornos-mentales-advierten-10-apps-ofrecen-metodos-curarlos-aval-cientifico_0_HyJ_uJ0PG)>.
- 2019 Hasselkus Sánchez, Gunther Adolfo, *Una anamnesis antropológica. ¿Cómo significan y cuidan su propia salud mental los residentes de Psiquiatría? Representaciones y prácticas en un hospital de tercer nivel en la CDMX*, tesis de maestría en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ciudad de México.

- 2019 Aceves Chávez, Viviana Janeth, *Frecuencia y caracterización de los problemas de salud mental en la población atendida en la Unidad de Atención “San Agustín” de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México (2012- 2018)*, tesis de maestría en Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.
- 2020 Mendoza López, Viaani Coral, “*Al calor de la práctica*”. *Un estudio antropológico sobre la formación de los médicos internos en un Hospital público de Oaxaca*. Tesis de maestría en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Pacífico-Sur, Oaxaca de Juárez, Oaxaca.
- 2020 Weiner, Stacy, “Doctors forgo mental health care during pandemic over concerns about licensing, stigma”, en *AAMC*, consultado el 27 de abril de 2023, disponible en <<https://www.aamc.org/news-insights/doctors-forgo-mental-health-care-during-pandemic-over-concerns-about-licensing-stigma>>.
- 2021 Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, “Interrupción de los servicios de salud por COVID-19”, en *CIEP*, consultado el 25 de mayo de 2023, disponible en <https://ciep.mx/interrupcion-de-los-servicios-de-salud-por-covid-19/>.
- 2022 Organización de las Naciones Unidas, “La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad” en *Noticias ONU*, consultado el 10 de enero de 2023, disponible en <<https://news.un.org/es/story/2022/03/1504932>>.
- 2022 Rodríguez Gutiérrez, Ana Patricia, *El internado rotatorio de pregrado: autoritarismo, poder y desgaste emocional en la formación del médico*, tesis de licenciatura en la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Abma, Tineke

- 2000 “Fostering learning-in-organizing through narration: Questioning myths and stimulating multiplicity in two performing art schools”, *European Journal of work and organizational psychology*, vol. 9, núm. 2, pp. 211-231.

Abric, Jean Claude

- 2001 *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán.

Acuña, Virginia Monge

- 2015 “La codificación en el método de investigación de la grounded theory o teoría fundamentada”, *Innovaciones educativas*, vol. 17, núm. 22, pp. 77-84.

Agüero De trenquallye, María José y Gonzalo Correa Moreira

- 2018 “Salud mental y ciudadanía: Una aproximación genealógica”, *Revista de Historia de la Psicología*, 2018, vol. 39, núm. 1, pp. 40-46.

Aguilar García, Teresa

- 2008 *Ontología cyborg*, España, Gedisa.

Albornoz-Chauca, Marcos, et al.

- 2022 “Telemedicina y su impacto en la atención médica rural en épocas de COVID-19”, *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, vol. 62, núm. 2, pp. 171-182.
- Alduenda, Ángel, Marta Mercado y Fernando López
- 2019 “Evaluación de los servicios de salud mental en México: una necesidad impostergable”, *Revista Iberoamericana de Ciencias*, vol. 6, núm. 3, pp. 56-60.
- Alvarado, Rubén, et al.
- 2021 “El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study”, *Revista médica de Chile*, vol. 149, núm. 8, pp. 1205-1214.
- Álvarez Sánchez, Yolanda
- 2011 “El poder y las relaciones de poder en las organizaciones. Algunas aproximaciones teóricas desde las perspectivas de Michel Foucault, Pierre Bourdieu y Max Weber”, *Gestión y sociedad*, 2011, vol. 4, núm. 1, pp. 145-161.
- American Psychiatric Association.
- 2020 “Telepsychiatry and COVID-19”, consultado el 22 de julio de 2021, disponible en <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/blog/apa-resources-on-telepsychiatry-and-COVID-19>
- Ampos, Larissa Fonseca, et al.
- 2023 “Trabajo de enfermería en unidades dedicadas y no dedicadas al COVID-19: consecuencias para la salud ocupacional”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2023, vol. 31, pp. 1-14.
- Anzola, Daniel, et al.
- 2022 “Effects of the COVID-19 Pandemic on the mental health of healthcare providers: a comparison of a psychiatric hospital and a general hospital”, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12, p. 2457.
- Argüero-Fonseca, Aimée, et al.
- 2021 “Telepsicología en la pandemia Covid-19: Una revisión sistemática”, *Uaricha*, vol. 18, pp. 1-10.
- Ariztía, Tomás
- 2017 “La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites”, *Cinta de moebio*, núm. 59, pp. 221-234.

Asmundson, Gordon y Steven Taylor

- 2020 “Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak”, *Journal of anxiety disorders*, vol. 70, pp. 102196.

