

CUIDAR A QUIENES CUIDAN

PROGRAMA DEL OBSERVATORIO SOCIAL

APORTE PARA LOS TRABAJADORES DEL ÁREA DE SALUD
Y DEL ÁREA SOCIAL EN LA PANDEMIA POR COVID-19

Cuidar a Quienes Cuidan

Informe del desarrollo y evaluación del Programa Cuidar a Quienes Cuidan, dedicado al acompañamiento clínico, técnico y emocional de profesionales, técnicos auxiliares y personal en general de instituciones públicas del área de salud y del área social que intervienen en la atención de personas afectadas (directa o indirectamente) por el COVID-19.

Marzo a noviembre de 2020



Energía que evoluciona



Embajada Británica
Buenos Aires

EQUIPO

DIRECTOR DEL PROGRAMA - DESARROLLO Y COORDINACIÓN
Mario Mazzeo - Psicólogo Social

COORDINADOR DEL PROGRAMA CUIDAR A QUIENES CUIDAN
Guillermo Vilaseca - Psicólogo

ASISTENTE DE PROYECTOS - DIFUSIÓN Y REDES
Rosario Medina - Estudiante de Sociología

DESARROLLO DE RECURSOS
Lic. Irene Claverie Bidart - Socióloga

ADMINISTRACIÓN
Damián Godoy

REDACCIÓN
Mario Mazzeo

REVISIÓN Y EDICIÓN
Lic. Irene Claverie Bidart y Rosario Medina

Mazzeo, Mario
Cuidar a quienes cuidan / Mario Mazzeo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires :
Konrad Adenauer Stiftung, 2021.
82 p. ; 30 x 21 cm.

ISBN 978-987-1285-93-8

1. Salud. I. Título.
CDD 362.0425

Esta publicación de la Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. tiene por objetivo único el de proporcionar información. No podrá ser utilizada para propósitos de publicidad electoral durante campañas electorales.

© Konrad-Adenauer-Stiftung
Suipacha 1175, Piso 3
C1008AAW
Ciudad de Buenos Aires
República Argentina
Tel: (54-11) 4326-2552
www.kas.de/argentina
info.buenosaires@kas.de

© Observatorio Social
Av. de Mayo 1437, Piso 4ºG
C1085
Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
www.observatoriosocial.com.ar
contacto@observatoriosocial.com.ar

ISBN: 978-987-1285-93-8

Prohibida su reproducción total o parcial, incluyendo fotocopia,
sin la autorización expresa del autor y los editores.

Diciembre 2020

ÍNDICE

Las instituciones, las alianzas y el Programa	7
Resumen Ejecutivo	9
Introducción	15
Antecedentes.....	15
Plan Llegar Antes. Origen del Programa Cuidar a quienes Cuidan	16
Cuidar a Quienes Cuidan. Los fundamentos	17
Marco teórico.....	19
Análisis acerca de la población participante en los encuentros de Cuidar a Quienes Cuidan	27
1. Análisis de las características de la población.....	28
2. Análisis de los datos vinculados al estado anímico de los participantes en relación con su trabajo en la atención cotidiana de personas afectadas (directa o indirectamente) por COVID-19	33
Conclusiones e interrogantes.....	35
Desarrollo	39
Período inicial del Programa Cuidar a Quienes Cuidan	39
Observaciones, reflexiones y aproximaciones del Período Inicial (abril a julio 2020)	41
Evaluación	45
Período inicial abril-julio de 2020. La radical novedad	45
Período agosto-octubre de 2020	47
Análisis de la evaluación de los participantes del programa Cuidar a Quienes Cuidan.....	53
1. Análisis de la valoración de los participantes acerca de los grupos de Cuidar a Quienes Cuidan.....	54
2. Análisis de la valoración de los participantes acerca del Equipo de Coordinación del Programa Cuidar a Quienes Cuidan.....	63
3. Análisis de las preguntas abiertas realizadas a los participantes de los encuentros de CQC.....	66
Lecciones aprendidas	69
Evaluaciones del Programa por expertos y participantes.....	73

Aproximaciones a las políticas públicas	77
Bibliografía	81

LAS INSTITUCIONES, LAS ALIANZAS Y EL PROGRAMA

El Observatorio Social, la Embajada del Reino Unido en la Argentina, la Fundación Konrad Adenauer y las empresas Pan American Energy y el Grupo Sancor Seguros han unido esfuerzos, esta vez ante la singular situación de pandemia por COVID-19 que afecta al mundo entero.

El Programa Cuidar a Quienes Cuidan, que implementa el Observatorio Social para brindar acompañamiento clínico, técnico y emocional a profesionales, técnicos auxiliares y personal en general, ha producido este material para difundir el trabajo realizado en relación con los agentes de salud y del área social de diversas instituciones públicas y privadas, de distintas regiones del país.

RESUMEN EJECUTIVO

Cuidar a Quienes Cuidan (CQC) es un programa que el Observatorio Social (OS) desarrolló dentro del *Plan Llegar Antes (PLAN)*, el cual promueve un nuevo paradigma en las políticas públicas del área social, a partir de priorizar la prevención y la anticipación en las estrategias de abordaje así como el estar cerca, en la atención *Uno a Uno*, con quienes padecen situaciones de vulnerabilidad.

Cuidar a Quienes Cuidan comenzó a desarrollarse en 2018. Uno de sus objetivos es generar espacios de co-visión clínica y técnica, de intercambio y diálogo, enfocados en los profesionales, técnicos y operadores en general del área social que desarrollan su labor y que asisten a población vulnerable.

El programa aborda las temáticas del **estrés laboral, contextual e institucional**, a través de actividades grupales destinadas a la revisión de situaciones conflictivas, mediante metodologías creativas y novedosas, incorporando las vivencias particulares de los participantes. Crea una **red de seguridad psicológica y de confianza** que permite elaborar los obstáculos propios de su labor y apropiarse de los aprendizajes, sumando herramientas específicas para su quehacer cotidiano.

Pretende instalar el hábito de la actualización permanente en el marco del **sa-neamiento del rol profesional**. A partir de la co-visión de casos, ofrece un espacio en el que, coordinado por profesionales de experiencia en el tema, se aborde la complejidad que presentan los temas que se tratan y se puedan elaborar alternativas novedosas de intervención y, con ello, el fortalecimiento de las capacidades.

Una característica sobresaliente del Programa, en donde se materializa el trabajo *uno a uno* que propone la iniciativa PLAN, es la externalidad de sus equipos con respecto a las instituciones donde se interviene.

Otro punto a destacar es que favorece un espacio confiable, no sólo por la confidencialidad profesional establecida como premisa y norma, sino y especialmente porque esas intervenciones no están subjetivadas por intra o interrelaciones con la estructura institucional. Esto garantiza, tanto a los participantes como a las instituciones, una distancia óptima y una objetividad en

el análisis del acontecer grupal, lo que es un valor agregado sustancial para favorecer el saneamiento del rol profesional.

En marzo 2020, ante el avance de la pandemia producida por el COVID-19, se adecuaron las técnicas y metodologías para ofrecer el Programa *Cuidar a Quienes Cuidan*, como servicio libre y gratuito, al personal de salud que estuviera en la primera línea de atención a personas afectadas por el virus.

Se consideraron aspectos esenciales para el rediseño de las estrategias de intervención, ante la posible diversidad sociocultural y formativa de los profesionales, técnicos y auxiliares que pudieran demandar el servicio. Se incluyeron en ese análisis las variables del contexto socioeconómico e institucional en el que llevan adelante su práctica.

En particular, se prestó atención al surgimiento de la modalidad de reuniones virtuales, poco habituales en el desarrollo profesional de la disciplina, especialmente en los ámbitos vinculados al área de salud, lo que implicó adaptar las premisas y estrategias de partida, así como también el desarrollo del trabajo con los grupos propiamente dicho y las metodologías de evaluación.

Para conformar los grupos virtuales, se estableció la inscripción mediante un formulario¹ *online*, en donde se requirieron datos personales, descripciones de situaciones críticas en el marco de la emergencia sanitaria, y una serie de preguntas autoevaluativas vinculadas a la realidad psicosocial de los participantes con respecto a su labor profesional en la atención cotidiana de personas afectadas por COVID-19. Se ofrecieron tres posibilidades de reuniones grupales en días y horarios diferentes.

Los datos relevados a partir de las respuestas dadas en los formularios de inscripción nos permitieron elaborar un diagnóstico evaluativo del conjunto de personas que luego integrarían los grupos. Además, se complementaron con entrevistas personales, vía conferencia virtual, cuando el caso lo ameritaba.

Hubo de considerarse garantizar los modos necesarios para establecer una conectividad eficiente y amigable, para que la comunicación fuera fluida y no obstaculizara el desarrollo de los encuentros virtuales. En casos puntuales, se recomendó organizar espacios de capacitación de la tecnología apropiada, a cargo de la institución que recibe el servicio.

1 <https://forms.gle/NA77aGzgeBQ7AP6d9>.

Cuidar a Quienes Cuidan se ha venido difundiendo por diversos canales: en redes sociales, con la distribución de *flyers* y videos realizados^{2,3} especialmente para el Programa, y en el caso del convenio con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, para brindar charlas a los profesionales y operadores del servicio de salud mental⁴ de dicho gobierno; también mediante formularios dirigidos a listados de emails de instituciones hospitalarias públicas y, en algunos casos, privadas; en obras sociales gremiales y en servicios de medicina prepaga. Además, se tomó contacto con colegios de médicos de varias jurisdicciones.

Es importante mencionar que distintos medios gráficos nacionales⁵ se interesaron en la iniciativa y publicaron en sus ediciones regulares los alcances de la misma.

El proceso que iniciamos en marzo de 2020 ha tenido un desarrollo intenso, enriquecido por la diversidad de actores que participaron. Dan cuenta de ello los apartados «Análisis acerca de la población participante en los encuentros de Cuidar a Quienes Cuidan», «Desarrollos» y «Evaluación» desplegados en este documento.

A continuación presentamos la síntesis de las lecciones aprendidas y de las aproximaciones a las políticas públicas.

Dado que los problemas derivados de la pandemia se van a mantener —y tal vez profundizar— en el tiempo, creemos valioso considerar la metodología CQC como una herramienta adaptable y replicable para trabajar sobre la prevención y anticipación de problemas escalables, en la medida en que brinda una posibilidad de alivio a la tensión acumulada que padecen dichos agentes, producto de las realidades complejas y dolorosas que atienden a diario. De esta forma, se fortalecen los vínculos entre los equipos de trabajo, se reaviva la motivación individual y colectiva, se renuevan las estrategias de abordaje, se incentiva la creatividad y se recicla la capacidad de empatía. Es así que, al favorecer la expresión y elaboración consciente de los obstáculos personales y vinculares, así como los que devienen de las estructuras institucionales en las que se desenvuelven, en un ámbito confiable y objetivo, permite potenciar a cada uno de estos trabajadores y, al mismo tiempo, el programa. Al prevenir y mitigar las cargas emocionales, psicológicas y

2 <https://youtu.be/DVygUcUbphDA>.

3 https://youtu.be/j7F2lGEH_pY.

4 https://youtu.be/AV_IrenEIc0.

5 <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-un-espacio-virtual-en-el-que-los-medicos-comparten-experiencias-nid2369236>; <http://rosario.telefe.com/informacion-general/cuidar-a-quienes-nos-cuidan-para-que-el-personal-desalud-no-se-rinda/>.

físicas que conlleva el trabajo en territorio, se evita el desgaste de su salud, que puede repercutir negativamente en la implementación de los distintos servicios y programas.

La relevancia que ha cobrado CQC en el contexto de la emergencia socio-sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, con una demanda creciente del servicio y con resultados favorables, nos permite sugerir que:

Un programa como CQC tiene un carácter particularmente estratégico, con alcances en la post pandemia, en la atención de los problemas ya mencionados, durante coyunturas sociales de emergencia que acarrearán múltiples incertidumbres y temores, que vuelven más compleja y estresante aún la tarea cotidiana de estos trabajadores de la salud y del área social.

Los sistemas de apoyo preexistentes, ciertamente, no estaban estructurados para el grado de magnitud e intensidad requeridos durante el momento inicial de la pandemia. Esos sistemas de apoyo y el programa CQC se desarrollaron en forma diferente, en diferentes áreas, pero la mayoría tuvieron lineamientos generales parecidos, con participación desde adentro de la organización, así como desde afuera. Ambos sistemas de soporte fueron complementarios. Por poseer la característica de ser un programa externo, CQC se posiciona como la opción más recomendable.

Incorporar el concepto de CQC en el diseño de las políticas públicas, tanto en el área de salud como en el área social, es impulsar definitivamente el paradigma de la cercanía en la efectiva aplicación territorial de políticas públicas de salud y desarrollo social.

Para finalizar: el impacto de la pandemia es mucho más complejo y profundo de lo que aparece en la superficie. Los esfuerzos públicos —como es razonable— se han dedicado primordialmente a prevenir los contagios y curar sus efectos sobre la salud. A medida que avanza la experiencia, se pone énfasis en nuevas dimensiones, tales como el impacto sobre dimensiones de la salud pública debidas a la restricción en el acceso al sistema sanitario, los efectos sobre la dinámica familiar, la educación, etc.

Pero en la atención y resolución de estos problemas es obviamente central el rol de los trabajadores públicos, quienes se encuentran con problemas mucho más complejos, que ponen en tensión sus capacidades profesionales y emocionales. Dentro de esta población crítica, nuestro programa Cuidar a Quienes Cuidan ha abordado el apoyo a los profesionales que trabajan en los sectores más críticos en relación con la pandemia.

En este sentido, y con las evidencias recopiladas, es que podemos predecir la validez de la hipótesis inicial previa, que enuncia que algunos de los programas

gubernamentales suelen ser poco efectivos, debido a que presentan fallas en *el nivel de la implementación*. El impacto se amplía a través de los sujetos responsables de ejecutar las políticas públicas, cuando su labor es valorada y reconocida mediante espacios que les brinden apoyo y la posibilidad de reflexionar con sus semejantes acerca de su práctica diaria. Se destacan, en este abordaje, valores humanos elementales para que este ámbito logre su objetivo de aliviar las presiones de quienes dedican su vida a cuidar de otros: la cercanía, la empatía, el respeto y la confidencialidad.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El Observatorio Social (OS), desde su fundación en 1999, ha investigado y trabajado en consecuencia, entre otros tópicos, en el desarrollo e implementación de políticas públicas en el área social para colaborar con los gobiernos en mejorar el uso de los recursos disponibles.

Desde el 2016, por las crecientes dificultades sociales derivadas del aumento en los índices de pobreza y sus consecuencias directas en los grupos sociales más vulnerables, el OS sumó otra línea de trabajo que consideró esencial, como lo es la cuestión de Familia. A partir de 2017, se puso en marcha el programa «Familia Líquida». Con el apoyo de la Fundación Konrad Adenauer, la Asociación Civil Observatorio Social organizó mesas redondas en todas las regiones del país, con el fin de recopilar ideas, experiencias y perspectivas de trabajo en torno al tema, promoviendo el debate público y la producción de conocimiento, desde la concepción de la familia como una entidad integral que debe ser abordada como tal desde las políticas sociales.

En el 2018, se incorporó al Programa la Universidad de San Andrés. Junto a la Fundación Konrad Adenauer, a modo de corolario de las mesas redondas, fueron coorganizadores del simposio «Familia y políticas públicas: un acuerdo de largo plazo», organizado por el Observatorio Social, en el que expertos de diferentes ámbitos de incidencia realizaron sus exposiciones en torno a diversas problemáticas que afectan a la familia. Desde el inicio del Programa, han participado de nuestras actividades más de 400 especialistas (académicos, magistrados, funcionarios y referentes de la sociedad civil), 10 universidades nacionales (públicas y privadas), 20 organismos públicos (nacionales, provinciales y municipales) y 20 organizaciones de la sociedad civil.

Plan Llegar Antes. Origen del Programa Cuidar a Quienes Cuidan

Teniendo como base la extensa trayectoria vinculada a proyectos e investigaciones centradas en los temas familia y políticas públicas, el OS decidió impulsar el *Plan Llegar Antes* (PLAN), con el objetivo de brindar herramientas, asesoramiento técnico y acompañamiento a los gobiernos locales y provinciales para atender a las familias en situación de mayor vulnerabilidad en su territorio y, especialmente, a los equipos gubernamentales encargados de implementar los programas en ese territorio.

Este tipo de intervención está enfocado a apuntalar el capital social de las áreas alcanzadas. A nivel familiar, se busca potenciar los recursos vinculados a las redes de conocimiento o reconocimiento mutuo⁶ que establecen obligaciones y expectativas de reciprocidad derivadas del intercambio entre sus integrantes⁷. A partir de su fortalecimiento, las familias —en tanto grupo primario potencialmente operativo— pueden elaborar un esquema referencial común, como condición básica para una buena comunicación y cooperación⁸ que les permita acceder a recursos que, de otra manera, podrían quedar fuera de su alcance. A nivel comunitario, se pretende fortalecer la organización social basada en confianza, normas, redes y compromiso cívico⁹ orientada al bien común, lo cual también incluye el trabajo para combatir la pobreza.

El PLAN propone un abordaje integral de desarrollo social, basado en la ejecución de cinco programas específicos y complementarios, que se desarrollan a través de distintas etapas de acción directa. La modalidad de intervención es progresiva y simultánea, con posibilidad de readecuarse a partir de los resultados emergentes de las instancias de diagnóstico, monitoreo y evaluación. De esta manera, se busca generar solidez y coherencia entre las políticas sociales y su efectiva implementación por parte de los equipos de trabajo de diferentes áreas. Se introduce el concepto de «**llegar antes**», en tanto prevención y anticipación de problemas escalables, y la condición esencial de «**estar cerca**», a partir del tratamiento del *Cuidar a Quienes Cuidan* en la compleja trama de dificultades que atraviesan tanto a las familias como a los operadores en territorio.

