

Empatía como eje de los cuidados. Repensando las políticas y prácticas de cuidado de la salud integral con perspectiva de género

Empathy as the axis of care. Rethinking Comprehensive Health Care Policies and Practices with a Gender Perspective

Mariela Verzero¹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i160.465>

Resumen

Este artículo surge del trabajo llevado a cabo en 2020 y 2021 como equipo interdisciplinario psicosocial en un hospital de alta complejidad de la localidad de Cañuelas, provincia de Buenos Aires, Argentina, durante la pandemia COVID-19, acompañando a personas internadas en las salas de cuidados intensivos y a sus familiares. La propuesta del presente trabajo apunta a resignificar las prácticas del cuidado de la salud integral de las personas, aplicando una perspectiva de género y derechos a la práctica hospitalaria. Desde esta experiencia, surge el postulado de la empatía como eje central de los cuidados.

Palabras clave: Empatía - Cuidados - Salud integral - Salud mental - Perspectiva de género y derechos.

Abstract

This article arises from the work carried out in 2020 and 2021 as an interdisciplinary psychosocial team in a high complexity hospital in the town of Cañuelas, province of Buenos Aires, Argentina, during the COVID-19 pandemic, assisting people and their families in intensive care rooms. The proposal of this work aims to give a resignification to the practices of comprehensive health care for people, applying a gender and rights perspective to hospital practice. From this experience, the postulate of empathy as the central axis of care arises.

Keywords: Empathy - Care - Comprehensive Health - Mental Health - Gender and rights perspective.

RECIBIDO 04/12/2022 - ACEPTADO 07/2/2023

¹Lic. en Psicología (UBA). Coordinadora de área en la Dirección de Niñez y Adolescencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Maestranda en Género, Sociedad y Políticas Públicas, FLACSO.

Correspondencia:

mariela.verzero@gmail.com



Introducción

Durante el período comprendido entre julio de 2020 y septiembre de 2021, que en Argentina estuvo signado por la primera y segunda ola de la pandemia por COVID-19, junto a la Lic. Tamara Bianni, trabajadora social, integramos un equipo profesional de abordaje de emergencias psicosociales, dedicado a situaciones de violencia por razones de género.

Según los registros del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) la primera ola de la pandemia abarcó las fechas comprendidas del 27 de febrero de 2020 al 1 de diciembre de 2020 con un rebrote de verano, del 2 de diciembre de 2020 al 16 de febrero de 2021 y la segunda ola, del 17 de febrero de 2021 al 10 de octubre de 2021.

Como equipo, fuimos convocadas a acompañar las situaciones de personas con COVID-19 internadas en las salas de cuidados intensivos de un hospital de alta complejidad de la localidad de Cañuelas en la provincia de Buenos Aires. Si bien la localidad no pertenece al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), la cual presentó la mayor concentración de casos de COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires, la misma se encuentra a pocos kilómetros del AMBA.

Durante el período antes especificado, la ocupación de camas superó el 80% y en el transcurso de los primeros ocho meses de 2021, pasaron por el hospital más de tres mil personas que se internaron en las diferentes áreas, 715 pacientes COVID (Cerrudo, 2021, Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner), muchas de esas personas fueron derivadas de otros hospitales del AMBA.

Inicialmente, nuestro equipo psicosocial, tenía por objetivo, responder a las situaciones de extrema vulneración que llegaban al hospital, pensado desde la lógica de la emergencia psicosocial para mujeres y diversidades en situación de violencia por motivos de género. Con la emergencia sanitaria en 2020 y 2021, y a partir de nuestra experiencia y formación en incidentes críticos, constituíamos el recurso humano más adecuado para la tarea de acompañar a las personas internadas y sus seres queridos. Aunque, en ese momento, dudábamos acerca de nuestra capacidad para afrontar el desafío, a causa de la incertidumbre que el COVID-19 trajo consigo.