Banchs, María

- 2000 “Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales”, *Papers on social representations*, vol. 9, pp. 3.1-3.15.

Bao, Yanping, et al.

- 2020 “2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society”, *The Lancet*, vol. 395, núm 10224, e37-e38.

Bartlett, Edward E., et al.

- 1984 “The effects of physician communications skills on patient satisfaction; recall, and adherence”, *Journal of chronic diseases*, vol. 37, no. 9-10, 755-764.

Bautista-González, Elysse, et al.

- 2021 “Health-care guidelines and policies during the COVID-19 pandemic in Mexico: A case of health-inequalities”, *Health policy OPEN*, vol. 2, p. 100025.

Berger, Zackary D., Emily F. Boss y Mary Catherine Beach

- 2017 “Communication behaviors and patient autonomy in hospital care: a qualitative study”, *Patient education and counseling*, vol. 100, núm. 8, 1473-1481.

Bendau, Antonia, Andreas Ströhle y Moritz Bruno Petzold

- 2021 “Mental health in health professionals in the COVID-19 pandemic”, en Rezai, N. (Ed), *Coronavirus Disease-COVID-19*. Springer, Cham, pp. 737-757.

Bernardini, Francesco, et al.

- 2021 “Social determinants of mental health as mediators and moderators of the mental health impacts of the COVID-19 pandemic”, *Psychiatric Services*, vol. 72, núm. 5, pp. 598-601.

Belaga, Guillermo (Comp.)

- 2015 *La práctica del psicoanálisis en el hospital*, Argentina, Grama Ediciones.

Bertolote, José

- 2008 “Raíces del concepto de salud mental”, *World Psychiatry*, vol. 6, núm 2, pp. 113-6.

Bishop, Scott R., et al.

- 2004 “Mindfulness: A proposed operational definition”, *Clinical psychology: Science and practice*, vol. 11, núm. 3, p. 230.

Bonilla-García, Miguel Ángel y Ana Delia López-Suárez

- 2016 “Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de moebio*, núm. 57, 305-315.

Braunstein, Néstor

- 2013 *Clasificar en psiquiatría*. México, Siglo XXI.

Brito, Letícia Ferreira y Thiago Pereria De Abreu

- 2021 “O aumento do consumo de álcool e de benzodiazepínico: alprazolam no período da pandemia do COVID-19”, *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, vol. 7, núm. 10, pp. 1791-1798.

Brooks, Samantha K., et al.

- 2020 “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence”, *The lancet*, vol. 395, núm. 10227, pp. 912-920.

Calkins, David, et al.

- 1997 “Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan”, *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, núm. 9, pp. 1026-1030.

Cao Di San Marco, Eugenia, Julia Menichetti y Elena Vegni

- 2020 “COVID-19 emergency in the hospital: How the clinical psychology unit is responding”, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, vol. 12, núm. S1, pp. S43-S44.

Cardo Miota, Adrián, et al.

- 2021 “Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica”, *Comunidad (Barc, Internet)*, vol. 22, núm. 3, 1-8.

Carranza Aguilar, Mario, et al.

- 2020 “Intervención psicosocial ante la pandemia por Covid-19 en México”, en Olga Infante Pedreira y Jorge Grau Ábalo, J (comp.), *La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina*, Cuba, Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, pp. 206-249.

Casper, Monica, y Daniel Morrison

- 2010 “Medical sociology and technology: Critical engagements”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 51, núm. 1, pp. S120-S132.

Castel, Robert, Françoise Castel y Anne Lovell

1982 *The psychiatric society*, New York, Columbia University Press.

Castillo, Graciela Gordillo

2021 “EL COVID-19 Y EL CONSULTORIO PSICOLÓGICO EN LÍNEA. ELEMENTOS BÁSICOS PARA BRINDAR TERAPIA PSICOLÓGICA A DISTANCIA”, *Huella de la Palabra*, núm. 15, pp. 42-55.

Chen, Kai Yang, Rebecca Evans y Sarah Larkins

2016 “Why are hospital doctors not referring to consultation-liaison psychiatry? a systemic review”, *BMC psychiatry*, vol. 16, núm. 1, 1-12.

Chertorivski, Salomón, et al.

2020 “La gestión de la pandemia en México. COVID-19. Análisis preliminar y recomendaciones urgentes.”, *México: Consejo Consultivo Ciudadano*, vol. 20, núm. 3, p. 2021.

Chomali, May y Cynthia Arguello

2021 “Algunas consideraciones sobre la organización del sistema sanitario frente a una pandemia”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 32, núm. 1, pp. 30-35.

Cognet, Marguerite

2013 “Le conflit: un élément dynamique des situations cliniques interethniques”, *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, núm. 3, pp. 201-213.

Consejo, Carolina y Carlos Viesca-Treviño

2008 “Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu”, *Boletín mexicano de historia y filosofía de la medicina*, vol. 11, núm. 1, pp. 16-20.