6 Bourdieu, 1980.

7 Coleman, 1990.

8 Rivière, 1980- E. P. Rivière- Vectores, 1970.

9 Putnam, 1993-2000.

Cuidar a quienes Cuidan. Los fundamentos

El Programa Cuidar a Quienes Cuidan (CQC), uno de los cinco programas del PLAN, tiene como fin generar un espacio de intercambio y diálogo para los operadores sociales, para brindarles un apoyo continuo que garantice tanto su salud como así también su crecimiento profesional, personal y grupal.

CQC parte del principio de que las posibilidades de éxito o fracaso de un programa dependen, en gran medida, de su implementación. Por lo que los responsables de efectivizar el alcance propicio de un programa en territorio —sus operadores— son los que deben ser cuidados y fortalecidos, ya que son quienes garantizan la reconstrucción del lazo social y comunitario.

Este programa aborda las temáticas del estrés laboral, a través de actividades creativas y lúdicas, incorporando las vivencias particulares de los participantes de cada grupo; busca crear una red de seguridad psicológica y confianza que permita elaborar los conflictos, apropiarse de los aprendizajes y sumar herramientas específicas y creativas para su quehacer cotidiano. Se pretende lograr una actualización permanente en el marco del saneamiento del rol profesional y mediante la supervisión de casos, donde cada obstáculo pueda convertirse en oportunidad de aprendizaje y fortalecimiento de capacidades.

El estrés laboral suele tener sus orígenes en las propias cargas de angustia y desazón que están presentes en las situaciones conflictivas y desgastantes que padece la población que se atiende diariamente, ya sea por la presencia de una enfermedad o a causa de la pobreza, con la vulnerabilidad que las mismas conllevan. A esto se suman, muchas veces, las instituciones con sobrecarga de tarea, los entornos desfavorables, los horarios excesivos, la falta de reconocimiento o —en el caso de la administración pública— la exposición a las críticas recurrentes de la población objetivo y, en ocasiones, de los superiores jerárquicos y los pares.

Las supervisiones de los programas suelen estar más centradas en las personas que reciben las prestaciones que en quienes hacen posible su implementación directa, por lo que no se logra dimensionar el desgaste que pueden estar padeciendo estos últimos, y provoca muchas veces un quiebre de su vocación y de la identidad laboral, que se refleja en el término *burnout*, que da cuenta de seres «quemados» por dentro.

CQC establece una serie de entrevistas previas y personales con los operadores de los equipos territoriales, con el fin de relevar los recursos activos en las instituciones y dentro de los mismos, para adecuar el programa a esas posibilidades existentes.

La sensibilización es la herramienta de intervención inicial del programa, en pos de concientizar sobre la importancia de generar un espacio de formación permanente y saneamiento del rol profesional de los operadores.

El intercambio de las distintas experiencias de su labor cotidiana, que les generan inquietud e inseguridad en relación con su desempeño, es el material explícito con el que cada integrante expone las necesidades de adquirir conocimientos específicos para atender esos casos.

Los espacios dedicados a la formación y co-visión de casos, con los coordinadores expertos de los grupos, complementan el trabajo territorial de los operadores, ya que es allí donde se transfieren conocimientos e instrumentos prácticos para darle continuidad y eficacia al programa.

MARCO TEÓRICO

El malestar en el ámbito del trabajo y las alternativas que permiten afrontarlo generan, en muchos casos, interrogantes no siempre expresados: ¿es el proyecto laboral el proyecto de vida? ¿Vivimos para trabajar o trabajamos para vivir? ¿El trabajo es salud? ¿Cuándo se posibilita crear ámbitos para habilitar que el trabajo nos enriquezca y nos lleve a mejorar la calidad de vida, tanto de los otros como la propia? ¿Dónde ampliar nuestros horizontes en vez de restringirlos? ¿Cómo transformar las protestas activadas por las incomodidades laborales en propuestas superadoras?

El trabajo de los agentes de salud suele estar enraizado en elecciones vocacionales ligadas a la idea de que esa tarea es lo mejor que les podría haber pasado. «Un llamado de la vocación» es la expresión que en general lo sintetiza.

No obstante, al conocer experiencias de quienes los preceden en el ejercicio del rol profesional, se inquietan al enterarse de que, transcurrido el tiempo inicial, las circunstancias los llevan a rechazar ese rol, al que hoy ellos dedican toda su pasión. Paulatina y progresivamente, se incorpora la noción de que la voluntad inicial se debilita y de que en cada sujeto tiene alcances diferentes. Los factores de riesgo remiten a la subjetividad personal, a los ideales en relación con la tarea, al desarrollo del rol, a las compensaciones que se esperan por ello y, de modo esencial, a su perfil psicológico.

Las investigaciones que rastrean las características de las personas más propensas a ser afectadas en este sentido señalan la amplitud y aun el exceso de aspiraciones en lo que se refiere al cumplimiento exitoso y con excelencia de la tarea. Así como también cobra relevancia, al mismo tiempo, el impacto que produce el contexto sociopolítico, económico y cultural.

Otra de las circunstancias que es importante considerar es el estatus del rol que los agentes de salud tienen en la sociedad de hoy y el reconocimiento que reciben. A las situaciones cotidianas de índole administrativa, operativa o gremial se agrega, en el período actual, dominado por la emergencia sanitaria, la erosión afectiva producto de las diversas actitudes de aceptación o rechazo de las propias personas a quienes se intenta ayudar y, en especial, de sus familiares y el público en general.

Un factor decisivo que debe incluirse en este análisis es la preexistencia de las circunstancias contextuales y subjetivas, algunas ya mencionadas, exacerbadas por el agravamiento de la incertidumbre de vida y de muerte en este período de pandemia, inéditas en casi todas las generaciones existentes.

La complejidad del entretejido socio-profesional contribuye a la erosión antes aludida, en tanto los riesgos son padecidos en igual medida por médicos/as, enfermeros/as, auxiliares aliados, psicólogos/as, asistentes y trabajadores/as sociales, que transfiguran su rol a pacientes. Las pérdidas, junto al sufrimiento propio como también el de familiares, probablemente sobrepasen las capacidades de procesar las emociones que los atraviesan. Complejizan este escenario la distancia en el encuentro entre el agente de salud y el paciente, así como en el trabajo de los equipos, que, como efecto, se manifiesta en la disminución de la empatía. En ocasiones, es una respuesta a la sobreimplicación, como así también a la falta de canales adecuados en donde cursar esos efectos en la subjetividad.

La empatía en el vínculo con los pacientes y los colegas requiere, en muchos casos, poner en juego la «disociación operativa», entendida esta como la capacidad de privilegiar las acciones y actitudes más adecuadas en relación con la tarea profesional, dejando de contemplar la resonancia emocional interior, que queda escindida y no se tramita adecuadamente.

Frente a este escenario, es imprescindible disponer de espacios y opciones que ofrezcan una posibilidad de alivio a la tensión acumulada: «tener un cable a tierra». En este diseño se contemplan ámbitos y metodologías que favorecen y estimulan la visibilización y expresión de esas escisiones, que en un momento resultaron operativas, pero que, al no sanarse, se tornan en un obstáculo no siempre consciente.

La sola expresión de lo que angustia, y a modo catártico, produce un alivio efímero. Tramitar esa catarsis requiere de un rol profesional entrenado en interpretar y discernir el relato expresivo, los diversos factores conscientes y subjetivos, que producen el malestar. Ese rol debe garantizar la no implicancia subjetiva o institucional con quien demanda la atención, de modo de contribuir con la mayor objetividad a la conceptualización del evento o de la situación traumática. Se trata de acompañar en la tarea de resignificar las múltiples variables que intervienen en esa ocurrencia dramática, originadas en la genealogía del sujeto, en el historial de vida y en las experiencias asociadas a las circunstancias actuales, para que el sujeto pueda pasar de la disociación a la integración. Este encuentro y reconocimiento sitúa las causas, las hace conscientes en una dimensión posible de ser abordada y, con ello, colabora en prevenir síntomas corporales, hipersensibilidad en las relaciones y desequilibrio emocional en general.

La tensión permanente en aquellas personas que laboralmente están expuestas, de manera crónica y aguda, a situaciones traumáticas, en contacto continuo con la congoja, el dolor y la pérdida, se conceptualiza como «trauma vicario»¹⁰.

Las narraciones que realizan las personas que padecen, tanto como las que observan situaciones de dolor, producen efectos inesperados, que pueden inscribirse en constantes universales para el ámbito de las psico y sociopatologías. La evidencia lo ha demostrado: cada sujeto que recibe un impacto tal, lo plasma en su conciencia y, por ende, en su inconsciente, de un modo singular. En la mayoría de los casos, además, se sobrevalora, debido a cargas subjetivas, la gravedad de la situación, con la consiguiente reiteración patrones negativos ante circunstancias similares.

El personal de salud atiende dichas situaciones desde su marco teórico y profesional, y en muchos casos de modo personal e individual. Las exigencias y demandas propias de la organización, el sistema y el contexto impiden, obstaculizan o desmotivan la atención prioritaria de los síntomas ocasionados por sentimientos ambivalentes ajenos a su manera de sentir y actuar la profesión, lo que da lugar a ciertos niveles de disociación que no resulta operativa.

En ocasiones, al tratar situaciones que complejizan el análisis, al ser incluidas dificultades personales que resultan *iatrogénicas* a ese proceso, se manifiestan resistencias con el tratamiento o con el marco teórico en sí.

Se expresó en este mismo trabajo la caracterización del momento de la pandemia de COVID-19 como una **radical novedad**, que impactó en los modos de interrelación, lo que dio lugar a la creación de lazos y criterios novedosos, relacionados con los diferentes objetos de conocimiento, según cada lógica científica y/o profesional.

En las teorías utilizadas para las técnicas del mercadeo tradicional, se utiliza el concepto de *cliente externo* y *cliente interno* para diferenciar a las personas que

10 La **traumatización vicaria (VT)** es «una transformación en el yo de un trabajador de trauma (o ayudante), que resulta de un compromiso empático con clientes traumatizados y sus informes de experiencias traumáticas. Es una forma especial de contratransferencia estimulada por la exposición al material traumático del cliente. Su sello distintivo es la espiritualidad interrumpida o una interrupción en el significado y la esperanza percibidos por los trabajadores del trauma. El término fue acuñado específicamente con referencia a la experiencia de los psicoterapeutas que trabajan con clientes sobrevivientes de trauma. Otros, incluidos Saakvitne, Gamble, Pearlman y Lev (2000), han ampliado su aplicación a una gama diversa de personas que ayudan a los sobrevivientes de traumas, incluidos el clero, los trabajadores sociales de primera línea, los profesionales del sistema de justicia, los proveedores de atención médica, los trabajadores humanitarios, los periodistas y los socorristas».

son parte de una estructura institucional, de las que son externas a esa estructura y reciben algún tipo de servicio de esa institución.

CQC considera que los trabajadores que padecen dentro de una institución los efectos del desgaste de su rol, debido a prodigar cuidados a otras personas en situaciones graves o extremas, son integrantes de una trama vincular para nada ajena a las personas que atienden y padecen esas situaciones, por lo cual se ven afectados también en niveles e intensidades diferentes. El trauma vicario da cuenta de ello. Por lo tanto, se trata de brindar un respaldo a los sujetos que sufren algún padecimiento, en el marco de la coyuntura del COVID-19 en especial, pero también por el tipo de tarea que desarrollan.

Al reconocer este aspecto del problema en las personas que prestan servicios en una institución, es indudable la importancia que adquiere la reverberación de la conflictiva de quien se asiste en quien lo asiste, incrementada por las vicisitudes del contexto institucional, social, económico, político y cultural en el que se desempeña. Es tarea de quien asume el rol de coordinar dispositivos para el saneamiento del rol profesional percibir esa dimensión del impacto, y coadyuvar tanto a visibilizar como a caracterizar los diversos síntomas, de acuerdo con las fases de su desarrollo: desgaste por empatía, *burn out*, trastorno de estrés postraumático, entre otros.

Se requiere también, como premisa en la tarea de saneamiento del rol, establecer el alcance del encuadre del dispositivo para con la institución convocante y la aceptación por parte de esta de la situación de externalidad del equipo que asume esa tarea. La intervención interpelará a la red vincular intrainstitucional, incluyendo sus niveles jerárquicos. Al mismo tiempo, serán parte de esa trama novedosa los ideales profesionales y la capacidad para protegerse por sobre la necesidad superyoica de responder siempre, a costa de poner el propio cuerpo.

Hay pruebas acerca de la realidad de que quienes se abocan al cuidado de otros, sin precaverse de crear una perspectiva suficiente para atenderse, tienden a deteriorar su calidad de vida, comprometiendo también su ámbito familiar¹¹.

Los equipos de alta competición, que consideran al deportista como un capital institucional, tienen en cuenta, para preservar ese capital, todos los aspectos que lo constituyen, desde lo puramente deportivo, hasta la atención personal y psicológica,

11 Mucho antes de la pandemia se llevó a cabo un programa similar, coordinado por el Lic. Vilaseca en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, el cual se implementó en circunstancias trágicas, derivadas del estrés laboral.

cuando el rendimiento en la competencia está amenazado. Este abordaje holístico se aplica en variadas y múltiples disciplinas, como así también en el ámbito empresarial, al querer maximizar el rendimiento de las inversiones.

En las áreas de salud y trabajo social, por depender en su mayoría de recursos públicos que no jerarquizan el rédito económico, ha comenzado a manifestarse la necesidad de reconocer y actuar sobre este punto, el concepto de cuidar el capital humano: «Cuando al investigar las causas posibles de programas públicos fallidos, se ha encontrado que la causa más común obedecía a deficiencias en la implementación y, por consiguiente, en los agentes que lo llevan a cabo, ya que en la mayoría de los casos dependen de ellos esos aspectos» (Repetto, 2018).

El PLAN que el Observatorio Social comenzó a desarrollar en 2018 ha tomado esta afirmación para trazar su propia hoja de ruta en la formulación de los cinco programas que lo componen¹², interrelacionando estructuras, jerarquías y operadores territoriales.

En los procesos habituales de deterioro del rol profesional, es posible identificar tres momentos.

El *primer momento*, que se caracteriza por la seducción que ofrece la labor propia de la profesión elegida, en tanto camino hacia el logro de sus metas.

Toda institución tiene una visión y misión compartida en ese primer momento. Establecerse en esa trama institucional exige adaptar metas, objetivos y principios. La percepción de que esa adaptación significa una resignación puede dar lugar a que la situación sea de empobrecimiento y frustración, proyectivamente trasladadas a cuestiones operativas, administrativas y de relación laboral entre pares o auxiliares.

Esto puede dar lugar a un *segundo momento*, el de «fatiga profesional», donde pueden surgir síntomas, tanto físicos como psíquicos, que provocan disminución en el entusiasmo inicial y aumentan las carencias en el desempeño del rol.

La normalización de las frustraciones y el malestar como parte de lo cotidiano, la retracción o el malhumor en el tiempo laboral, la disminución de la empatía por el otro, la creciente dificultad para la toma de decisiones, la declinación de la creatividad y la búsqueda de nuevos recursos, los mayores esfuerzos para lograr concentración y el aumento significativo de las situaciones de olvido, por lo general, se evidencian en un *tercer momento*, en donde el deterioro es manifiesto. La

12 <http://www.observatoriosocial.com.ar/proyectos/atencion-a-problematicas-sociales/proyectos-de-atencion-a-proble12-maticassociales/401-los-cinco-programas-del-plan-llegar-antes>.

perplejidad, la irritación, los enojos, la sensación de impotencia, llevan a aborrecer la actividad laboral. Y, con ello, puede aparecer el quiebre de la vocación, de la identidad profesional que se siente y percibe «quemada».

Colaboran decididamente con este cuadro las instituciones que mantienen entornos desfavorables, ausencias de reconocimiento e incentivos, y/o un clima de críticas de los superiores jerárquicos y de los pares.

Sin ánimo de dramatizar ni generalizar, en especial por la carga preexistente en los perfiles psicológicos de cada trabajador, los pasajes al acto, como ser el alcoholismo, el tabaquismo, las situaciones extremas de violencia, el maltrato dentro de la familia o contra uno mismo (a veces explícitas y otras implícitas, bajo la forma de accidentes), responden a los estadios más avanzados del deterioro; pero, justamente, quedan ensombrecidos porque son atribuidos meramente a las condiciones individuales.

Evolucionar hacia el saneamiento del rol profesional, en especial en estas circunstancias de pandemia, requiere de un primer esfuerzo institucional y personal, que tome dimensión de los alcances de esta situación mediante herramientas evaluativas que faciliten desbrozar las dificultades y ordenar las prioridades.

La eficacia que han demostrado los grupos operativos, concebidos desde el enfoque de la psicología social, consiste en la aplicación de una metodología que facilita crear un espacio bajo las premisas de confidencialidad y externalidad del equipo interviniente, así como un encuadre en el que se incluye explícitamente la tarea a abordar y dar lugar a los implícitos que surjan en esa red vincular.

Es altamente enriquecedora la sinergia grupal que se produce al sumar las experiencias de cada participante, las opiniones desde diversos marcos teóricos, técnicos o profesionales y las intervenciones de la coordinación que, debidamente entrenada, atiende los distintos vectores que se ponen en juego —pertenencia al grupo, pertinencia de la tarea, la comunicación y el aprendizaje de la experiencia ante el objeto de conocimiento, entre otros—, al mismo tiempo que se despliega la posibilidad de resignificación de lo traumático en cada integrante, tal como reverbera en cada historia personal.

Se trata, por ende, de facilitar un tránsito eficaz de procesamiento y desensibilización, a fin de observar el mundo de posibilidades que es el futuro, sin que el pasado actúe como cristal turbio; concebir cada obstáculo como una nueva oportunidad de aprendizaje, habilitar el contacto con sus emociones y con la creatividad, experimentar la satisfacción de apostar a los proyectos propios, retomar la conexión con los deseos, vencer el aislamiento incorporando a los otros como aliados, descubrir la propia potencialidad, sostener y/o recuperar la alegría y la esperanza en las tareas cotidianas.