Sin mediar racionalizaciones, y ante el calor de las vivencias subjetivas de personas en situación de vulnerabilidad extrema, internadas, sin contacto con sus familiares y en estado crítico, pasamos a la práctica, teniendo que cuidarnos y cuidar de ellas, de “lo desconocido”, así como de sus efectos y consecuencias, sin

tener siquiera una idea del cómo, pero contando con vivencias previas en cuidados, que nos proporcionaban la referencia experiencial. Nos encontramos utilizando nuestra disposición empática (Ministerio de Salud Argentina, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Bentolila, 2020), intuición y nuestros valores en el cuidado, siendo conscientes de que el paradigma médico hegemónico (Menéndez, 1987) que aún impera en las instituciones de salud, desalienta este tipo de prácticas, las juzga como “poco científicas” y nos compele a no involucrarnos con usuarias o usuarios del sistema de salud, a escindir la emocionalidad de la praxis.

Es desde la óptica de género y derechos humanos que pudimos visualizar que había que correr el eje, bajar y dar de nuevo respecto de los protagonismos en las instituciones “de salud”, que en este caso quizá debamos llamar “de enfermedad”, y que comprendimos que nosotras, nuestro equipo, al igual que todo el personal sanitario, no éramos héroes en la trama ficcional que parecía estar desplegándose, sino, más bien facilitadores y facilitadoras del más completo bienestar posible en esos que, quizás, eran los últimos días de vida de alguien o, sino, al menos unos muy difíciles para sí y sus seres queridos. Es desde nuestra mirada feminista, que pudimos pensar en que había que correr el eje de los cuidados hacia la empatía para dar protagonismo a las subjetividades deseantes que estaban frente a nosotras, las personas usuarias del servicio de salud y sus referentes afectivos.

Cuidar desde la empatía

Escribir sobre la pandemia COVID-19 en la actualidad puede parecer sencillo, sin embargo, no lo es en absoluto. La pandemia COVID-19 ha llevado a las comunidades e instituciones, a través de las personas que las integran, a repensar cada una de las prácticas instituidas. Las que continuaban establecidas, considerando haber sido interpelada nuestra sociedad por cuatro momentos de los movimientos feministas (Pulleiro, 2019), organizados en torno a la conquista de derechos civiles y sociales, y por unas cuantas décadas de un mundo globalizado, que nos compelen a resignificar la experiencia desde un pensamiento crítico. No es sencillo, ya que no ha pasado suficiente tiempo, pero por sobre todo, porque aún nos moviliza.

Los feminismos introducen la perspectiva de los cuidados (CEPAL, 2018), no sólo en el sentido del cuidado de la salud, sino también de la vida, como en el caso de los cuidados de niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad o personas adultas mayores,

valorizándolos. Rompiendo así con los límites de “lo privado”, ese ámbito donde se ha circunscrito el destino de muchas mujeres durante generaciones con el mandato de parir y criar como única alternativa posible. La ruptura de la barrera de lo privado se debe producir, no sólo para proteger a estas mujeres de lo que puertas adentro ocurría (como nuestro equipo se proponía inicialmente), abordando las situaciones de violencia por motivos de género (que durante la pandemia crecieron exponencialmente, en gravedad sobre todo) (ONU, 2020); sino también para otorgarle valor a su labor de cuidado. Pautassi (2018), nos propone pensar el cuidado como un Derecho Humano, no sólo como derecho a recibir cuidados sino también, a cuidar.

Es a partir de nuestra lectura feminista de la realidad que nos rodeaba que notamos que para cuidar, hay que poder ponerse en el lugar de la otra persona, pero que no basta con poder hacerlo en algún momento, sino que ello debe ser el punto de partida de toda estrategia de cuidado. “Cuidar desde la empatía” implica poner por sobre la satisfacción que nos puede brindar la reparación de aquello que consideramos roto (la de “salvar” o “curar”) o el reconocimiento personal en la profesión, las necesidades de la persona que tiene derecho a los cuidados. Franco Berardi (en Gago, 2007), define a la empatía como la comprensión erótica del otro, entender el deseo de las personas se corresponde con esta definición y se convirtió en nuestro objetivo. Comprender el deseo de esas personas afectadas por la enfermedad y el aislamiento, y promover un acercamiento al mismo.