Coser, Rose Laub

1962 *Life in the Ward*, East Lansing, Michigan State University Press.

Cuevas, Yazmín

2016 “Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa”, *Cultura y representaciones sociales*, vol. 11, núm. 21, pp. 109-140.

Conrad, Peter y Joseph Schneider

1992 *Deviance and medicalization: From badness to sickness*, Temple University Press.

Conrad, Peter.

- 1992 “Medicalization and social control”, *Annual Review of Sociology*, vol. 18, núm. 1, pp. 209–32.

Crozier, Michel y Erhard Friedberg

- 1990 *El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva*, México, Alianza Editorial Mexicana.

Cuevas, Carlos De Las, et al.

- 2006 “Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment”, *Telemedicine Journal & e-Health*, vol. 12, núm. 3, pp. 341-350.

Danesi, Emmaría, et al.

- 2022 “Experiencias del personal de salud sobre la implementación de prácticas de protección contra COVID-19 en Argentina”, *Actualizaciones en Sida e Infectología*, vol. 30, núm. 108, 28-41.

Dantas, Eder Samuel Oliveira.

- 2021 “Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19”, *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 25.

Dantés, Octavio Gómez, et al.

- 2011 “Sistema de salud de México”, *Salud pública de México*, vol. 53, núm. suppl 2, pp. s220-s232.

Davids, TW Rhys y William Stede

- 2001 *Pali-english dictionary*, New Delhi, India, Munshiram Manoharlal Publishers Pvt, Ltd.

De Caneva, Filippo, María García-Gómez y Ernest Bragulat Baur

- 2020 “Salud emocional del personal sanitario del Área de Urgencias durante la pandemia COVID-19”, *Medicina Clínica*, vol. 155, núm. 8, pp. 365.

De Certeau, Michel

- 2000 *La invención de lo cotidiano. I. Artes de hacer*, México, Instituto Tecnológico y de Estudios de Occidente y Universidad Iberoamericana.

De la Fuente, Juan Ramón y Gerhard Heinze

- 2017 *Salud mental y medicina psicológica*, Tercera edición, México, Facultad de Medicina, UNAM y McGraw-Hill.

Del Mónaco, Romina

- 2020 “Empresarios de sí mismos: subjetividades en las terapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina”, en Diego Zenobi et al., *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi*, Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani, CLACSO, pp. 175-196.

Drissi, Nidal, et al.

- 2021 “A Systematic Literature Review on e-Mental Health Solutions to Assist Health Care Workers During COVID-19”, *Telemedicine and e-Health*, vol. 27, núm. 6, pp. 594-602.

Douglas, Mary

- 1986 *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, Russell Sage Foundation.

Domínguez Ródriguez, Alejandro, et al.

- 2022 “Prevalence of anxiety symptoms and associated clinical and sociodemographic factors in mexican adults seeking psychological support for grief during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study”, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 13, p. 211.

Epstein, R. S.

- 2014 “Mobile medical applications: old wine in new bottles?”, *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, vol. 95, núm. 5, pp. 476-478.

Erazo, Edgar Efraín Pazmiño, et al.

- 2021 “Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador”, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 50, núm. 3, pp. 166-175.

Eslava-Castañeda, Juan-Carlos

- 2020 “Lecciones del pasado. ¿podemos aprender algo de las epidemias anteriores?”, *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 52, núm. 4, pp. 468-476.



Esparza Serra, Luis

- 2003 “Entrevista a Denise Jodelet. Realizada el 24 de octubre de 2002 por óscar rodríguez cerda”, *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, vol. 24, núm. 93, pp. 117-132.

Feitosa, Giovana Neise Félix, Sarah Maria Frazão Pereira y Marcos Duarte Lopes

- 2022 “Saúde mental na pandemia. Aumento no consumo de psicofármacos: Mental health in the pandemic. Increase in the consumption of psychotropic drugs”, *Brazilian Journal of Development*, vol. 8, núm. 12, pp. 76783-76804.

Fernandes, Márcia Astrês y Amanda Alves de Alencar Ribeiro

- 2020 “Salud mental y estrés ocupacional en trabajadores de la salud a la primera línea de la pandemia de COVID-19” *Rev Cuid*, vol. 11, núm. 2, e1222.

Ferrán, Mercedes Bueno y Sergio Barrientos-Trigo

- 2021 “Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud”, *Enfermería clínica*, vol. 31, S35-S39.

Feuerwerker, Laura Camargo Macruz

- 2021 “Trabajo y subjetividad: reflexiones a partir de la experiencia de enfrentar el COVID-19 en el Sistema Único de Salud de Brasil”, *Salud colectiva*, 2021, vol. 17, p. e3356.