El desafío que afronta CQC, en el marco de la pandemia, es crear, para las personas integrantes de cada institución que participa, un espacio grupal con seguridad psicológica, en donde además se logre reconocer la afectación inédita en lo laboral, así como admitir las situaciones preexistentes que se mencionan y abordarlas junto con otros, de quienes y con quienes aprender ante lo desconocido e inquietante.

ANÁLISIS ACERCA DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN LOS ENCUENTROS DE CUIDAR A QUIENES CUIDAN

En este punto, ofrecemos un análisis cuantitativo de los datos obtenidos del formulario de inscripción que completaron los participantes de CQC en el primer semestre del 2020, el cual se ha implementado con forma de cuestionario, a través de preguntas vinculadas a la realidad psicosocial que estos atraviesan respecto de su labor profesional, en ámbitos de atención social y sanitaria relacionada con COVID-19.

Dicho cuestionario fue diseñado con rigurosidad metodológica, para poder sondear las variables principales, que luego nos permitieran realizar un diagnóstico inicial acerca de los sentimientos y las percepciones de quienes participan de los grupos. Las preguntas incluidas en el cuestionario son cerradas, a fin de hacer una medición estadística de los datos generales. La implementación se realizó bajo una modalidad autoevaluativa, con preguntas indagatorias acerca del estado personal (anímico, mental, físico) de los profesionales y trabajadores que se desempeñan en servicios socio-sanitarios que atienden de forma cotidiana a personas afectadas (directa o indirectamente) por el COVID-19.

También hemos recabado datos vinculados a las características de la población participante, como lugar de residencia, rango etario, profesión, género y tipos de instituciones donde trabajan.

El universo estuvo compuesto por un total de 149 personas que asistieron a los encuentros virtuales de *Cuidar a Quienes Cuidan*, de los cuales el 76% respondió el cuestionario.

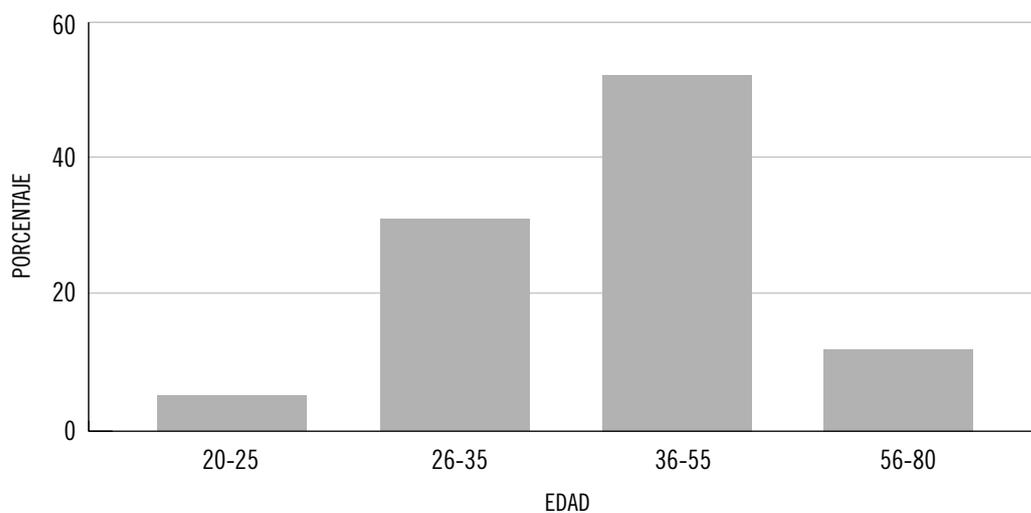
Tal como se mencionó al inicio, el cuestionario fue respondido en el primer semestre del 2020, cuando recién iniciaba el programa y cuando, hasta el momento, los casos de contagios por COVID-19 se mantenían estables y en un número bajo con respecto al segundo semestre de 2020.

1. Análisis de las características de la población

1.1. Distribución de la población según el rango etario

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de la población según el rango etario. Del mismo, podemos deducir que el 83% tiene entre 26 y 55 años la mayoría de ese porcentaje (el 52%) tiene entre 36 y 55 años. La edad promedio de los participantes es de 42 años.

GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RANGO ETARIO



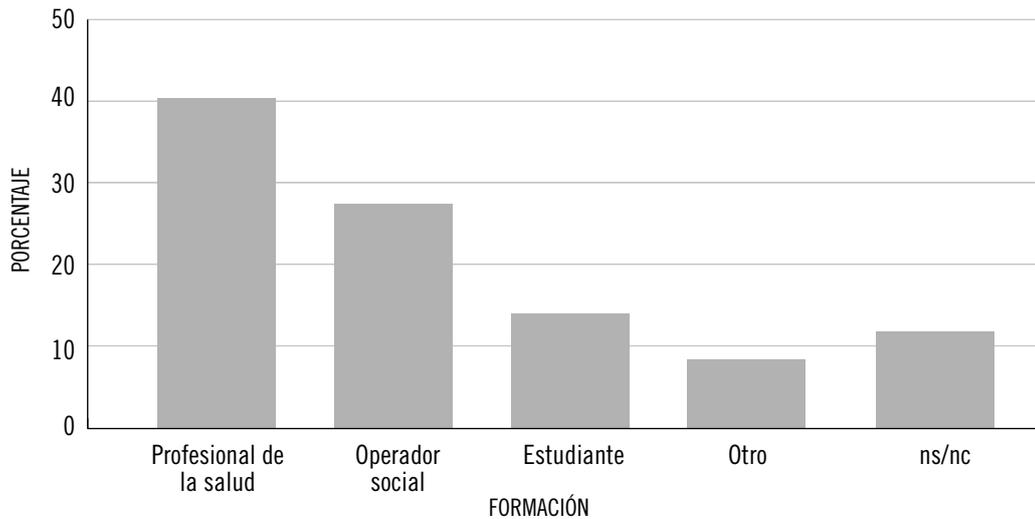
Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

1.2. Distribución de la población según profesión

Con respecto a la formación de los participantes, se encuentra, tal como se ve en el gráfico 2, que el 40% de quienes respondieron son profesionales de la salud, en tanto el 26% son operadores sociales y un porcentaje menor lo representan estudiantes y otras formaciones no especificadas.

Dentro de los profesionales de la salud se encuentran: médicas/os, auxiliares, obstetras, pediatras, instrumentadores/as, enfermeros/as, odontólogos/as y kinesiólogos/as. En lo que respecta a los operadores sociales, incluimos a: licenciados en psicología, psicólogos sociales, psicomotricistas, acompañantes terapéuticos, educadores, licenciados en servicio social, trabajadores sociales y economistas.

En cuanto a la categoría «otros», está conformada por aquellas profesiones que no se relacionan directamente con el ámbito de la salud y que tampoco se enmarcan dentro de las ciencias sociales. Entre ellos se encuentran calculistas y administrativos, entre otros.

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN FORMACIÓN

Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

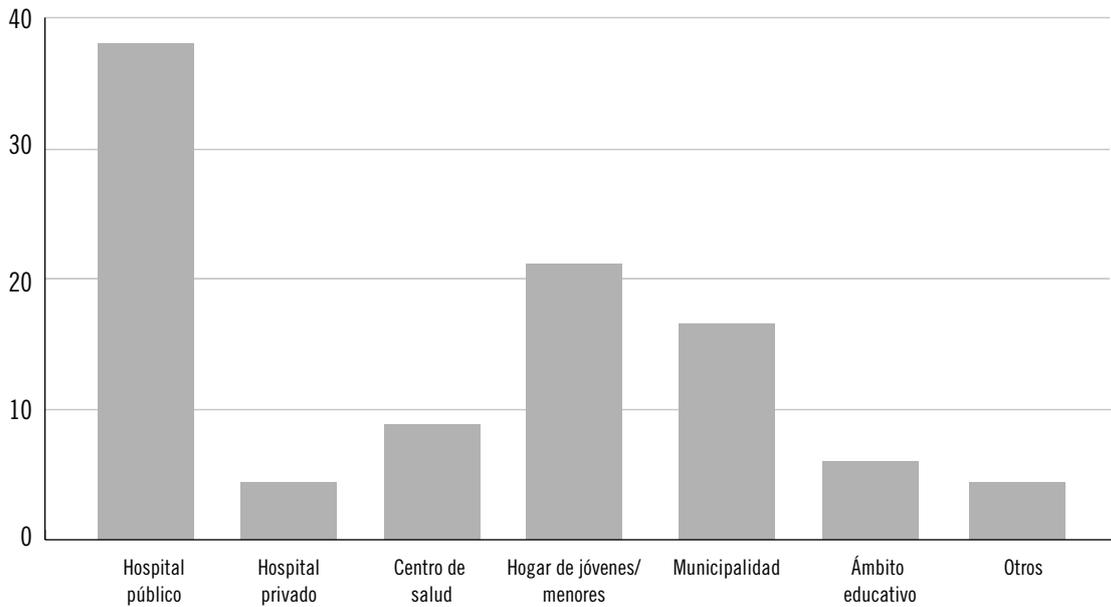
1.3. Distribución de la población según la institución

En el gráfico 3, podemos observar la distribución de la población según la institución en la que trabajan. Según los datos analizados, encontramos que la población que asistió a los 22 encuentros virtuales se puede dividir en dos grandes grupos: los que trabajan en instituciones de salud y los que trabajan en hogares de menores y de jóvenes.

El 51% de los entrevistados trabajan en el ámbito de la salud; de este porcentaje, el 47% de ellos lo hace en hospitales públicos y salas de salud, mientras que el 4% trabaja en hospitales privados. El 21% de la población se encuentra trabajando en hogares de menores y jóvenes, y un 17% del total trabaja en áreas sociales de municipios.

En su mayoría, quienes trabajan en el ámbito de la salud pública y privada se encuentran atendiendo pacientes afectados por COVID-19. Hay otro gran porcentaje que, si bien no se encuentra atendiendo directamente pacientes con esta enfermedad, están expuestos a un posible contagio debido a la atención de diversos pacientes o población en situación de vulnerabilidad.

GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE



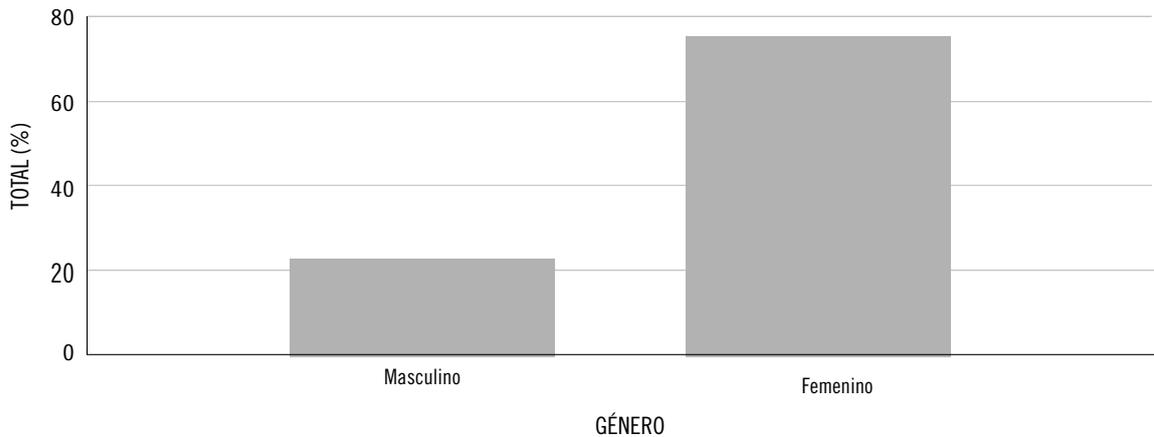
Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

1.4. Distribución de la población según género

En el gráfico 4, podemos observar la distribución de la población según el género. Según los datos analizados, encontramos que el 77% de la población que asiste a los encuentros virtuales de *Cuidar a Quienes Cuidan* son mujeres, mientras que el 23% de la población son hombres.

Históricamente, partimos del hecho de que los trabajos de cuidado están estrechamente influenciados por el género: son las mujeres las suelen hacerse cargo de estas tareas. Entre quienes participaron en CQC, las mujeres representan más de dos tercios de la población, lo que evidencia que esta tendencia en los trabajos de cuidado, dentro de las profesiones de salud o atención social, también es muy notoria.

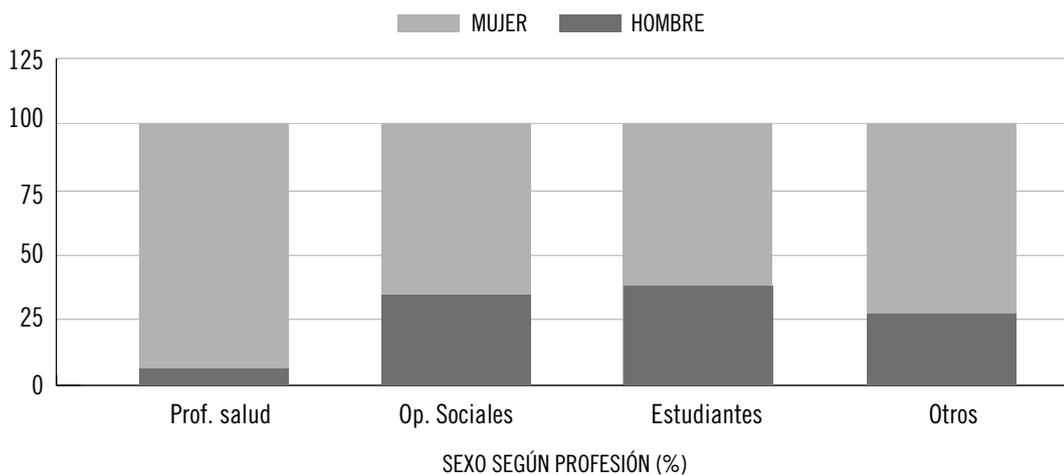
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

El siguiente gráfico muestra la distribución de la población por sexo según profesión. En lo que respecta a los profesionales de la salud, el 7% lo componen hombres, mientras que el 93% son mujeres. En cuanto a los operadores sociales, encontramos que el 65% son mujeres, mientras que el 35% del total son hombres. En cuanto a las categorías de «estudiantes» y «otros», también se observa que más del 50% del total está compuesto por mujeres.

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, POR SEXO, SEGÚN PROFESIÓN



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

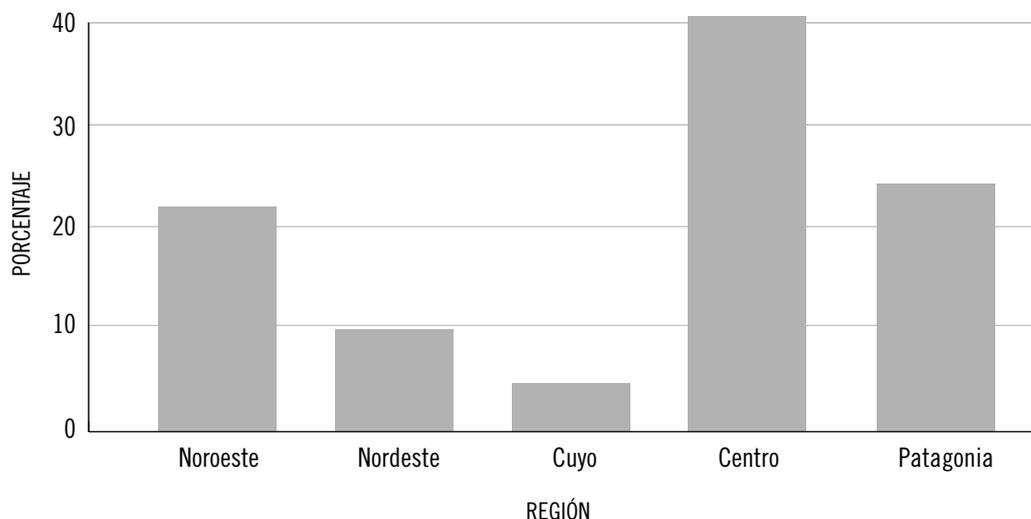
1.5. Distribución de la población según región

En cuanto a la distribución geográfica de los participantes, tal como se ve en el gráfico 6, podemos observar que el 40% de la población reside en la Región Centro del país, y que gran parte de este porcentaje se desempeña en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

En lo que respecta a las otras regiones, podemos observar que el 24% de la población que participó en los encuentros de *Cuidar a Quienes Cuidan* reside en la Patagonia, mientras que un 22% lo hace en la Región Noroeste. Finalmente, un 10% de la población vive en la Región Nordeste y el 4% restante, en la Región de Cuyo.

Ante el avance de la pandemia por el COVID-19, el Observatorio Social, junto con las instituciones que nos acompañan en el programa, ha hecho un gran esfuerzo por difundir e invitar a participar de los encuentros a instituciones de distintos puntos del país. En el gráfico se puede ver plasmado parte del esfuerzo que se ha hecho para abarcar y llegar a los distintos rincones del país, con la intención de abarcar sus respectivas problemáticas.

GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN REGIÓN DEL PAÍS



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

2. Análisis de los datos vinculados al estado anímico de los participantes en relación con su trabajo en la atención cotidiana de personas afectadas (directa o indirectamente) por COVID-19

En este apartado buscamos realizar un análisis sobre la base de las principales variables que se tuvieron en cuenta para medir la situación personal de los participantes en cuanto a sus sentimientos, percepciones y pensamientos vinculados a la labor que desempeñan dentro de servicios de atención crítica, tanto a nivel sanitario como social, en relación con el COVID-19. Las variables y dimensiones que se han tenido en cuenta son:

- **Percepción de temor:** al contagio (personal, a su familia y allegados), a daños irreversibles, al desborde del sistema de salud.
- **Estrés laboral:** capacidad para desconectarse del trabajo, nivel de motivación para realizar actividades que producen tranquilidad o bienestar, sentimientos con respecto a la vida social (en el ámbito público e íntimo), dificultades para pensar y tomar decisiones, sensación de presión y exceso de responsabilidad en el cuidado de otros, malestar físico en el trabajo, obstáculos para empatizar con el sufrimiento de las personas atendidas, preocupación desmedida por no enfermarse.