Foucault, Michel

- 1977 “Clase del 14 de enero de 1976” en *Defender la sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica.
- 1980 “The eye of power” En Gordon, Colin (Editor), *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*, New York, Pantheon Books, pp. 146-165.
- 2020 *El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France: 1973-1974*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Fortin, Sylvie y Michaela Knotova

- 2013 “Présentation: Îles, continents et hétérotopies: les multiples trajectoires de l’ethnographie hospitalière”, *Anthropologie et sociétés*, vol. 37, núm. 3, pp. 9-24.

Fox, Renee

- 1959 *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown*, Glencoe, Free Press.

Franco Martín, Manuel, Mercedes Bernardo Ramos y Felipe Soto Pérez

- 2012 “Cyber-Neuropsychology: Application of new technologies in neuropsychological evaluation”, *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 40, núm. 6, pp. 308-314.

Freidson, Eliot

- 1970 *Professional dominance: The social structure of medical care*, Transaction Publishers.

Gallasch, Cristiane Helena, et al.

- 2020 “Prevention related to the occupational exposure of health professionals workers in the COVID-19 scenario”, *Rev. enferm. UERJ*, p. 49596-49596.

García Álvarez, Claudia María

- 2006 “Una aproximación al concepto de cultura organizacional”, *Universitas psychologica*, 2006, vol. 5, núm. 1, pp. 163-174.

Gobierno de México

- 2020 “Lineamiento de reconversión hospitalaria”, [versión electrónica], consultado el 15 de abril de 2022, disponible en <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>.
- 2020b “Recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los centros covid y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados” [Internet], consultado el 13 de junio de 2021, disponible en <[https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Recomendaciones\\_estrategias\\_generales\\_proteccion\\_atencion\\_salud\\_mental\\_personal\\_sanitario\\_2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/05/Recomendaciones_estrategias_generales_proteccion_atencion_salud_mental_personal_sanitario_2.pdf)>.
- 2021 “Atención Ciudadana”, consultado el 26 de mayo de 2023, disponible en <<https://www.gob.mx/insabi/articulos/atencion-ciudadana-281735>>.

Good, Byron

- 1994 *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*, United Kingdom: University Press Cambridge.

Goffman, Erving

- 1970 *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.
- 2006 *Estigma. La identidad deteriorada*, 1ra. Edición, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.

González Block, Miguel Ángel, et al.

- 2020 “Mexico: Health System Review”, *Health systems in transition*, vol. 22, núm. 2, pp. 1-222.

González, Edgar, et al.

- 2020 “Operación y Gestión del Departamento de Ingeniería Biomédica en el Hospital Estatal de Atención COVID-19 del estado de Guanajuato” en *Memorias del Congreso Nacional de Ingeniería Biomédica*, pp. 469-477.

Granados Cosme, José Arturo y Luis Ortiz Hernández

- 2003 “Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género”, *Salud Mental*, vol. 26, núm. 1, 42-50.

Grau, Armand, Rosa Suner y María García

- 2005 “Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales”, *Gaceta sanitaria*, vol. 19, núm. 6, pp. 463-470.

Gullo, Salvatore, et al.

- 2021 “Going through the lockdown: a longitudinal study on the psychological consequences of the coronavirus pandemic”, *Res Psychother*, vol. 23, núm. 3, p. 494

Guthrie, Douglas

- 1947 *Historia de la medicina*, Salvat Editores.

Grover, Sandeep, et al.

- 2020 “Why all COVID-19 hospitals should have mental health professionals: The importance of mental health in a worldwide crisis!”, *Asian journal of psychiatry*, vol. 51, p. 102147.

Hamui Sutton, Alicia, et al.

- 2013 “La experiencia de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: un acercamiento cualitativo”, *Anales médicos (México, DF)*, vol. 58, núm. 1, pp. 26-36.

Harari, Yuval Noah

- 2016 *Homo Deus: Breve historia del mañana*, Debate.

Heinze, Gerhard, Gina Del Carmen Chapa y Jaime Carmona-Huerta

- 2016 “Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016”, *Salud mental*, vol. 39, núm. 2, 69-76.

Hernández Paz, María Teresita de Jesús et al.

- 2016 “El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano”, *Revista de Educación y Desarrollo*, núm. 37, pp. 89-93.

Hernández Montano, Alicia, et al.

- 2022 “Anxiety, hopelessness, and coping with COVID-19 in users of psychological care”, *Actualidades en Psicología*, vol. 36, núm. 132, 17-28.

Hiriart Miranda, Gonzalo

- 2018 "¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?" *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, núm. 83, pp. 86-95.

Icaza, Rosalba y Xochitl Leyva

- 2019 *En Tiempos de Muerte: Cuerpos, Rebeldías, Resistencias*, México-Argentina, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Cooperativa Editorial Retos, Institute of Social Studies.

Illich, Ivan

- 1975 *Némesis médica. La expropiación de la salud.*, Barcelona, Barral Editores.

Irina, Lazarevich y Fernando Mora-Carrasco

- 2011 “Identidad Masculina y salud mental”, *Salud Problema*, núm. 5, 6 y 7, pp. 8-18.

Jackson Fiho, José Marçal, et al.

- 2020 “A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19”, *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2020, vol. 45, <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>

Jané-Llopis, Eva.

- 2004 “La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 89, pp. 67-77.

Jiménez Acevedo, Hilda María, Néstor Rodolfo García Chong y Miguel Ángel Rodríguez Feliciano

- 2021 “El sistema de salud y la desigualdad social post COVID-19 en Chiapas”, en Gerardo Núñez Medina e Hilda María Jiménez Acevedo (Coords.), *El*

*sistema de salud de Chiapas ante la pandemia de la COVID-19*, Chiapas, México, UNACH, pp. 31-62.

Jiménez-López, José Luis, Magali Ivonne Pérez García, Marcela Miranda-Delgado

- 2021 “Necesidad de equipos de salud mental para pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 y personal de salud de primera línea”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2021, vol. 59, núm. 4, p. 339-346.

Jodelet, Denisse

- 1993 “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Serge Moscovici (Ed.), *Psicología Social II*, Barcelona, Paidós, pp. 469-494.

Jornet Meliá, Jesús Miguel

- 2017 “Evaluación Estandarizada”, *Revista Iberoamericana De Evaluación Educativa*, vol. 10., núm. 1.

Juárez García, Arturo

- 2020 “Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental”, *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 52, núm. 4, pp. 432-439.

Kabat-Zinn, Jon

- 2003 “Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future”, *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, núm. 2, pp. 144–156.

Kang, L., et al.

- 2020 “Impacto en la salud mental y las percepciones de la atención psicológica entre el personal médico y de enfermería en Wuhan durante el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus de 2019: un estudio transversal”, *Brain, Behavior and Immunity* [Internet], pp. 11-7.

Kar, Sujita Kumar y Amit Singh

- 2020 “Mental health of mental health professionals during COVID-19 pandemic: Who cares for it?”, *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 53, p. 102385.

Kavanagh, Steve y Fiona Hawker

- 2001 “The fall and rise of the South Australian telepsychiatry network”, *Journal of telemedicine and telecare*, vol. 7, núm. 2, pp. 41-43.

Kay, Margaret, et al.

- 2008 “Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience”, *British Journal of General Practice*, vol. 58, núm. 552, pp. 501-508.

Lai, Jianbo, et al.

- 2020 “Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019”, *JAMA network open*, vol. 3, núm. 3, p. e203976-e203976.

Ledermann, Walter

- 2003 “El hombre y sus epidemias a través de la historia”, *Revista chilena de infectología*, vol. 20, pp. 13-17.

León-González, Guillermo, et al.

- 2021 “Estrategias de control y mitigación de contagio por COVID-19 en un hospital psiquiátrico en México”, *Gaceta médica de México*, vol. 157, núm. 4, pp. 459-463.

Lobo Ortiz, Alberto

- 2015 “El arte de hacer el mínimo daño en salud mental”, *Vertex*, vol. 6, pp. 350-357.

Lugones, María

- 2008 “Colonialidad y género”, *Tabula rasa*, núm. 9, pp. 73-101.

Lima, Aline Costa, et al.

- 2022 “Farmacoepidemiología, impactos de trastornos de ansiedad e o uso abusivo de ansiolíticos antes e durante a pandemia da COVID-19”, *Research, Society and Development*, vol. 11, no 5, pp. e36111528340-e36111528340.

Link, Bruce y Jo Phelan

- 2014 “Stigma power”, *Social science & medicine*, vol. 103, núm. 24-32.

Liu, Qian, et al.

- 2020 “The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study”, *The Lancet Global Health*, vol. 8, núm. 6, e790-e798.

Lupton, Deborah.

- 1999 *Risk*, Routledge.

- 2012 *La medicina como cultura: La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*, Colombia, Universidad de Antioquia.

- 2012a “M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society”, *Social Theory & Health*, vol. 10, pp. 229-244.

- 2017 *Digital health: critical and cross-disciplinary perspectives*, Routledge.

Mansoor, Marium, et al.

- 2020 “Integrating mental health in COVID-19 crisis: Staff mental health referral pathway”, *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 54, p. 102339.

Mariscal Avilés, Judith, Ramón Gil-García y Fernando Ramírez-Hernández

- 2012 “E-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos”, *Espacios Públicos*, vol. 15, núm. 34, pp. 65-94.

Martínez, Arnulfo y Cristian Álvarez

- 2021 “Salud mental de trabajadores de la salud durante la pandemia COVID-19: una revisión”, *Innovare: Revista de ciencia y tecnología*, vol. 10, núm. 1, pp. 37-43.

Medina-Mora, Maria Elena

- 2020 “COVID-19 and mental health: Challenges and opportunities”, *Salud Mental*, vol. 43, núm. 6, pp. 241-242.