Hacia fines de agosto, el diario *La Nación* publicó una nota titulada «Coronavirus. Médicos al límite: relatos impactantes de los testigos del espanto», en donde se relataba la experiencia, y sobre todo el agotamiento, de los profesionales de la salud ante la atención de pacientes con COVID-19. A continuación transcribimos una cita que acompaña los análisis que hicimos desde el Observatorio Social a partir de las respuestas de los participantes de CQC:

*«Según estudios realizados en China y España, los trabajadores de la salud que atendieron pacientes con COVID-19 pueden padecer síntomas de estrés postraumático y otras **secuelas psicológicas**. En una investigación de la Universidad Complutense de Madrid de la que participaron 1243 sanitarios, cuatro de cada cinco manifestaron síntomas de ansiedad (uno de cada cinco, cuadros severos) y más de la mitad síntomas depresivos (un 5,6% depresión severa). El 40%, además, dijo estar “emocionalmente agotado” por su trabajo.»*

2.1. Sentimientos de temor

Del total de entrevistados, más del 50% asegura tener temor al contagio personal, como así también al contagio a su familia y allegados *en situaciones concretas*.

Se destaca también que el 23% tiene temor a contagiar a su familia y allegados *a menudo*.

En cuanto al temor por daños irreversibles, la mayoría (61%) respondió que *no le está sucediendo*. Sin embargo, llamamos la atención sobre el hecho de que el 27,4% respondió que *le pasa en situaciones concretas* y el 9,7%, que le pasa *a menudo*.

Finalmente, si bien no llega a representar el 50% de los entrevistados, una gran parte del universo, en ciertas situaciones, teme por un posible desborde del sistema de salud. En este punto, coinciden en 21,2 los porcentajes de quienes respondieron que no les está sucediendo y los que les pasa a menudo.

2.2. Estrés laboral

Los participantes, en su mayoría del ámbito de la salud, afirman que los niveles de estrés laboral son mayores que los que se padecían antes de la pandemia por el COVID-19.

Los datos aportados por las encuestas nos encaminan a identificar algunos rasgos propios del *burn out*, ya que aproximadamente el 40% de la población respondió que *en situaciones concretas* les cuesta desconectarse del trabajo una vez finalizada la jornada laboral, aunque una cantidad similar afirma que *no le está sucediendo*. También se ha detectado que, *en situaciones concretas*, un 30,1% de los participantes afirman que disminuyeron sus ganas de acudir a actividades que les producen tranquilidad y bienestar.

En cuanto a la capacidad de empatizar con las personas que se atienden en el marco de la emergencia socio-sanitaria, se destaca un rasgo positivo: casi un 70% respondió que *no le está sucediendo* a la pregunta de si se mantienen distantes, les molesta el trato con la gente, incluso en su casa, y un 60% dio la misma respuesta en relación con si siente que está descuidando a muchas personas que requieren de su ayuda.

2.3. Habilidades a destacar

A pesar de encontrarnos en un contexto de crisis en donde el estrés es mayor y la sensación de vulnerabilidad e inestabilidad abunda, es importante destacar los siguientes datos, que vislumbran una perspectiva optimista dentro de este panorama adverso:

- El 68% afirma que no se mantiene distante de su familia y allegados.
- El 61% no siente que esté descuidando a las personas que requieren de su ayuda.

- El 54% no siente estar poniendo en riesgo a sus seres queridos.
- El 85% sigue atento a empatizar con el sufrimiento de las personas que atienden.
- El 73,1% no siente que la preocupación por enfermarse le ocasione una tensión difícil de soportar.

Conclusiones e interrogantes

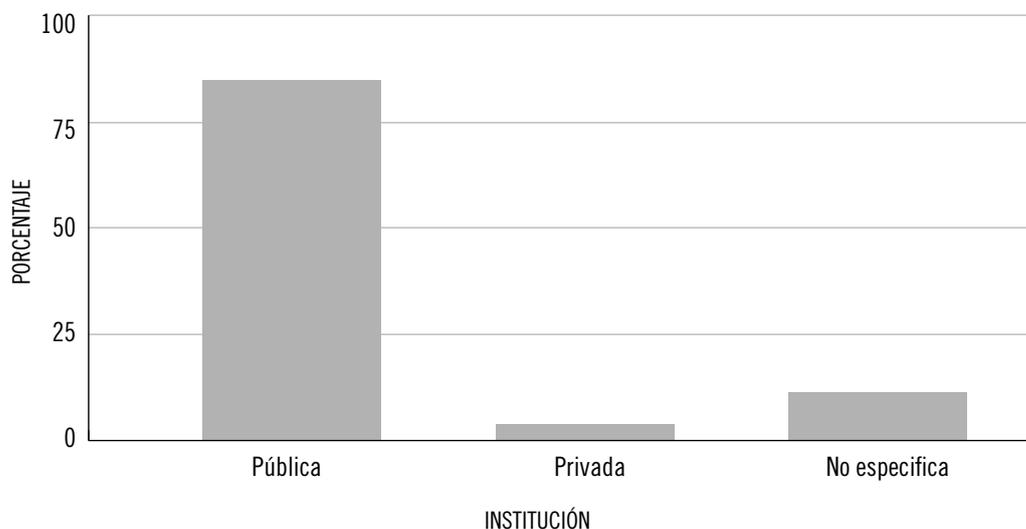
Como conclusión inicial, es importante remarcar, tal como se mencionó previamente, que las encuestas fueron respondidas durante el primer semestre del 2020, cuando el número de contagios permanecía estable con respecto a los meses subsiguientes. A octubre de 2020, gracias a los encuentros virtuales podemos ver que se manifiestan el desgaste, la incertidumbre y la pérdida de tolerancia, producto del aumento de los contagios.

Ahora bien, dentro de los datos arrojados por las respuestas de los participantes de CQC durante el primer período, consideramos que uno de los más destacables es que, si bien los grados de estrés y de temor son altos, quienes trabajan en dicho contexto siguen demostrando un alto grado de empatía con el padecimiento ajeno. Es decir, que a pesar de estar atravesando altos niveles de tensión, no pierden de vista que el cuidado y la mirada continua del paciente es fundamental, así como también lo es no perder la capacidad de empatizar con el sufrimiento de las personas que atienden.

Otro dato relevante es que el 85% de los participantes desempeñan su labor cotidiana dentro del sector público, mientras que un 4% lo hace en el sector privado (el 11% restante no especifica). Lo más notable de este hecho es que, a pesar del desgaste físico y emocional que suelen afrontar quienes trabajan en el sector público (por verse aún más demandados en este ámbito), algunos de ellos dediquen un tiempo y espacio extra para reflexionar sobre su labor, buscando apoyo para poder dar respuesta a dichas demandas y brindar una atención acorde.

Una hipótesis que surge en relación con este punto es que quienes se encuentran desempeñando su labor en el sector público no reciben una supervisión adecuada frente a un contexto tan complejo como el que acontece y buscan esa contención en otra institución externa. A septiembre de 2020, verificamos que, teniendo disponible este servicio y otros de similares características, la demanda efectiva ha sido menor que la necesidad expresada públicamente.

GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SECTOR EN DONDE DESEMPEÑA SU ACTIVIDAD



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

Entendemos que, en general, los temores vinculados al contagio personal y al posible desborde del sistema de salud que se detectaron en las respuestas de los participantes podrían vincularse a una carencia en la protección física, mental y emocional por parte de las instituciones en las que cada uno de ellos se desempeña.

En relación con el estrés laboral, es importante mencionar que al ser este un factor protagónico en la atención socio-sanitaria en contexto de pandemia, las personas que asisten a los encuentros virtuales de CQC, si bien presentan temores asociados al contagio personal y al posible desborde del sistema de salud, en general no los trasladan a las relaciones interpersonales.

Luego del diagnóstico que hemos podido llevar a cabo con los datos recabados mediante las encuestas, sumado al intenso trabajo con los distintos grupos de CQC, seguimos reafirmando la importancia de extenderles la mano a quienes están en la primera línea de los cuidados, tanto médicos como sociales, brindándoles un espacio para hablar y ser escuchados. Hemos comprobado que ofrecer dichos espacios es elemental para prevenir y reducir los niveles de *burnout* en el capital humano de nuestros servicios de atención social y sanitaria, en tanto posibilita la revisión de su práctica diaria y reflexionar de modo colectivo sobre mejores formas de desarrollar su labor en el cuidado de las poblaciones más vulnerables.

Horas aplicadas al programa: **454** horas en total.

84 horas aplicadas al período de abril-julio en la coordinación de grupos.

240 horas aplicadas al período de agosto-noviembre en la coordinación de grupos.

24 horas aplicadas a la reformulación del programa y preparación.

81 horas post de co-visión de las reuniones grupales abril-noviembre.

25 horas de preparación y presentación de conferencias en: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital Dr. Perrando (Chaco), Hospital Público Materno Infantil (Salta), Ministerio de Desarrollo Social y Consejo Provincial de Niñez Adolescencia y Familia (Neuquén).

DESARROLLO

Período Inicial del Programa Cuidar a Quienes Cuidan

En los primeros sondeos informales que se realizaron entre el personal del área de salud, se detectó la necesidad de disponer a la brevedad de un espacio en el que se elaboren las situaciones de incertidumbre y angustia, lo que concluimos en llamar «la radical novedad». Un artículo publicado en *Revistas del Observatorio*¹³ da cuenta de las primeras conceptualizaciones acerca de ese momento.

A partir de la evaluación de las encuestas de inscripción de posibles integrantes (hubo 31 inscripciones en los primeros 30 días a partir de la difusión del programa) se constató que el 55% de los participantes trabajan y/o residen en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) y el 45% en diversos puntos del país. La edad promedio es de 42 años.

En cuanto a los profesionales, el 55 % de quienes respondieron son médicos/as que brindan atención directa en hospitales públicos y algunos de los mismos también en instituciones privadas; dentro de ese porcentaje, también hay psicólogos y psicopedagogos.

El 25% son técnicos y especialidades afines a la labor de médicos —enfermeras, instrumentadoras y demás—; un 20% son profesionales no médicos, administrativos en instituciones de salud y estudiantes del área. El 75% trabaja en instituciones públicas de diversos puntos del país y en su mayoría atienden pacientes afectados por COVID-19¹⁴.

13 <http://www.observatoriosocial.com.ar/publicaciones/revista-del-observatorio/revistas>.

14 Hospitales: Hospital Justo José de Urquiza (UNER Entre Ríos), Piñero (CABA), Germani (Laferrere, PBA), Ricardo Gutiérrez (CABA), Cesac 4 (CABA), Hospital de Odontología Dr. José Dueñas, Hospital Zonal Bariloche CAPS y Bariloche, Hospital Dr. Federico Cantoni (San Juan), Hospital Dr. José Giordano (Albardón, San Juan), A. Civil Surcos - IAF - Instituto de Salud Municipal - Construir Salud - UOCRA - Clínica San Camilo -IDFD N°46 - Servicio de Salud Mental del GCBA Hospital Materno Infantil de Salta - Área Operativa 3 Salta - Hospital Dr. Perrando Resistencia-Chaco.

En la encuesta de inscripción, en el apartado que indaga acerca de las situaciones críticas en la labor cotidiana, se destacaron algunas respuestas representativas que develaron una preocupación común para tener en cuenta en el análisis previo, que sirven a su vez como indicadores de base del proceso. Las siguientes expresiones dan cuenta de dichas preocupaciones:

«... considero como situaciones críticas a aquellas que nos ocurren últimamente en fallas en la aplicación del protocolo en pacientes...»

«... me impactan emocionalmente las diferencias económico-sociales que se observan tanto en profesionales como pacientes...»

«... la situación crítica que me impacta es la soledad del paciente aislado...»

«... creo que lo más complejo de la situación es encontrar, en un grupo de pares, cierta armonía. La comunicación virtual nos agobia...»

«... el temor de enfrentarme al virus y no saberlo... Tener pocos elementos de protección, sensación de soledad...»

«... estar sola en un consultorio con el equipo de protección personal, con la angustia por el riesgo de contagiarse y contagiar a mi familia...»

«... presión para cumplir más de una función al mismo tiempo...»

«... la cantidad de personas con quienes tengo contacto por mi trabajo... no solo pacientes, sino también compañeros...»

«... actualmente, la ansiedad del personal, la crisis emocional que genera esta situación de aislamiento social y la restricción de recursos que genera inseguridad constante...».

En relación con la organización logística de los encuentros, se establecieron opciones para integrar tres grupos virtuales en tres días y horarios diferentes: lunes de 13.30 a 15, miércoles de 21.30 a 23 y sábados de 12 a 13.30, que iniciaron en la segunda semana de abril de 2020.

Para el trabajo analítico previo y posterior a cada una de las reuniones grupales, el equipo de coordinación dedica entre 2 y 3 horas para revisar sus intervenciones, registrar las modificaciones que ocurren y analizar las estrategias para la siguiente reunión.

Observaciones, reflexiones y aproximaciones del Período Inicial (abril a julio 2020)

Para el encuadre de los grupos, se determinó que: i) la confidencialidad de las expresiones vertidas durante el momento grupal es condición fundamental, tanto para los integrantes como para el equipo de coordinación; ii) la tarea será enfocada en las dificultades, emociones y sentimientos que cada integrante transita, en este período que acontece, en su labor específica dentro de la institución en la que se desempeña y en los aspectos personales que quiera exponer.

Lo poco habitual de una coordinación por profesionales no médicos en los grupos de estas características presumió de ciertas resistencias interdisciplinarias en la aceptación tanto del encuadre como del dispositivo mismo. Estas resistencias pueden inferirse a partir de las expresiones contradictorias que, por un lado, se manifestaban explícitamente como demanda, por la necesidad de espacios de contención para quienes se suponía estaban desbordados por la situación novedosa y riesgosa y, por otro lado, habida cuenta de disponer del servicio libre y gratuito, esta demanda no se vio reflejada en la participación, en relación con la escasa inscripción en este primer momento del programa.

Se constató que con posterioridad a la difusión del Programa CQC, fueron surgiendo otras ofertas con objetivos similares, muchas de ellas utilizando la misma denominación, que en general responden a las demandas intrainstitucionales y desde allí fueron generadas.

El valor diferencial de CQC es la externalidad a las estructuras institucionales en las que interviene, sumado a su condición de estar liderado por una asociación civil independiente del Estado nacional, provincial o municipal. Ambos valores, tanto como la confidencialidad y el foco temático, constituyen una fortaleza del programa, lo cual ha permitido ir ampliando día a día su alcance.

Constituidos los tres grupos, en las primeras reuniones fue posible transitar los momentos de afiliación grupal, de reconocimiento al nuevo espacio, como así también al encuadre y al rol del equipo de coordinación.

Reiteramos el hecho de que el Observatorio Social es una asociación civil independiente de las estructuras estatales o institucionales, tanto por el financiamiento del servicio, como en el desarrollo metodológico o conceptual del programa se propició un ámbito confiable y seguro, en el que las intervenciones no subjetivadas por estos factores resultaron ser eficaces, especialmente en las situaciones complejas expuestas, referidas a dificultades institucionales, expresadas por los integrantes del grupo. La elaboración del rol independiente del

equipo de coordinación y del OS fue progresando de acuerdo con los tiempos de cada grupo.

Otro factor novedoso en el desarrollo del CQC fue la superación del obstáculo tecnológico, ya que para muchos integrantes significó la primera vez en la utilización de dispositivos informáticos para las reuniones virtuales. Hubo que adecuarse en los aspectos operativos, tanto en la pertinencia a la tarea como en el proceso de identificación grupal, vector este que cimienta la mejora en la comunicación y consolida al grupo en pos de lograr disminuir los riesgos del *burnout* prematuro ante un *sin horizonte* de la pandemia.

En todos los grupos, *la incertidumbre* fue el factor expresado como la mayor causa de angustia. Con la misma intensidad se comenta el miedo al contagio, en ocasiones expresado proyectivamente por la falta de elementos de protección, descuidos en los profesionales o en criterios opuestos a protocolos de seguridad y prevención para evitar el contagio.

La insistencia y reiteración de estos hechos en el discurso hace inferir que la impotencia, ante la amenaza del virus desconocido y aún sin una terapéutica probada, inmoviliza las posibles acciones creativas de reparación o complementariedad para solucionar esta controversia.

Las tensiones entre profesionales y auxiliares, por ejemplo, en la observancia, o no, de lo establecido por los protocolos preventivos para los pacientes y salas hospitalarias, se pueden comprender y significar también como anteriores a la pandemia, ya que se trata de vínculos en una actividad estresante por tratarse de personas a quien atender y curar.

En la siguiente expresión de un auxiliar hospitalario, se refleja la realidad de esas tensiones en las relaciones laborales tradicionales, preexistentes a la coyuntura actual y que se manifiestan con mayor intensidad —o virulencia, acorde a la época— ante la emergencia, que no discrimina jerarquías:

«... somos pares de profesiones con lógicas distintas (...) La demanda puede existir...»

«... hay castas que no permiten un vínculo. Puede haber comunicación pero no vínculo...»

«... se es reticente a participar por la poca tolerancia a la opinión. La medicina se justifica con la ciencia, lo demás...».

La instalación de la transferencia —confianza, respeto, proyecciones, ideales— hacia el equipo, que propone un rol de acompañamiento, presupone que ha de ser

un proceso de ajuste en el que los esquemas tradicionales se interpelan ante la necesidad de dar respuestas a la emergencia.

La diversidad en la configuración grupal, motivada en las diferentes instituciones que adhirieron al programa, hizo necesaria la adecuación de las dinámicas grupales, los dispositivos motivadores y el encuadre, a los distintos organismos gubernamentales —operadores en hogares de acogida de menores—, sistema de salud pública —profesionales y técnicos en hospitales públicos—, gobiernos locales —equipos de técnicos y operadores de calle de un municipio— y profesionales de salud independientes.