Medina-Mora, María Elena, et al.

- 2003 “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud mental*, vol. 26, núm. 4, 1-16.

Mendoza-Popoca, Cecilia Úrsula y Mario Suárez-Morales

- 2020 “Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19”, *Revista mexicana de anestesiología*, vol. 43, núm. 2, pp. 151-156.

Menéndez, Eduardo

- 2020 *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, Remedios de Escalada: De la UNLa -Universidad Nacional de Lanús, Cuadernos del ISCo. Salud colectiva.

Miguel-Puga, José Adán, et al.

- 2021 “Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study”, *Brain and behavior*, vol. 11, núm. 3, p. e02007.

Miller, Jacques-Alain

- 2009 *Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jaques-Alain Miller*, Barcelona, Grama Ediciones.

Muñoz Fernández, Sergio Ignacio, et al.

- 2020 “Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19”, *Acta Pediátrica de México*, vol. 41, núm. S1, pp. 127-136.

Mort, Maggie, Tracy Finch y Carl May

- 2009 “Making and unmaking telepatients: Identity and governance in new health technologies”, *Science, Technology, & Human Values*, vol. 34, núm. 1, pp. 9-33.

Moscovici, Serge

- 1979 *La representación social: un concepto perdido. El Psicoanálisis, su imagen y su público*, 2 vols., Buenos Aires, Argentina, Editorial Huemul.

Muñoz Martínez, Rubén

- 2021a *Antropología, psiquiatría y alteridad: De los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*, vol. 36, Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- 2021b “Covid-19 and social stigma in hospitals: a new epidemic of signification?”, *Medical Anthropology*, vol. 40, núm. 7, pp. 667-681.
- 2022 “Risk, Covid-19 and hospital care in Mexico City: Are we moving toward a new medical practice?. *Riesgo, Covid-19 y atención hospitalaria en la Ciudad de México: ¿Hacia una nueva práctica médica?*”, [versión electrónica], en Organización Mundial de Salud, vol. 31, núm. 61, pp. 26-46.
- 2022a “Mental Health of Doctors Who Treat Patients with covid-19 in Mexico City: An Anthropological Investigation”, *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 20, núm. 2, pp. 1-22.

Muñoz Martínez, Rubén y Renata Gabriela Cortez Gómez

- 2021 “La producción de la cultura organizacional epidémica en la atención al Covid-19: una aproximación antropológica a los hospitales de la Ciudad de México”, *Revista de la Escuela de Antropología*, vol. 28, núm. 18.
- 2022 “Iatrogenia pandémica: la exclusión y el rezago en la atención médica, no COVID, en la Ciudad de México”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, pp. 4155-4164.

Nichter, Mark

- 2006 “Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica”, *Desacatos*, núm. 20, pp. 109-132.

Nicolini, Davide

- 2007 “Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine”, *Human Relations*, vol. 60, núm. 6, pp. 889-920.



Olivella-López, Giselle, Cudris-Torres, Lorena y Medina-Pulido, Pedro Luis

- 2020 “La telepsicología: una perspectiva teórica desde la psicología contemporánea”, *Desbordes*, vol. 11, núm. 1, pp. 95-112.

Olson, Douglas y Donna Windish

- 2010 “Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients”, *Archives of internal medicine*, vol. 170, núm. 15, pp. 1302-1307.

Organización Mundial de la Salud

- 2018 “Preguntas más frecuentes”, Organización Mundial de la Salud, consultado el 14 de agosto de 2021, disponible en <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>>.
- 2020 “Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV)”, Organización Mundial de la Salud, consultado el 21 de abril de 2021, disponible en <[https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>.
- 2021 “Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025 [Global strategy on digital health 2020-2025]”, Organización Mundial de la Salud, consultado el 22 de mayo de 2021, disponible en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/344251>>.
- 2022 “Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: resumen científico, 2 de marzo de 2022”, Organización Mundial de la Salud, consultado el 28 de marzo de 2022, disponible en <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354393>>.

Organización Panamericana de la Salud

- 2022 “The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas.”, consultado el 3 de agosto de 2023, disponible en <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCVID-19220001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.

Oyěwùmí, Oyèronké

- 2017 *La invención de las mujeres: una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*, Bogotá, En la frontera.

O’Connor, Karen, et al.

- 2021 “Mental health impacts of COVID-19 in Ireland and the need for a secondary care mental health service response”, *Irish journal of psychological medicine*, vol. 38, núm. 2, pp. 99-107.

Payá Porres, Víctor y Alberto Pedro Bracamonte

- 2019 *Hombres y mujeres de blanco. Un estudio socioantropológico de un hospital de urgencias médicas*, Ciudad de México, Facultad de Estudios Superiores Acatlán.