Los diferentes tipos de misión y función de las instituciones participantes (ver nota al pie 14), la incorporación de profesionales y técnicos no habituados a esquemas conceptuales utilizados en los grupos, el variado nivel sociocultural de los mismos y el imperio de la virtualidad como medio de comunicación único enriquecieron enormemente las bases conceptuales operativas y metodológicas del programa.

Un anticipo del impacto positivo de CQC, como ilustración de lo dicho, se expresó en el equipo de operadores de la institución que alberga a menores adolescentes mujeres, cuando expresaron que en conjunto lograron revertir una decisión judicial que marchaba en contra de los deseos de una niña allí alojada y de las indicaciones sugeridas por el equipo técnico de la institución. Parte de este logro se lo atribuyeron al espacio que brinda el programa, que contribuyó a afianzar la integración grupal, deteriorada por el desgaste del rol profesional, especialmente por las situaciones conflictivas propias de su labor.

El novedoso uso de la virtualidad como único medio de encuentro, en reemplazo del presencial, aumentó exponencialmente. La velocidad para adecuarse a esta nueva modalidad ha sido diversa, pero la obligación contribuyó a ese aprendizaje. Si antes procesar la información diaria hacía descartar desde lo consciente gran parte de ella, en estos días la cantidad de horas frente a la pantalla está construyendo y reconstruyendo lógicas y sentidos comunes, al mismo tiempo que satura la capacidad, por las tareas que conlleva el aislamiento.

EVALUACIÓN

Período inicial abril-julio de 2020. La radical novedad

En la evaluación preliminar, correspondiente al período de abril a julio de 2020, pudimos caracterizar dos momentos comunes a todos los grupos.

En los primeros encuentros dominó, en la mayoría de los participantes, un sentimiento de incertidumbre, producto de la multiplicidad de interrogantes que interpelan a la ciencia, a la profesión, a la política sanitaria, a las responsabilidades sanitarias de orden nacional, regional y mundial, como así también a los decisores políticos de las instituciones y a los organismos en los cuales se prestan servicios.

La impotencia, originada a partir de la falta de respuestas ante un peligro invisible y desconocido y, por lo tanto, inaprensible, desorganiza y reorganiza las construcciones subjetivas. Consolida también aquellas percepciones que sitúan la responsabilidad de la tragedia por fuera del sujeto, al mismo tiempo que disocia aquellas que concientizan sobre lo que dimos en llamar la *radical novedad*. El término «radical» se refiere al carácter de una amenaza que abarca a toda la especie humana, dominante y evolucionada tecnológicamente y que no reconoce geografías ni fronteras. En el umbral del acceso al conocimiento «infinito», de forma repentina, la especie humana en su totalidad se ha visto amenazada.

El concepto «**novedad**» hace alusión a la coyuntura de la imposibilidad de actuar con independencia y libertad —en principio adquiridas y dadas— sin ponerse en peligro o poner en riesgo al semejante. Sin sitio a donde ir, la sociedad planetaria no puede planificar cuándo finalizará la radical novedad... Sólo puede velar la impotencia.

Debido al contexto de incertidumbre, notamos que a las contradicciones propias e interrogantes preexistentes de los participantes se sumaron problemas vinculados a todos los factores antes mencionados, lo que produjo una exacerbación de las críticas a las carencias estructurales en los servicios brindados por cada institución, como así también de los protocolos preventivos para enfrentar la pandemia.

CQC prestó especial atención a estas situaciones críticas, a nivel profesional, individual e institucional, teniendo en cuenta la posibilidad de encontrarse con el obstáculo de la desconfianza a participar en grupos de esta naturaleza. En relación con este punto, uno de los participantes manifestó:

«... se es reticente a participar por la poca tolerancia a la opinión. La medicina se justifica con la ciencia, lo demás...».

No ajeno a esta situación, el equipo de coordinación incluyó lo inesperado como un factor operante, en especial en el trayecto inicial, para consolidar la pertenencia grupal. En el diseño de las intervenciones se ha priorizado encontrar un equilibrio razonable, que permita identificar los obstáculos para cada momento grupal.

También se consideró necesario diferenciar las distintas expresiones de los integrantes como emergentes o portavoces grupales vinculados al desgaste laboral, de aquellas que referían a una situación particular, que, aun vinculadas al área laboral, aludían a situaciones personales y preexistentes. De todas formas, se acompañó la elaboración de algunas de las dificultades previas, que facilitara el abordaje de las complejidades que afrontaban los participantes de los grupos por efectos de la pandemia y de la cuarentena.

El criterio de aislamiento social, preventivo y obligatorio distanció vínculos familiares, lo cual derivó muchas veces en estados de ansiedad o tristeza y, además, sumó un factor común a ese momento: la lejanía real y geográfica de los primeros focos de contagios y de la letalidad del virus. Todos los temores por el contagio propio y de seres queridos o allegados era aún un porvenir, en las dos acepciones del término. Si bien se empezaban a configurar las dimensiones de los riesgos, eran conjeturas formales e informales.

El segundo momento de este período corresponde al progreso en la integración vincular de los participantes en los grupos virtuales. Ello facilitó ahondar en las herramientas propias con que cada integrante contaba para comprender y tramitar, afectiva y emocionalmente, los momentos reales en los que un paciente o una persona cercana padecía las consecuencias del contagio.

Una vez recorrido este trayecto inicial, surgieron en el equipo de coordinación los interrogantes intrínsecos a la experiencia en el marco de la **radical novedad**. La necesidad conceptual y metodológica de la presencia y del «cara a cara», que tradicionalmente signa la práctica en la atención de psicopatologías, debió ser resignada, en parte y en general, en el trabajo con grupos desde los diversos marcos teóricos.

En el caso de CQC, que utiliza las reuniones de grupos mediante las tecnologías virtuales, surgieron en el equipo de coordinación los siguientes interrogantes: ¿qué

podemos decir de la modalidad virtual, al momento de evaluar su incidencia en la integración grupal? ¿Facilitó a los participantes el despliegue de aspectos más íntimos ante las dificultades que padecían? ¿Contribuyó a disminuir y/o mitigar las dificultades emocionales? La intimidad del ámbito que cada participante eligió para conectarse, ¿favoreció el propio proceso de seguridad y confianza psicológica personal?

Si bien la pantalla del dispositivo con el cual se conectaba cada integrante podía mostrar la presencia de los otros, ¿de qué modo colaboraba esa presencia virtual en favorecer la vinculación intragrupo? Y esta vinculación, ¿propició lograr el objetivo de saneamiento de rol?

Corresponde también mencionar que la modalidad virtual ofrece alternativas técnicas, que facilitan el seguimiento de actitudes, emociones y sentimientos incómodos de expresar. Así, la anulación de la cámara, el audio o la desconexión inesperada atribuible a un factor externo y técnico, ¿facilita u obstaculiza la consecución de la tarea grupal?

Período agosto-octubre de 2020

En este nuevo período, a los ciento cincuenta días de declarada la emergencia sanitaria, habiéndose prolongado y flexibilizado las medidas de aislamiento social y obligatorio, surgieron aspectos novedosos, nutridos de la diversidad y origen de los grupos de CQC.

El grupo inicial —conformado por trabajadores de la salud y personal en general— que había comenzado con las reuniones virtuales en abril del año 2020 solicitó que se prosiguiera con la modalidad de reuniones semanales, ante la propuesta del equipo de coordinación de que fueran cada 14 días. La expresión «... *es esperado el espacio de los sábados...*», utilizada por varios de sus integrantes, tomó el carácter de portavoz grupal y como tal fue interpretada, continuando con la modalidad semanal. Algunos integrantes de este grupo, y luego de otros grupos, manifestaron el carácter de las reuniones grupales como «... *grupos de psicoterapia... grupos de reflexión... grupos de contención... grupos de supervisión...*».

El haber constituido grupos con trabajadores del área de salud y del área social casi en proporciones similares posibilitó acceder tanto a puntos en común como a diferentes aristas en lo que respecta a abordajes y concepciones ante circunstancias de contexto compartidas socialmente.

Así, en el área salud, la sobrecarga de tareas o la cancelación de licencias vacacionales intensificaron el desgaste personal, incrementado por los contagios en colegas o el deceso de muchos de ellos. En el transcurso de octubre (principal-

mente a mediados de mes) se observó un aumento de los contagios, lo que situó a nuestro país en el 5° lugar en el ranking mundial de contagios. Sin embargo, la noticia de que el 80,59% de pacientes se recuperan no ha sido reconocida como un logro de los equipos abocados a ese menester. El equipo de coordinación llevó esa comparación al debate grupal, que no logró revertir el clima de desasosiego ante la situación inédita de ser **médico, paciente y persona en riesgo simultáneamente**.

El sentimiento de culpa y responsabilidad ante la posibilidad de ser transmisores es expresado por un integrante médico: *«... lo que nos está poniendo mal es que si bien estábamos híperalertas, eso sucedía afuera y ahora nos está pasando... No fuimos inteligentes... Estamos con dificultades para manejar nuestra propia ansiedad... también lo estamos viviendo de cara a la gente... Somos la cara visible del sistema y la gente se enoja con nosotros...»*.

Como se mencionó anteriormente, «la revelación de intimidades y profundidades, en un ámbito no demandado ni contratado para eso...» fue un obstáculo de compleja remoción y, «... al ser interpelada, se pone en riesgo a la institucionalidad en cualquiera de sus niveles y, con ello, se agravan los fundantes miedos a ser despojados de identidad, sustentos y pertenencia», como otro atasco que entorpece su elaboración.

Esta revelación no fue en sí misma un hallazgo, pero sí lo fue para la reformulación de encuadres que permitieran institucionalizar el concepto de «Cuidar a Quienes Cuidan», para ampliar sus alcances e integrar los conocimientos y saberes clínicos que coadyuvan a esa elaboración, cuyo fin es evitar el desgaste del rol y la sobresaturación por situaciones tensionantes omitidas o negadas.

En cuanto al área social, los grupos se conformaron con operadores de territorio, profesionales, técnicos y personal de atención en general, que se desempeñan en organismos dependientes de un gobierno provincial, en dos casos, y de un gobierno local, en otro.

En el desarrollo del PLAN, se anticipó la necesidad de un trabajo de intensa articulación y *feedback* permanentes entre los decisores políticos y los equipos territoriales, que requieren de apoyo y una actualización permanente del rol.

En el caso del servicio que fue solicitado por un organismo del gobierno provincial, la articulación previa con las autoridades y con los niveles directivos resultó decisiva para la conformación de los grupos. Debido al trabajo semanal con estos últimos¹⁵, fue posible construir confianza con el equipo de coordinadores y el espacio mismo. En este punto, es necesario enfatizar que la cultura institucional en la función pública

15 Durante el primer período, las reuniones fueron cada semana.

está atravesada por múltiples y variadas tensiones, originadas en las relaciones interpersonales y en las directivas administrativas, influenciadas a su vez por los planes políticos de la gestión gobernante, por las exigencias y demandas del público, por las políticas gremiales y el grado de complejidad de la tarea específica.

En el caso que se toma de ejemplo, se trata de hogares de acogida para niños/as hasta 12 años y adolescentes mujeres de hasta 18 años. La tarea de cuidado está a cargo de 8 a 10 personas por turno, con 3 turnos en total. El grupo que participó en CQC estuvo conformado por 20-25 personas, integrado por psicólogas, trabajadoras sociales, referentes de salud y educación, operadoras y cocineras que acompañan a las jóvenes cumpliendo horarios rotativos. La tarea específica es cuidar y acompañar la educación que imparte la escuela pública, hacer el seguimiento de la salud de cada una de las jóvenes según las indicaciones del servicio médico público al que concurren, hacer el seguimiento a la atención psicológica en los casos sugeridos por el equipo técnico —el cual realiza las correspondientes derivaciones a profesionales de la salud mental del hospital público— y dar seguimiento a las circunstancias judiciales bajo las cuales las jóvenes están alojadas. Estas son las tareas más significativas y específicas, además de las diarias, como acompañar los hábitos de cuidado personal y la elaboración de las dificultades objetivas y subjetivas de cada joven, considerando también el vínculo que entablan con el equipo. Esta descripción pormenorizada pretende entregar una dimensión cabal de la suma de tensiones que transversalmente afectan a un equipo que se desempeña con personas en situación de carencia y vulnerabilidad.

Otro caso a destacar es el grupo conformado por operadores de territorio, profesionales, técnicos y personal de atención en general de un gobierno local, en una jurisdicción con vastos sectores de población vulnerable y en situación de riesgo extremo debido al cierre de pymes que eran importantes fuentes de trabajo en esa zona. El nivel de formación de los integrantes del grupo evidenció en el inicio escasas dificultades ante la emergencia sanitaria. Sin embargo, durante el proceso iniciado con CQC surgieron los conflictos latentes intravinculares e institucionales actuales y preexistentes. Se verificó que las decisiones de los directivos para que los equipos participaran en CQC obstaculizaron al inicio el encuadre para propender a la creación de un ámbito confiable y seguro.

En ambos casos, la pandemia y el aislamiento social obligatorio trastocaron las dinámicas habituales y normadas, tanto en el área social como en la de salud. A partir de la experiencia con estos grupos en particular, nos hemos dado cuenta de la necesidad de un servicio de las características de CQC, corroborando el beneficio que este conlleva. El impacto favorable se refleja en palabras de los participantes:

«... es notable el bienestar grupal al finalizar cada reunión...» (expresión que surge en casi todos los grupos)

«... pude darme cuenta de mi colapso laboral y pedir una licencia “reparativa”, término que surgió en el grupo y al cual estoy muy agradecida porque me permitió comprender ese aspecto no contemplado en la emergencia...» (testimonio de una médica de hospital público de provincia)

A modo de reflexión final, el equipo de coordinación se cuestionó: ¿es un grupo terapéutico? ¿Es un grupo de capacitación? ¿Es un grupo de revisión clínico técnico? ¿Es un grupo de reflexión? ¿Es un grupo de contención?

Ninguna de estas definiciones describe el sentido y el carácter de los grupos que propone CQC, porque se trata de una modalidad en la que su marco lógico se constituye a partir de una **novedad radical**, como es la pandemia, en circunstancias específicas para un mundo globalizado y altamente vinculado por redes sociales virtuales.

Entonces, no es un grupo psicoterapéutico, porque ni su objetivo ni su tarea son la cura propiamente dicha de psicopatologías. Tampoco es un grupo de supervisión cuya tarea es la revisión de casos y aportes en consecuencia, ni una capacitación clínica teórica o técnica. La reflexión, como acción de volver atrás, implica advertir sobre alguna materia en la que prima el conocimiento previo y contención refiere a sujetar el movimiento o el impulso derivado de otra acción. Definiciones y sentidos que en ambos casos dan cuenta de dinámicas grupales y de su posible utilidad para otros contextos u objetivos.

Los grupos de CQC invitan a tomar cartas nuevas, porque la tarea es tratar específicamente los efectos que la pandemia, en los modos y protocolos con los que se intenta detener la propagación del virus, produce en la trama vincular social y laboral de sujetos que en su desempeño atienden, asisten o tratan a personas que, directa o indirectamente, están afectadas por COVID-19, sea en el área de salud o en el área social, con extensiones y alcances al resto de las áreas. La trama social y laboral incluye, de modo indispensable y necesario, las afectaciones intervencionales dentro de las estructuras institucionales en las que se desempeñan, con las connotaciones jerárquicas involucradas.

El objetivo principal en los grupos de CQC es comprender y mitigar la repercusión, los efectos y las consecuencias de una enfermedad que afecta por igual a casi toda la población mundial e interviene de un modo singular, aún inacabado, en la compleja trama existente a nivel sociopolítico, institucional, económico y cultural, en cada sujeto y en los colectivos que este integra.

Han sucedido, y aún ocurren, en cada uno de los grupos de CQC, circunstancias externas a esos objetivos que motivaron su existencia. La calidad y

densidad de esos episodios personales, sociales, laborales, económicos y/o políticos son factores que se suman al análisis conjetural del tema dominante: la incertidumbre, el temor al contagio y a la muerte de los seres cercanos y de ellos mismos. Esta incidencia en el acontecer de los vínculos surge en cada integrante dentro de los grupos, por lo cual su tratamiento cobra jerarquía en las dinámicas propuestas.

Estos factores exigen al Equipo de Coordinación transitar un escenario de borde dramático similar a un desfiladero con abismo a ambos lados de la cornisa. En uno de los abismos, aguardan a ser despertadas las historias que constituyen al sujeto, y la pendiente que supone ese vacío, la revelación de intimidades y profundidades, en un ámbito no demandado ni contratado para eso. Al otro lado del desfiladero, se presenta el vacío donde se pone en riesgo la institucionalidad en cualquiera de sus niveles, por ser interpelada, y con ello, se agravan los fundantes miedos a ser despojados de identidad, sustentos y pertenencia.

La preexistencia a la **radical novedad** de todos estos aspectos constituyentes de los sujetos y las estructuras institucionales es y acontece en simultáneo con el disgusto de haber perdido el bienestar pasado, bajo la sospecha de que ese estado no volverá, sintetizado en el acuciante interrogante: «¿por qué a mí?».

Entonces, es indeclinable que al construir un marco teórico nuevo, se contemple y dé apertura a la múltiple complejidad de sucesos existentes y preexistentes, que permita elaborar las transformaciones en este contexto incierto, de aquello que se da en llamar **burn out**. Requiere, además, revisar y verificar la flexibilidad, así como la vigencia, de encuadres metodológicos, dispositivos y herramientas dramáticas, realizando un minucioso desentramando de los escenarios que *hacen escena* en cada reunión y en cada grupo.

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PARTICIPANTES ACERCA DE LOS ENCUENTROS DE CUIDAR A QUIENES CUIDAN

Al igual que el análisis de datos presentado, acerca de la población participante en los encuentros de CQC, el presente anexo tiene como objetivo brindar un análisis cuantitativo, a partir de los datos obtenidos del formulario de evaluación que han completado los participantes. El mismo se ha implementado con forma de cuestionario, a través de afirmaciones vinculadas a la opinión acerca del desarrollo de los encuentros virtuales y del desarrollo del equipo de coordinación.

Dicho cuestionario fue diseñado con rigurosidad metodológica, para poder sondear las variables principales, que luego nos permitieran realizar un diagnóstico inicial acerca de la opinión y experiencia de quienes participaron de los encuentros. Las afirmaciones incluidas en el cuestionario son cerradas, a fin de hacer una medición estadística de los datos generales, exceptuando las dos últimas, que son preguntas abiertas. La implementación se realizó bajo una modalidad autoevaluativa, con afirmaciones que nos permitieran evaluar el grado de acuerdo (1. En desacuerdo, 2. Poco acuerdo, 3. De acuerdo, 4. Muy de acuerdo, 5. Ns/Nc) acerca de la duración, utilidad, periodicidad, confianza, utilidad y obstáculos de los encuentros y del equipo de coordinación, con el fin de evaluar si los objetivos fueron cumplidos, el diálogo, cómo se desarrollaron los encuentros, entre otros.

La encuesta autoadministrada fue diseñada y enviada a cada uno de los grupos que participaron de Cuidar a Quienes Cuidan. El universo (quienes respondieron la encuesta del total de participantes) estuvo compuesto por un total de 55 personas que asistieron a los encuentros virtuales de *Cuidar a Quienes Cuidan*.

Al igual que en otros programas similares, la participación fue fluctuante, con egresos e ingresos de nuevos participantes. Esto se debió, en parte, al avance de los grupos y a que se logró dar respuestas a los estados emocionales más angustiosos.

1. Análisis de la valoración de los participantes acerca de los grupos de Cuidar a Quienes Cuidan

Para abordar el presente análisis, las respuestas fueron agrupadas, en primer lugar, de acuerdo con la institución donde desarrollan su actividad profesional y, en segundo lugar, según el área a la que corresponde cada institución, a saber: área salud, área social, grupo heterogéneo.

Área social: Hogar Yampai, Hogar Amancay, Hogar Tres de Febrero, que en conjunto representan el 54% de la población.

Área salud: Hospital Dr. Perrando (Chaco), Hospital Público Materno Infantil (Salta), Hospital Materno Infantil Teresa Luisa Germani (Laferrere, Pcia. de Buenos Aires), que en conjunto representan el 37% de la población.

Grupo heterogéneo (participantes de los sábados): pertenecientes a distintas instituciones y sectores del país, que representan el 9% de la población.

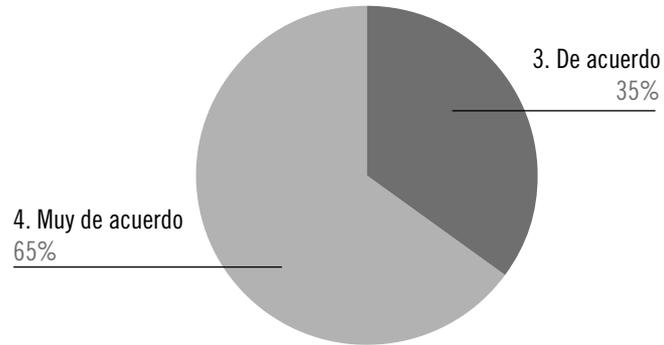
1.1. Los encuentros fueron una pausa en la labor cotidiana y se constituyeron en un momento esperado

En lo que respecta a los grupos del área de salud, más del 60% afirmó estar muy de acuerdo (un 35% afirmó estar de acuerdo también) en que CQC cumplió con el objetivo de ser una pausa en su labor cotidiana, ofreciendo un espacio favorable para expresar las situaciones y emociones de cada uno, como consecuencia de la situación de pandemia y/o por la atención de personas afectadas.

En cuanto al grupo del área social, más del 60% de los participantes expresaron estar de acuerdo sobre esta cuestión. No obstante, al mirar las estadísticas de manera individual, y no por área, es importante mencionar que uno de los grupos que comprenden el área social manifestó estar poco de acuerdo (62,5%) con que los grupos hayan sido una pausa en la labor cotidiana.

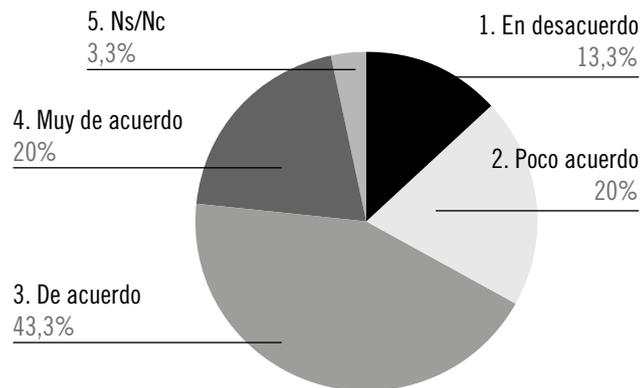
Finalmente, el 60% del grupo heterogéneo afirmó estar de acuerdo.

GRÁFICO 1. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SALUD EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS FUERON UNA PAUSA EN LA LABOR COTIDIANA»



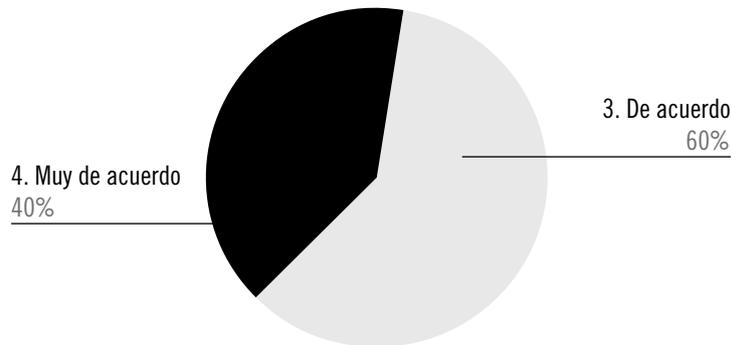
Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 2. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SOCIAL EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS FUERON UNA PAUSA EN LA LABOR COTIDIANA»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 3. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL GRUPO HETEROGÉNEO EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS FUERON UNA PAUSA EN LA LABOR COTIDIANA»

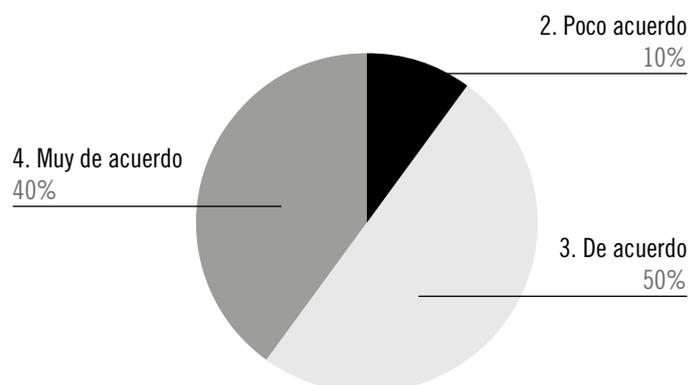


Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

Luego se les pidió a los participantes que expresaran su valoración acerca de si los grupos se habían constituido en un momento esperado. Las respuestas arrojaron que quienes participaron en instituciones dentro del área de salud manifestaron estar de acuerdo (40% muy de acuerdo y 50% de acuerdo) en dicha afirmación y quienes están agrupados dentro del grupo heterogéneo expresaron una opinión similar a los participantes del área de salud (40% muy de acuerdo y 60% de acuerdo), mientras que quienes participaron en instituciones dentro del área social expresaron su grado de acuerdo (26,7% muy de acuerdo y 43,3% de acuerdo) y un leve desacuerdo también (20% poco de acuerdo).

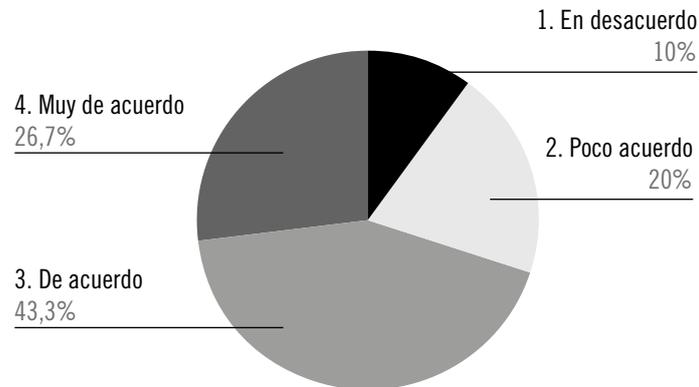
Este último dato se puede deber a que si bien son instituciones que han sido atravesadas por la temática del COVID-19, no son instituciones que se encuentren en los cuidados directos del mismo, como sí sucede con las instituciones del área de salud.

GRÁFICO 4. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SALUD EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «SE CONSTITUYERON EN UN MOMENTO ESPERADO»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 5. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SOCIAL EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «SE CONSTITUYERON EN UN MOMENTO ESPERADO»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

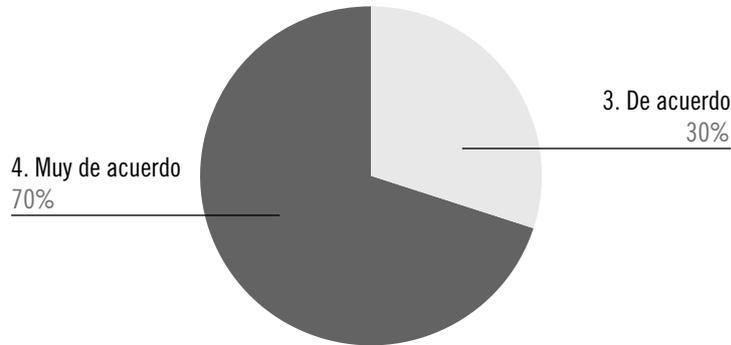
1.2. Los encuentros ofrecieron un espacio y un tiempo en donde se pudieron expresar las situaciones y las emociones de cada uno, como consecuencia de la situación de pandemia y/o por la atención de personas afectadas

En los siguientes gráficos se presenta la valoración de los participantes de los grupos del área de salud (gráfico 6), del área social (gráfico 7) y del grupo heterogéneo (gráfico 8). El primer grupo manifestó estar de acuerdo (70% muy de acuerdo y 30% de acuerdo) en que los grupos ofrecieron efectivamente un espacio en donde poder expresar situaciones personales que hubieran surgido o se hubieran acrecentado como consecuencia de la situación de pandemia.

En cuanto a esta afirmación, los grupos correspondientes al área social respondieron estar de acuerdo también (36,7% muy de acuerdo y 53,3% de acuerdo).

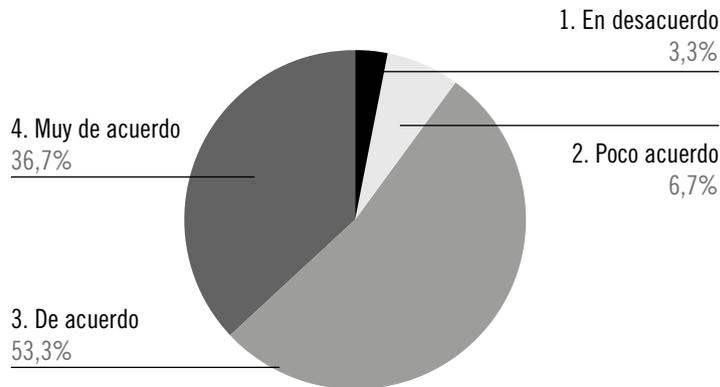
El 80% de los participantes del grupo heterogéneo manifestó estar muy de acuerdo con dicha afirmación.

GRÁFICO 6. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SALUD EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS OFRECIERON UN ESPACIO Y TIEMPO, EN DONDE SE PUDIERON EXPRESAR LAS SITUACIONES Y LAS EMOCIONES DE CADA UNO, COMO CONSECUENCIA DE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA Y/O POR LA ATENCIÓN DE PERSONAS AFECTADAS»



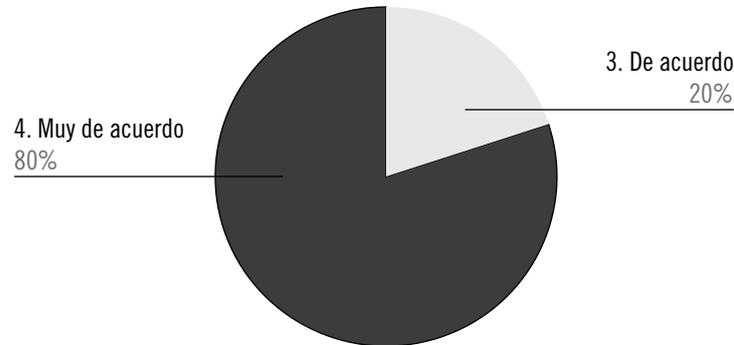
Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 7. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SOCIAL EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS OFRECIERON UN ESPACIO Y TIEMPO, EN DONDE SE PUDIERON EXPRESAR LAS SITUACIONES Y LAS EMOCIONES DE CADA UNO, COMO CONSECUENCIA DE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA Y/O POR LA ATENCIÓN DE PERSONAS AFECTADAS»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 8. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL GRUPO HETEROGÉNEO EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS OFRECIERON UN ESPACIO Y TIEMPO, EN DONDE SE PUDIERON EXPRESAR LAS SITUACIONES Y LAS EMOCIONES DE CADA UNO, COMO CONSECUENCIA DE LA SITUACIÓN DE PANDEMIA Y/O POR LA ATENCIÓN DE PERSONAS AFECTADAS»

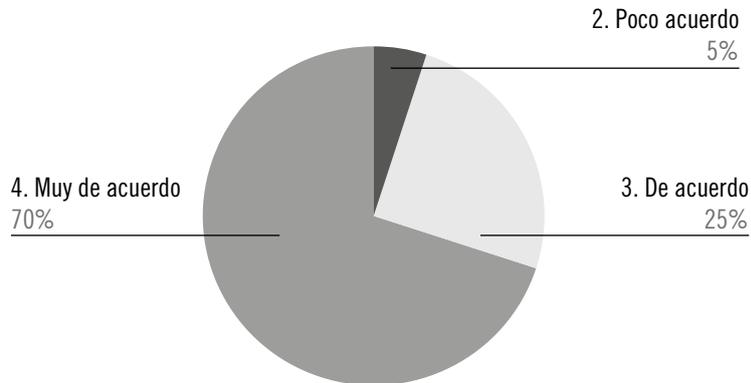


Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

1.3. Los encuentros crearon un clima de confianza que facilitó el diálogo

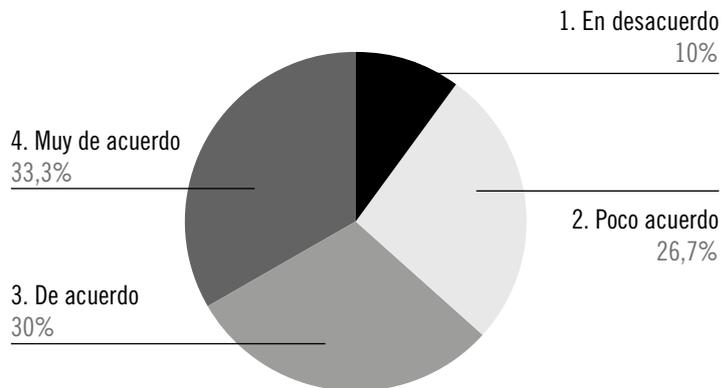
A continuación se presentan las valoraciones de los participantes de instituciones del área salud (gráfico 9), de los cuales el 70% manifestó estar «muy de acuerdo» en que los encuentros de CQC han logrado crear el clima de confianza necesario para facilitar el diálogo e intercambio entre participantes. Más del 70% de los participantes del grupo heterogéneo manifestó estar de acuerdo con dicha afirmación. Por otro lado, el 33,3% de los encuestados de instituciones del área social manifestó estar «muy de acuerdo» y el 30% «de acuerdo», aunque también se presentó un porcentaje significativo de participantes (26,7%) que están poco de acuerdo con dicha afirmación.

GRÁFICO 9. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SALUD EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS CREARON UN CLIMA DE CONFIANZA QUE FACILITÓ EL DIÁLOGO»



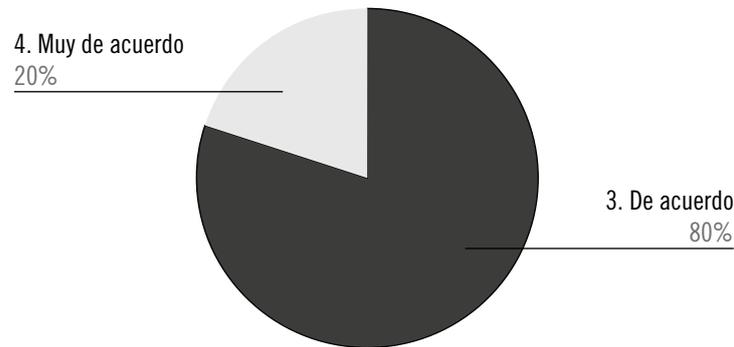
Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 10. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SOCIAL EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS CREARON UN CLIMA DE CONFIANZA QUE FACILITÓ EL DIÁLOGO»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 11. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL GRUPO HETEROGÉNEO EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN DE «LOS ENCUENTROS CREARON UN CLIMA DE CONFIANZA QUE FACILITÓ EL DIÁLOGO»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

1.4. El intercambio de ideas, experiencias y opiniones compartidas en el grupo te fueron útiles en lo personal y en lo profesional

Con respecto al intercambio de ideas, experiencias y opiniones compartidas en los grupos, más del 60% de los participantes del área de salud y del grupo heterogéneo (80%) manifestaron estar «muy de acuerdo» en que les fueron útiles en lo personal, mientras que el 63,3% de los participantes del área social respondió estar «de acuerdo» con dicha afirmación.