Pelechano Barberá, Vicente

- 2007 “Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas”, *Revista de psicopatología y psicología clínica*, vol. 12, núm. 2, pp. 71-90.

Peneff Jean

- 1992 *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*, Paris, Éditions Métailié.

Petersen, Inge, Barry, M., Lund, C. y Arvin Bhana.

- 2014 “Mental health promotion and the prevention of mental disorders”, en V. Patel, H. Minas, A. Cohen y M. Prince, M. *Global mental health*, Oxford, Oxford University Press.

Pols, Jeannette

- 2012 *Care at a distance: on the closeness of technology*, Amsterdam, Amsterdam University Press.

Quispe-Juli, Cender, et al.

- 2020 “COVID-19: Una pandemia en la era de la salud digital”, [versión electrónica], en *SciELO Preprints*, consultado el 17 de abril de 2022, disponible en <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/164/195>.

Ramalho, Rodrigo, et al.

- 2020 “Telepsychiatry during the COVID-19 pandemic: development of a protocol for telemental health care”, [versión electrónica], *Frontiers in psychiatry*, vol. 11, pp. 1-7.

Rateau, Patrick, Grégory Lo Monaco

- 2013 “La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos”, *CES Psicología*, vol. 6, núm. 1, pp. 22-42.

Real Academia Española

- 2001 *Diccionario de la lengua española*, 22 ed., Madrid, Editorial Espasa Calpe.

Restrepo, Diego y Juan Jaramillo

- 2012 “Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 30, núm. 2, pp. 202-211.

Robles, Rebeca, et al.

- 2021 “Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: The Case of Mexico”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, núm. 1, p. 421.

Rodríguez-Díaz, Gilda; Reyes-Estrada, Marcos; Cepeda-Hernández, Sonia

- 2020 “Experiencias y Consideraciones para el Adiestramiento Clínico en Programas de Psicología Profesional en tiempos de COVID-19”, *Ciencias de la Conducta*, vol. 35, no 1, pp. 119-156.

Ribeiro, Ítalo Arão Pereira, Mayla Rosa Guimarães y Márcia Astrês Fernandes

- 2022 “Sofrimento mental e consumo de psicotrópicos por trabalhadores da saúde no cenário da COVID-19”, *Revista Enfermagem Atual In Derme*, vol. 96, núm. 37, pp. 1-5.

Rose, Nikolas

- 1999 *Governing the soul, the shaping of the private self*, (2 ed.). London: Free Association Books.
- 2019 *La invención del sí mismo. Poder, ética y subjetivación*, Santiago de Chile: Pólvora Editorial.

Saidel, Maria Giovana Borges, et al.

- 2020 “Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus [Mental health interventions for health professionals in the context of the Coronavirus pandemic][Intervenciones de salud mental para profesionales de la salud ante la pandemia de Coronavírus]”, *Revista Enfermagem UERJ*, vol. 28, p. 49923.

Sánchez, Thelma, Edilberto Peña y Bernardo NG

- 2020 “Mental health in the age of COVID-19, a Mexican experience”, *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 62, núm. 3, pp. 377-379.

Santamaría-Puerto, Gustavo y Erwin Hernández-Rincón

- 2015 “Aplicaciones Médicas Móviles: definiciones, beneficios y riesgo”, *Revista Salud Uninorte*, vol. 31, núm. 3, pp. 599-607.

Santomauro, Damian F., et al.

- 2021 “Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic”, *The Lancet*, vol. 398, núm. 10312, pp. 1700-1712.

Saraceno, Benedetto

- 2014 *Discurso global, sufrimientos locales*, Barcelona: Herder.

Schatzki, Theodore

- 1996 *Social practices: A Wittgensteinian approach to human activity and the social*, Cambridge University Press.

Scharff, Jill Savege

- 2014 “Psicoanálisis asistido con tecnología”, *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, vol. 18, pp. 151-172.

Secretaría de Salud

- 2020 “Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por covid-19 en México”, en *Coronavirus*, consultado el 17 de abril de 2022, disponible en <[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos\\_Salud\\_Mental\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamientos_Salud_Mental_COVID-19.pdf)>.
- 2020a “Atención a la salud mental, eje principal durante la pandemia de COVID-19” en Secretaría de Salud de Chiapas, consultado el 15 de marzo de 2023 disponible en <<https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/atencion-la-salud-mental-eje-principal-durante-la-pandemia-de-covid-19>>.
- 2021 “Programa de Acción Específico. Salud Mental y Adicciones.”, en Consultando el 1 de agosto 2021, consultado el 17 de abril de 2022, disponible en <[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE\\_CONASA\\_MA\\_26\\_3\\_21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE_CONASA_MA_26_3_21.pdf)>.
- 2021b “Hospital "Gómez Maza", unidad médica con mayor capacidad resolutive y productiva”, en Secretaria de Salud Chiapas, consultado el 22 de marzo de 2022, disponible en <<https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/hospital-gomez-maza-unidad-medica-con-mayor-capacidad-resolutiva-y-productiva>>.
- 2021c “30° INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LA SITUACIÓN DE COVID-19”, consultado el 25 de mayo de 2023, disponible en <[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/666193/Informe\\_COVID-19\\_2021.08.30.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/666193/Informe_COVID-19_2021.08.30.pdf)>.
- 2022 “2do. Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones”, consultado el 01 de marzo de 2023, disponible en

<<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>>.

Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud

- 2011 “IESM-OMS Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México (WHO-AIMS Report on Mental Health System in Mexico”, consultado el 25 de junio de 2022, disponible en <<https://extranet.who.int/mindbank/item/448>>.

Seidel, Richard W y Mark D Kilgus

- 2014 “Agreement between telepsychiatry assessment and face-to-face assessment for emergency department psychiatry patients”, *Journal of telemedicine and telecare*, vol. 20, núm. 2, pp. 59-62.

Serrano Cumplido, Adalberto, et al.

- 2020 “COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra”, *Medicina de Familia. SEMERGEN*, vol. 46, pp. 48-54.

Siegel, Ronald, Christopher K. Germer y Andrew Olendzki

- 2009 “Mindfulness: What is it? Where did it come from?”, en Didonna, F. (eds) *Clinical Handbook of Mindfulness*, Springer, New York, NY., pp. 17-35.

Solís, Cesar

- 2020 "En Tapachula, inaugura Rutilio Escandón Cadenas clínica de atención respiratoria Covid-19 ", *Diario del Sur*, "Local", Tapachula, Chiapas, 5 de abril de 2020.

Sotolongo García, Yenia, et al.

- 2004 “Psiquiatría de enlace en el paradigma salubrista: reto o salto cualitativo”, *Revista Cubana de Medicina Militar*, vol. 33, núm. 1.

Soto Pérez, Felipe y Manuel Ángel Franco Martín

- 2018 “Atención psicológica y Tecnologías: oportunidades y conflictos”, *Revista Iberoamericana de Psicología*, vol. 1, núm. 3, pp. 109-120.

Sovilla, Bruno y Ángel Manuel Díaz Sánchez

- 2022 “Del Seguro Popular al Insabi: ¿Por qué recentralizar el gasto público en salud en México?”, *Gestión y Política Pública*, vol. 31, núm. 2, 63-94.

Strauss A.L., L. Schatzman, B. Bucher, D. Ehrlich et M. Sabshin

- 1963 "The Hospital and Its Negotiated Order", en E. Freidson (dir), *The Hospital in Modern Society*, New York, The Free Press, pp. 147-168.

Street, Alice y Simon Coleman

- 2012 "Introduction: real and imagined spaces", *Space and Culture*, vol. 15, núm. 1, pp. 4-17.

Taussig, Michael

- 1980 "Reification and the Consciousness of the Patient", *Social Science and Medicine*, vol. 14, núm. 1, pp. 3-13.

Téllez-Vargas, Jorge

- 2020 "La salud mental del médico durante la pandemia", *Eurofarma*, núm. 9, pp. 1-10.

Tizón, Jorge Luis

- 2004 "¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos?", *Atención primaria*, vol. 33, núm. 6.

Tosal Herrero, Beatriz, Serena Bridgi y Inma Hurtado

- 2013 *Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas de trabajo etnográfico en hospitales*, en Oriol romaní (Coord.), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, Tarragona, España, MARC Medical Anthropology Research Center, pp. 191-212.

Topol, Eric

- 2015 *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*, New York, Basic Books.

Torous, John y Laura Weiss Roberts

- 2017 "The ethical use of mobile health technology in clinical psychiatry", *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 205, núm. 1, pp. 4-8.

Torres Muñoz, Víctor, et al.

- 2020 "Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19", *Revista mexicana de urología*, vol. 80, núm. 3, pp. 1-9.

Trujillo, Alexander, Sandra Ximena Jaramillo y Juan Manuel Pérez-Agudelo

- 2021 “Percepción de conocimiento respecto al uso de elementos de protección personal para COVID-19 en profesionales de la salud de Colombia”, *Ciencia e Innovación en Salud*, núm. e133, pp. 269-28

Van der geest, Sjaak y Kaja Finkler

- 2004 “Hospital ethnography: introduction”, *Social science & medicine*, vol. 59, núm. 10, pp. 1995-2001.

Wu, F, et al

- 2020 “A new coronavirus associated with human respiratory disease in China”, *Nature*, vol. 579, núm. 7798, pp. 265-269.

Yáñez, Érika

- 2022 “Why is Mental Health Care Necessary During Hospitalization?”, *International Journal of Public Health*, p. 266.

Zaman Shahaduz

- 2005 *Broken Limbs, Broken Lives: Ethnography of a Hospital Ward in Bangladesh*, Amsterdam, Het Spinhuis.