En relación con el plano profesional, más del 40% de los participantes de ambas áreas respondieron estar muy de acuerdo en que dicho intercambio les aportó en algún aspecto en lo profesional. Aunque es importante mencionar que al hacer una mirada individual por institución, encontramos que uno de los grupos que comprenden el área social manifestó estar poco de acuerdo (50%) en que dicho intercambio les haya aportado en algún aspecto en lo profesional.

Con respecto al grupo heterogéneo, el 60% respondió estar muy de acuerdo.

1.5. Encontré obstáculos o incomodidades en el desarrollo de los grupos virtuales

Asimismo, en cuanto a la pregunta de si encontraron obstáculos o incomodidades en el desarrollo de los grupos virtuales, el 68,4% de los participantes del área de salud manifestó estar en desacuerdo, es decir, que no encontraron obstáculos. Mientras que en los grupos del área social, el porcentaje de los participantes que manifestaron no haber encontrado obstáculos es similar (56,7%), aunque un porcentaje no menor (40%) consideró haber encontrado obstáculos en el desarrollo de los grupos virtuales.

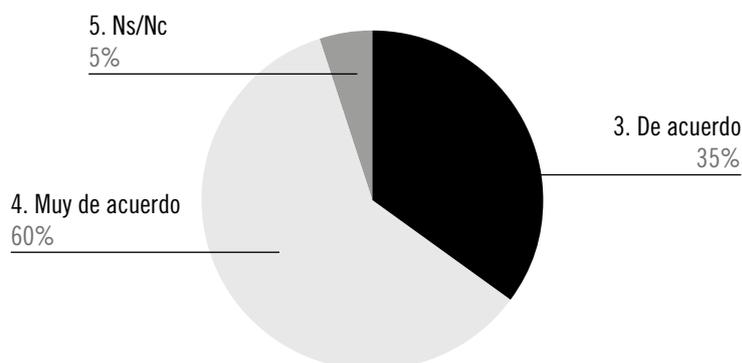
Entre quienes sí han encontrado obstáculos, les pedimos que los dejaran por escrito y encontramos que se presentaron obstáculos asociados a la presencia de funcionarios en el grupo, el desconocimiento del programa antes de empezar con los encuentros (vinculado a una imposición en la participación de los mismos por parte de autoridades de la institución) y los silencios prolongados durante los encuentros.

También se manifestaron obstáculos referidos a la conectividad y a la superposición del horario de los encuentros con otra actividad. En relación con el grupo heterogéneo, el 40% manifestó haber encontrado obstáculos en el desarrollo de los grupos virtuales, entre los cuales se encuentran los ya mencionados.

1.6. Continuidad del Programa «Cuidar a Quienes Cuidan»

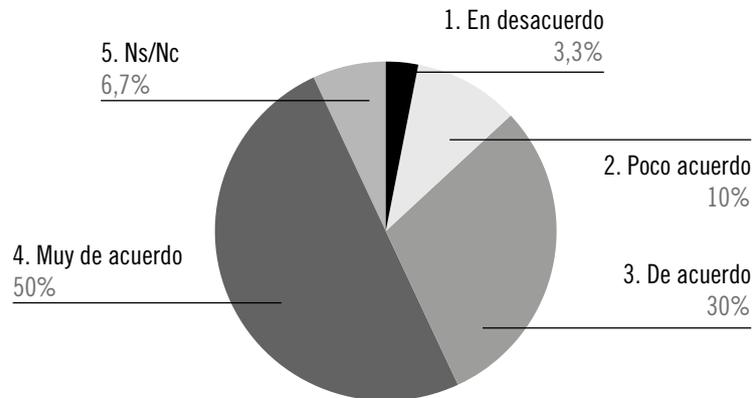
Es relevante el dato de que para más del 80% de los participantes de ambas áreas y del grupo heterogéneo, el programa «Cuidar a Quienes Cuidan» podría ser útil luego de finalizada la emergencia sanitaria. A continuación se presentan los gráficos de dicha valoración.

GRÁFICO 12. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SALUD EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN «EL PROGRAMA “CUIDAR A QUIENES CUIDAN” PODRÍA SER ÚTIL LUEGO DE FINALIZADA LA EMERGENCIA SANITARIA»



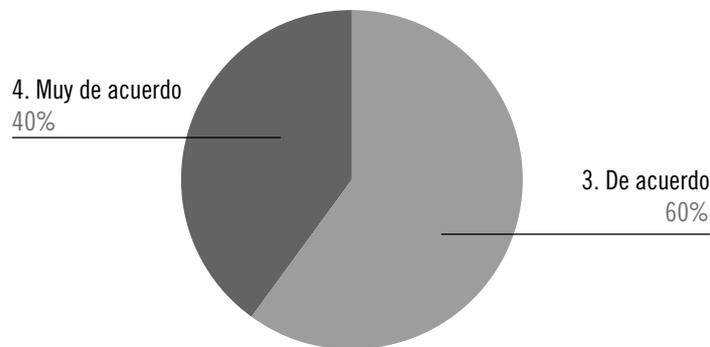
Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 13. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SOCIAL EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN «EL PROGRAMA “CUIDAR A QUIENES CUIDAN” PODRÍA SER ÚTIL LUEGO DE FINALIZADA LA EMERGENCIA SANITARIA»



Fuente: formulario autoadministrado diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

GRÁFICO 14. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL GRUPO HETEROGÉNEO EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN «EL PROGRAMA “CUIDAR A QUIENES CUIDAN” PODRÍA SER ÚTIL LUEGO DE FINALIZADA LA EMERGENCIA SANITARIA»



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

2. Análisis de la valoración de los participantes acerca del Equipo de Coordinación del Programa Cuidar a Quienes Cuidan

A continuación se presentan las estadísticas de las respuestas acerca de la opinión y experiencia de los participantes con el equipo de coordinación, a cargo de dos profesionales (Ps. Mario Mazzeo y Lic. Guillermo Vilaseca) que son externos

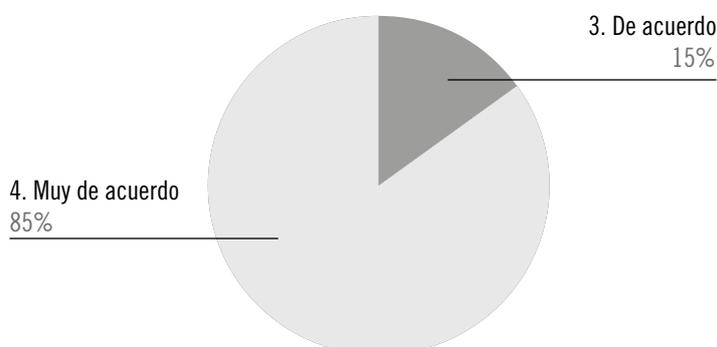
a las instituciones participantes. Para abordar el presente análisis, las respuestas fueron agrupadas de la misma manera que en el análisis del punto 1.

2.1. Fue adecuado que los grupos estuvieran coordinados por dos profesionales, que además son externos a su institución

Como ya fue mencionado, los encuentros estuvieron a cargo de dos profesionales externos a las instituciones que participaron en el programa CQC. Consideramos que dicha característica es un pilar fundamental y novedoso del programa ofrecido.

En los siguientes gráficos, se presenta la opinión de los participantes ante dicha afirmación, en donde se ve que el 85% de quienes participaron desde instituciones del área salud demostraron estar muy de acuerdo (y un 15% de acuerdo).

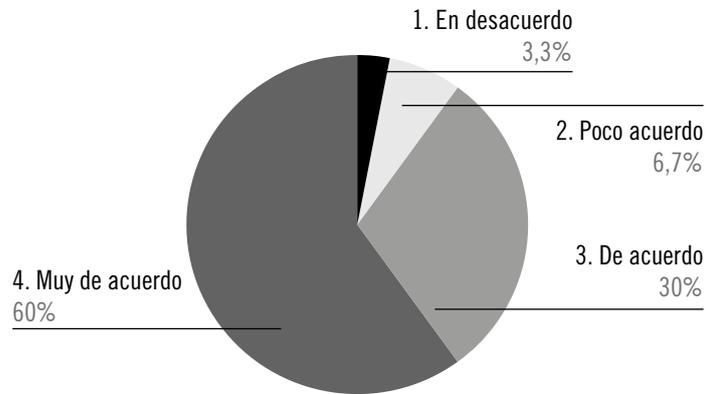
GRÁFICO 15. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SALUD EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN «FUE ADECUADO QUE LOS GRUPOS ESTÉN COORDINADOS POR DOS PROFESIONALES, QUE ADEMÁS SON EXTERNOS A SU INSTITUCIÓN»



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

Por su parte, el 60% de quienes participaron desde instituciones del área social manifestaron estar «muy de acuerdo» y un 30%, «de acuerdo».

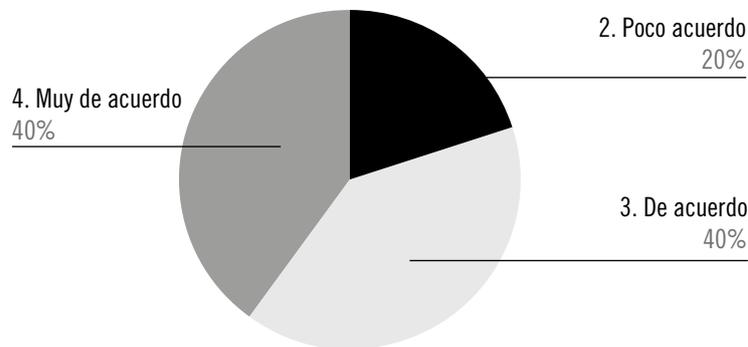
GRÁFICO 16. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA SOCIAL EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN «FUE ADECUADO QUE LOS GRUPOS ESTÉN COORDINADOS POR DOS PROFESIONALES, QUE ADEMÁS SON EXTERNOS A SU INSTITUCIÓN»



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

Finalmente, el 80% de los participantes demostró estar «muy de acuerdo» y «de acuerdo» con dicha afirmación.

GRÁFICO 17. RESPUESTAS DE LA POBLACIÓN DEL GRUPO HETEROGÉNEO EN RELACIÓN CON LA VALORACIÓN «FUE ADECUADO QUE LOS GRUPOS ESTÉN COORDINADOS POR DOS PROFESIONALES, QUE ADEMÁS SON EXTERNOS A SU INSTITUCIÓN»



Fuente: formulario autoadministrado, diseñado por la Asociación Civil Observatorio Social.

2.2. Objetivos alcanzados

Por otro lado, el 100% de los participantes del área de salud y del grupo heterogéneo (quienes no manifestaron ningún grado de desacuerdo) y el 80% del área social estuvieron de acuerdo en que el equipo de coordinación sostuvo los objetivos propuestos inicialmente.

Finalmente, el 100% de la población participante del área de salud y del grupo heterogéneo, y el 77% del área social, afirmaron que el equipo de coordinación favoreció el diálogo, la cooperación y ayudó a focalizar en la tarea del grupo. En lo que respecta a las instituciones que comprenden el área social, encontramos que el 50% de uno de los grupos consideró estar poco de acuerdo en que el equipo de coordinación haya favorecido el diálogo y la cooperación.

3. Análisis de las preguntas abiertas realizadas a los participantes de los encuentros de CQC

Con el fin de conocer la opinión de los participantes acerca de la duración y frecuencia de los encuentros, se les solicitó que respondieran la siguiente pregunta abierta en el formulario de autoevaluación: «¿Quisieras ofrecernos alguna sugerencia en relación a la duración y frecuencia de los encuentros o a la cantidad de integrantes de los mismos?».

En dichas respuestas encontramos que varios participantes manifestaron deseo de continuidad de los encuentros una vez finalizada la emergencia sanitaria, como así también su conformidad acerca de la frecuencia de las reuniones y el espacio que se brindó en las mismas.

«Que se siga después de que se levante la emergencia sanitaria.»

«Me gustaría que se pudiera seguir realizando, justo el hogar atravesó por un momento difícil y en lo personal lo encontré muy positivo.»

«Considero muy bien la duración y frecuencia, como la cantidad de integrantes establecida.»

«En relación a la frecuencia me pareció bien que sea cada 15 días; esto hizo que el encuentro sea más esperado (...).»

Finalmente, se dejó una pregunta abierta, en donde los participantes pudieron brindar sus sugerencias y críticas con respecto al programa y al equipo de coordinación. Concretamente, se les preguntó qué otros aspectos agregarían, incluirían, modificarían o suprimirían con respecto a la valoración del programa y del Equipo de Coordinación. Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

«Agregaría más dinámicas de distensión de grupos, más juegos.»

«A futuro podrían hacer encuentros por separado (educadores y dirección). Y alguna pregunta desde cómo la dirección vio al grupo luego de este tiempo compartido con ustedes. Porque los progresos fue-

ron notorios. Hay mucha gente que por cuestiones de haberse ido y estar en otro lugar manifestaron que les hubiera gustado seguir, por la catarsis que se hacía.»

«Para mí estuvo perfecto. Un buen acompañamiento en tiempos difíciles, con la espontaneidad de cada participante que promovió las diferentes dinámicas de cada reunión. Muchas gracias por el espacio.»

«Llegó en el momento justo, que fue cuando lo necesitaba; en todas las instituciones debe haber un espacio de escucha y catarsis colectiva como lo tuvimos. Gracias.»

«Lamentablemente nos llegó (no desde el Observatorio Social) como una actividad en la que sería “preferible” que participemos. Agregaría dinámicas y juegos para distender, permitir que los integrantes del grupo se conozcan mejor.»

LECCIONES APRENDIDAS

A octubre-noviembre de 2020, se ha verificado un aumento exponencial de los contagios en todo el territorio nacional, en donde el 55% de los casos se constatan en las provincias. Entre tanto, y paradójicamente, en algunos distritos se adecuan estrategias de apertura al aislamiento preventivo. Se presume, entonces, que la emergencia sanitaria ha de continuar y, con ello, situaciones novedosas referidas al estrés derivado de la atención de esa emergencia, lo que adverte la noción de proceso inacabado y que, por lo tanto, las lecciones aprendidas están sujetas a la evolución de la situación general.

Se han identificado premisas posibles de establecer como aprendizajes esenciales a tener en cuenta en los posteriores desarrollos del programa.

Se corroboró que la externalidad de la intervención del equipo de coordinación es determinante para la objetividad en las lecturas y en las devoluciones operativas hacia los grupos. La premisa de externalidad del servicio también aplica para la institución —el Observatorio Social, en este caso— que respalda el proceso. No ser parte de los diversos entretelados de tensiones y obligaciones que rigen para las estructuras organizacionales, tanto públicas como privadas, es una condición fundante, que construye la fiabilidad necesaria e imprescindible del espacio y el equipo.

Esta misma premisa también opera de modo contrario respecto de las estructuras directivas que aceptan el servicio. Antes se enfatizó como un obstáculo en los grupos la posible interpelación a las estructuras jerárquicas organizacionales y su repercusión en el trabajo específico de los grupos asistidos. Es por ello que el diálogo y la articulación entre las instancias directivas de la institución beneficiaria y la institución que respalda es esencial, tanto en la etapa previa a la implementación como durante la misma. El consenso, entonces, es condición indispensable para sostener el proceso y atender los riesgos emergentes de esa intervención.

Se reafirma también que la confidencialidad de lo tratado en las reuniones grupales es tan constituyente del programa como la externalidad citada. Esta condición significa que solo es posible operar e intervenir por parte del equipo de coordinación si se toma únicamente al acontecer y lo expresado en el espacio

grupal. Es también una característica fundante de la fiabilidad del proceso y del programa. La confidencialidad implica no brindar informes o comentarios sobre ese acontecer a los niveles directivos de la institución en la que se interviene.

La noción de proceso continuo e integrador es un postulado que enfoca la tendencia en los profesionales, técnicos y personal en general a disociar las situaciones críticas que les producen angustia, desazón o tristeza, en aras de asistir con eficiencia a las personas que sufren algún tipo de trauma, sea este físico o psicológico. Esta tendencia es uno de los factores que más influyen en la configuración de situaciones de estrés laboral. Por ello, instalar el principio de un proceso continuo e integrador alude a favorecer intervenciones que contribuyen a hilvanar las vicisitudes y eventos personales, laborales o contextuales, no excluyendo, sino incluyendo, aquellas emociones con más carga de malestar, inquietud o desasosiego que se presentan en la emergencia.

Si bien instalar la idea de proceso es deseable, se precisa para ello alinear otros factores de incidencia que se relacionan con el proyecto laboral e institucional de la organización en la que se interviene. En esta etapa de la emergencia sanitaria y de la crisis¹⁶ acaecida, con transformaciones aún no establecidas ni visibilizadas, en el tiempo real en el que se aplicó el programa, ha sido aceptable una adecuación mínima¹⁷.

Establecer la co-coordinación de los grupos a cargo de un equipo de dos profesionales se basó en la concepción de que los factores y circunstancias por los que atraviesan dichos grupos en su proceso son en su naturaleza diversos, complejos y con dinámica propia. El factor dominante en la crisis pandémica es la incertidumbre; pero al mismo tiempo, también existe la certeza implícita de una transformación de dimensiones no ponderadas aún. Esta suma, que despliega complejidades aún más existenciales, impone y exige comprensiones del entramado subjetivo puesto en juego en el mismo escenario de las reuniones grupales, no mediadas por un relato subjetivado en la supervisión de casos, sino comparti-

16 Dado que la palabra crisis es usada con diversos sentidos, es importante precisar a cuál de los sentidos se alude. **Gerard Caplan**, creador de la psiquiatría comunitaria, propone definir la crisis como «un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas». Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad de aprendizajes a partir del despliegue de la creatividad, para lo cual es fundamental contar con los «aportes» necesarios. El modelo conceptual se basa en la hipótesis de que, para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos «aportes», adecuados a las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo.

17 La frecuencia y la duración de las reuniones preservaron la noción de proceso, no así la cantidad de reuniones virtuales, que fue adaptada a la disponibilidad de los equipos en la emergencia.

das en el momento de la ocurrencia, de modo que la oportunidad de intervención operativa que realiza el equipo se vea enriquecida desde sus miradas diversas y complejas.

Marcos teóricos diferentes y experiencias profesionales distintas conjugan la mejor versión de un equipo coordinador.

Los interrogantes¹⁸ surgidos de la modalidad virtual presentan incógnitas todavía en proceso de revisión y análisis. Sí es posible afirmar que, como sustituto transitorio a las reuniones presenciales, facilita la disposición de un espacio íntimo y remoto a la vez, en el que se despliegan respuestas alternativas para mitigar las situaciones conflictivas que emergen. Es apropiado afirmar que amerita revisar encuadres y normas que contemplen las oportunidades de acceso a conectividad y herramientas audiovisuales de cada participante.

La gratuidad del servicio hacia el universo al cual se dirigió se encuentra en revisión y análisis, ya que se consideran las influencias de esta condición en las motivaciones de participación durante todo el proceso, así como en el encuadre grupal y la tarea común que se propone.

En sintonía con el punto anterior, establecer la oferta antes que la demanda, que para la materia que trata el programa es relevante que suceda a la inversa, fundamenta revisar antecedentes similares y confrontar alternativas.

Los factores preexistentes que inciden en las estructuras organizacionales, de carácter político-administrativas y gremiales, de índole profesional y técnica, en relación con las acciones específicas que se llevan a cabo en cada sector o servicio o de las características socioculturales y personales de cada integrante adquieren un alto valor en la formulación del encuadre del Programa.

El flujo de participantes en las reuniones muestra una tendencia decreciente en la medida en que el espacio grupal facilitó la catarsis, en el sentido de expulsar aquello que perturbaba y logró aliviar la tensión que provocaba. El proceso grupal sostenido logra, por lo general, el tratamiento de los obstáculos y su transformación hacia una adaptación activa de esa realidad.

18 ¿Qué podemos decir de la modalidad virtual, al momento de evaluar su incidencia en la integración grupal? ¿Facilitó a los participantes el despliegue de aspectos más íntimos ante las dificultades que padecían? ¿Contribuyó a disminuir y/o mitigar las dificultades emocionales? La intimidad del ámbito que cada participante eligió para conectarse, ¿favoreció el proceso de seguridad y confianza psicológica personal? Si bien la pantalla del dispositivo con el cual se conectaba cada integrante podía mostrar la presencia de los otros, ¿de qué modo colaboró esa presencia virtual en favorecer la vinculación intragrupo? Y esta vinculación, ¿propició lograr el objetivo de saneamiento de rol?

Anteponer la oferta, a pesar de que se identifique la necesidad y, con ello, la demanda, los factores preexistentes de todo orden y la gratuidad del servicio hacia los participantes son factores transversales que, en simultáneo o alternadamente, coadyuvan a interferir en el proceso grupal de afianzamiento del espacio en tanto transformador y creativo.

EVALUACIONES DEL PROGRAMA POR EXPERTOS Y PARTICIPANTES

El día 4 de diciembre de 2020 se realizó el Seminario de Intercambio de Experiencias, en el que participaron expertos de la Embajada de Gran Bretaña en Argentina, sumados a la Dra. Nora Turjanski, a la Dra. Alisha Clamente del NHS Royal Free London Hospital y a los participantes de cada uno de los grupos del programa Cuidar a Quienes Cuidan, como así también a autoridades de distintos organismos estatales instituciones públicas y privadas, entre otros.

A continuación se exponen los comentarios y evaluaciones de participantes y expertos, acerca del Programa Cuidar a Quienes Cuidan.

Dra. Karen Martel, neonatóloga del Hospital Dr. Perrando de la provincia de Chaco, participante en los grupos de Cuidar a Quienes Cuidan

Me invitaron a participar de los encuentros mis jefes inmediatos, al verme al borde del colapso. Personalmente me sentía exhausta, tratando de atender yo sola un volumen de pacientes que antes de la pandemia veíamos entre nueve médicos, concentrada todo el tiempo, tratando de evitar el contagio y de no cometer errores con los pacientes. Me quedaba muchas más horas en el hospital, y al regresar a casa no tenía ganas de nada, ni de hablar, ni de escuchar, no me quería levantar de la cama hasta el otro día. No podía pensar siquiera en la posibilidad de una licencia para descansar, sentía que no era correcto pedir vacaciones en medio de semejante caos, con tanta ausencia de personal. Hasta que escuché una palabra mágica en este grupo de contención: es necesario «repararse» para poder seguir ayudando a otros. Y escucharon mis jefes que participaron del encuentro. Y trataron de armar un equipo de colegas para que yo pudiera tomarme una licencia «reparadora» de siete días. Fui feliz. Volví a cocinar en mi casa. A sonreír para mis hijos y mi esposo. Y volví a empezar con más ganas que antes, sobre todo por sentir que fui importante para los que me veían trabajar sin descanso. No

participé de todos los encuentros. Pero aprendí algo para toda la vida y también para transmitir a otros miembros del equipo. ¡GRACIAS!

Lic. Roberto Candiano. Ex subsecretario SENAF. Argentina

La principal interacción sucedió entre la Dra. Nora Trujanski, del Departamento de Salud Mental del Royal Free London Hospital, de Londres, y los profesionales, técnicos auxiliares y personal en general de instituciones públicas del área de salud y del área social que participaron del programa Cuidar a Quienes Cuidan en Argentina, en el marco del programa «Llegar antes».

Lo que escuché me llevó a tres consideraciones reflexivas:

1. El abordaje médico de la pandemia exigió a los sistemas de salud recurrir a prácticas humanas de vinculación entre pacientes, familias y profesionales de la salud que superaron ampliamente los procedimientos habituales de vinculación, donde predomina una «distancia instrumental». Ello impactó fuertemente en las subjetividades de las/os profesionales y los llevaron a conectarse con situaciones emocionalmente «límite», lo que causó, en muchos casos, un estrés emocional, cuyo manejo institucional desnudó las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud.

2. En una sociedad cuya evolución está legitimando cada vez más la heterogeneidad y diversidad de intereses, culturas, posturas, orientaciones, identidades, etc., emergió una causa común de la humanidad que nos puso, en un tiempo récord, en un mismo espacio de incógnitas y necesidades de resolución en común. Lo diverso quedó como variable de un problema único de atención y sólo se lo reconoció como tal en relación con el problema emergente y dominante. Ejemplos de estas diversidades ponderadas fueron: personas mayores, personas con enfermedades preexistentes, personas que viajaron a..., personas que estuvieron con... En síntesis, las identidades culturales fueron superadas, por un lapso de tiempo, por los grupos de riesgo.

3. En el contexto antes descrito, resulta esperanzador y motiva un reconocimiento el hecho de que, tanto en el Observatorio Social de Argentina como en el Royal Free London Hospital de Londres, existan personas y profesionales que hayan podido ver, advertir y leer las necesidades de sostenimiento afectivo y emocional de las/os profesionales de la salud en la emergencia COVID-19 y, fundamentalmente, que hayan propuesto espacios de escucha y reflexión compartida. Qué gratificante resulta saber que hay personas que reconocen a otras en el lugar del sufri-

miento y la frustración y que se conecten con ellas en el momento y en el lugar, con las palabras y gestos suficientes para seguir de pie. ¡¡Mis felicitaciones!!

Mirta Graciela Fregtman, Lic. en Psicología UBA, terapeuta clínica, comunitaria y educadora

El viernes 4 de diciembre participé del Seminario de Intercambio. Ante todo, me resonaron palabras y conceptos tales como salud, escucha, expresión, emoción, afecto, colectivo, profesión, compartir, desamparo, contención, herramientas, fortalezas...

Durante el relato surgieron las siguientes ideas: cada sujeto es un entretretejido de otros, trama en la que participan historias individuales y colectivas, teorías, organismos, contingencias; que nadie se construye solo; que para cuidar hay que ser cuidado y para sostener, sostenido.

Que ser personal de salud es, en cierto modo, llevar adelante un rol materno y paterno y, además, permitirse ser hijo. Paterno por la toma de decisiones, el poner ley, normas, orientación, tratamientos a veces cruentos o infructuosos; materno, por la contención, el sostén y la mostración de una realidad; e hijo, porque se recibe, se aprende entre pares y siempre se necesita un hombro donde apoyarse o un interlocutor válido, y en este caso los grupos pudieron funcionar en los tres roles.

Algunas de las impresiones sobre el trabajo son:

La multiplicidad de herramientas utilizadas por el Equipo de Coordinación diversificó los accesos a las posibilidades de expresión y escucha de los participantes; expandió y enriqueció los saberes de los participantes mediante estrategias, para los que, si bien estaban ampliamente capacitados, debieron adecuarlas para una situación absolutamente novedosa como esta pandemia que estamos padeciendo.

Escucharon al colectivo de participantes. Trabajaron la diversidad produciendo un rizoma, acercando a colegas situados en tiempo y espacio lejanos, pero que convivían en el dolor y las situaciones límite, además de la incertidumbre de caminar en un terreno desconocido.

Frente a esa crisis, produjeron la emergencia de herramientas para enfrentarla, desde dentro de los grupos y desde cada uno o una.

Los participantes, acostumbrados a curar el cuerpo de otros, se vieron expuestos a poner los suyos, y eso los volvió conscientes de su vul-

nerabilidad, acentuado por la «caída» de muchos de sus compañeros y compañeras. Acá pudieron «contagiarse» y ser más fuertes por la compañía.

Considero que se cumplió ampliamente el impacto esperado de que las comunidades de profesionales de salud intervinientes se proveyeron de herramientas fortalecedoras, placenteras y operativas y pudieran transferirlas a sus otros espacios vitales y profesionales, poniendo asimismo de manifiesto lo imprescindible de estos abordajes en el ámbito cotidiano de la labor de quienes cuidan a otros, más allá de la emergencia.

APROXIMACIONES A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Luego de las lecciones aprendidas con la implementación de CQC durante el contexto de la pandemia de COVID-19, consideramos que hay algunos aspectos claves a resaltar, que sugerimos sean tenidos en cuenta en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, especialmente las vinculadas a las áreas social y sanitaria.

Las comprobaciones, surgidas del formulario de evaluación individual que cada uno de los participantes completó al finalizar el ciclo, confirman que aquellos trabajadores de servicios sanitarios o atención social que se desempeñan cotidianamente abordando problemas complejos brindando asistencia, contención y guía a los sectores sociales más vulnerables constituyen un eslabón fundamental en la efectiva aplicación territorial de políticas públicas de salud y desarrollo social.

El primer comentario es que el impacto de la pandemia es mucho más complejo y profundo de lo que aparece en la superficie. Los esfuerzos públicos —como es razonable— se han dedicado primordialmente a prevenir los contagios y curar sus efectos sobre la salud. A medida que avanza la experiencia, se pone énfasis en nuevas dimensiones, tales como el impacto sobre dimensiones de la salud pública debidas a la restricción en el acceso al sistema sanitario, los efectos sobre la dinámica familiar, la educación, etc.

Pero en la atención y resolución de estos problemas es obviamente central el rol de los trabajadores públicos, quienes se encuentran con problemas mucho más complejos, que ponen en tensión sus capacidades profesionales y emocionales. Dentro de esta población crítica, nuestro programa Cuidar a Quienes Cuidan ha abordado el apoyo a los profesionales que trabajan en los sectores más críticos en relación con la pandemia.

En este sentido, y con las evidencias recopiladas, es que podemos predecir la validez de la hipótesis inicial previa, que enuncia que algunos de los programas gubernamentales suelen ser poco efectivos, debido a que fallan en *el nivel de la implementación*. El impacto se amplía a través de los sujetos responsables de ejecutar las políticas públicas, cuando su labor es valorada y reconocida mediante espacios que les brinden apoyo y la posibilidad de reflexionar con sus semejantes acerca

de su práctica diaria. En este abordaje, se destacan valores humanos elementales, para que este ámbito logre su objetivo de aliviar las presiones de quienes dedican su vida a cuidar de otros: la cercanía, la empatía, el respeto y la confidencialidad.

También se ha constatado que el intercambio de las vivencias de estos profesionales y trabajadores que se encuentran en la primera línea de cuidados ante situaciones límite, a través de un ámbito de escucha de «uno a uno» en dinámicas grupales bajo un clima de intimidad, confiable y seguro, es efectivo cuando este servicio se realiza desde la externalidad (del grupo y de la institución) y cuando existe un decidido consenso con las autoridades de la organización en las estrategias de intervención.

Pero dado que los problemas derivados de la pandemia se van a mantener —y tal vez profundizar— en el tiempo, creemos valioso considerar la metodología CQC como una herramienta adaptable y replicable para trabajar sobre la prevención y anticipación de problemas escalables, en la medida en que brinda una posibilidad de alivio a la tensión acumulada que padecen dichos agentes, producto de las realidades complejas y dolorosas que atienden a diario. De esta forma, se fortalecen los vínculos entre los equipos de trabajo, se reaviva la motivación individual y colectiva, se renuevan las estrategias de abordaje, se incentiva la creatividad y se recicla la capacidad de empatía. Es así que, al favorecer la expresión y elaboración consciente de los obstáculos personales y vinculares, así como los que devienen de las estructuras institucionales en las que se desenvuelven, en un ámbito confiable y objetivo, permite potenciar a cada uno de estos trabajadores y, al mismo tiempo, el programa. Al prevenir y mitigar las cargas emocionales, psicológicas y físicas que conlleva el trabajo en territorio, se evita el desgaste de su salud, que puede repercutir negativamente en la implementación de los distintos servicios y programas.

Por último, la relevancia que ha cobrado CQC en el contexto de la emergencia socio-sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19, con una demanda creciente del servicio y con resultados favorables, nos permite sugerir que:

- Un programa como CQC tiene un carácter particularmente estratégico, con alcances en la post pandemia, en la atención de los problemas ya mencionados, durante coyunturas sociales de emergencia que acarrearán múltiples incertidumbres y temores que vuelven más compleja y estresante aún la tarea cotidiana de estos trabajadores de la salud y del área social.
- Los sistemas de apoyo preexistentes ciertamente no estaban estructurados para el grado de magnitud e intensidad requerido durante el momento inicial de la pandemia. Esos sistemas de apoyo y el programa CQC se desarrollaron

en forma diferente, en diferentes áreas, pero la mayoría tuvieron lineamientos generales parecidos, con participación desde adentro de la organización, así como desde afuera. Ambos sistemas de soporte fueron complementarios. La característica de CQC de ser un programa externo lo posiciona como recomendable.

- Incorporar el concepto de CQC en el diseño de las políticas públicas, tanto en el área de salud como en el área social, es impulsar definitivamente el paradigma de la cercanía en la efectiva aplicación territorial de políticas públicas de salud y desarrollo social.

BIBLIOGRAFÍA

- DEL CUETO, Ana y FERNÁNDEZ, Ana (1985). «El dispositivo grupal», en *Lo grupal 2*, Buenos Aires: Ediciones Búsqueda.
- DERRIDA, Jacques (2000). *La hospitalidad*, Buenos Aires: Ediciones De La Flor.
- FREUD, Sigmund (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*.
- HODGSON, J. y RICHARDS, E. (1982). *Improvisación*, Madrid: Editorial Fundamentos.
- KESSELMAN, Hernán y PAVLOVSKY, Eduardo (1989). *La multiplicación dramática*, Buenos Aires: Ediciones Ayllu.
- LEVY MORENO, Jacob (1978). *Psicodrama*, Buenos Aires: Ediciones Horme, 4ª edición.
- NASIO, Juan David (1996). *Cómo trabaja un psicoanalista*, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- PAMPLIEGA DE QUIROGA Ana (1986). «El concepto de grupo y los principios organizadores de la estructura grupal en el pensamiento de Enrique Pichon Rivière», en *Enfoques y Perspectivas en Psicología Social*, Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- PICHON RIVIÈRE, Enrique (1970/1971). *Del psicoanálisis a la psicología social. Tomos I y II*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- PICHON RIVIÈRE, Enrique y PAMPLIEGA DE QUIROGA, Ana (1970). *Psicología de la vida cotidiana*, Buenos Aires: Editorial Galerna.
- ROTHMAN, Ana M. y VILASECA, Guillermo A. (1992). «Una clínica grupal psicodramática templada en tiempos de crisis», *Revista Argentina de Psicodrama y Técnicas Grupales*, N° 8 y en *Revista Clínica y Análisis Grupal* N° 60. Madrid.
- SHAPIRO, Francine (2010). *Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares*, México: Editorial Pax México.

El Observatorio Social y la Fundación Konrad Adenauer, junto a la Embajada de Reino Unido en la Argentina, y las empresas Pan American Energy y el Grupo Sancor Seguros, han unido esfuerzos, esta vez ante la singular situación de pandemia por COVID-19 que afecta al mundo entero.

El Programa **Cuidar a Quienes Cuidan** es un programa que el Observatorio Social desarrolló dentro del Plan Llegar Antes. Promueve un nuevo paradigma en las políticas públicas del área social, con extensión al área de salud, al brindar acompañamiento clínico, técnico y emocional a profesionales, técnicos auxiliares y personal en general, priorizando la prevención y la anticipación en las estrategias de abordaje: el estar cerca en la atención uno a uno. Hemos producido este material para difundir el trabajo realizado en relación con los agentes de salud y del área social de diversas instituciones públicas y privadas de distintas regiones del país.



Somos una fundación política alemana, independiente y sin fines de lucro, comprometida con los principios del humanismo cristiano. Estamos al servicio del bien común y con nuestro trabajo contribuimos a garantizar y extender la paz, la libertad y el bienestar. Por ello, la cooperación internacional es, históricamente, uno de los campos prioritarios de nuestro trabajo. Promovemos el entendimiento internacional, la cooperación para el desarrollo y apoyamos la unificación europea. Llevamos adelante acciones para mantener la paz y la libertad en el mundo, colaboramos en el fortalecimiento de la democracia, la lucha contra la pobreza y estamos fuertemente comprometidos con la conservación del medioambiente. Tenemos un fuerte compromiso con la consolidación de las instituciones democráticas.