Consideramos que la empatía debe ser el eje, el punto nodal de los cuidados, a diferencia del paradigma médico hegemónico, que ha puesto en el centro al saber tecnócrata. Y, dentro de éste, jerarquizado aquel que obedecía al método científico por sobre el conocimiento a veces ancestral, otras, del sentido común. También ha ponderado a la racionalidad por sobre la emocionalidad y la espiritualidad, la corporalidad sobre la psiquis, escindiéndose y separándose de eso “otro” y también del otro como sujeto, persona. Consideramos que recuperar la empatía, ver al otro como un todo que sufre, que siente, que tiene historia y que ama, hace que podamos recuperar el protagonismo de las personas en el transcurso y el devenir de su salud, de su enfermedad, de su bienestar y su dolor. Recuperar el deseo, otorgarle valor a su subjetividad.

Es así que cuando Karina nos pedía que le tomásemos la mano. Todos los días, un ratito, mientras ella estaba en posición de “autoprono”, es decir, pronada pero sin estar sedada, nos turnábamos para darle la

mano. Cuando vino a visitarnos recuperada y nos sacamos una foto, pidió que sea tomadas de la mano y esta solicitud, se resignificó como un símbolo de nuestra práctica.

Creemos que las personas somos historias, experiencias, lazos sociales, vínculos, emociones, valores, sentimientos, creencias y también, cuerpo. Es por ello que durante la primera ola de la pandemia, este equipo psicosocial, en conjunto con las áreas de cuidados intensivos, decidió acompañar a las familias que se encontraban atravesando la enfermedad en aislamiento, con una o más personas del grupo familiar internada en estado crítico, de una forma diferente a la que se adoptaba en la mayoría de las instituciones hospitalarias. Comenzamos a pensar un modo de comunicación y acompañamiento a pacientes internados con COVID-19 detectable en el hospital y a realizar llamadas de acompañamiento a las familias todos los días y videollamadas de conexión con los seres queridos desde las salas de internación, cuando nos fue posible.

Luego, acompañamos a los pacientes críticos y que atravesaban los últimos días de su vida mediante visitas presenciales de sus personas allegadas, aún cuando las visitas se encontraban restringidas, previo a que los protocolos nacionales y provinciales las habilitaran, diseñamos un procedimiento que pensamos interdisciplinariamente con las áreas de cuidados intensivos, el Comité de Ética del hospital y el Servicio de Control de Infecciones. Esto nos permitió que cuando Josefina, que es una mujer joven que está en pareja y tiene dos hijos de los que cuida habitualmente, despertó de la sedación luego de largos días en terapia intensiva, pueda estar acompañada de su padre. Josefina se comportaba como si fuese niña nuevamente, lloraba a los gritos diciendo “quiero a mi papá”, “me quiero ir”, la ayudamos a que pueda estar acompañada por él. Necesitar de otros no la hizo más débil y hoy cuida de sus hijos nuevamente.

Otro ejemplo de cuidados de la salud desde la comprensión empática y de los derechos de las personas se dió con Andrea, quien estaba embarazada, y junto con Waldo habían buscado y deseado ese embarazo. Durante su internación en UTI tuvo un aborto espontáneo y hubo que hacerle un legrado estando ella pronada, inconsciente y en estado crítico. Se recuperó luego de más de cien días de salir y entrar varias veces del “tubo” (respirador) y, por lo tanto, dormir y despertar. Nos preguntó cerca de seis veces, en diferentes despertares: “¿Y mi bebé?” Cada vez, nos dolía más responderle, aunque ya supiésemos lo que venía,

lo hicimos, las veces que lo necesitó y estuvimos con Waldo, las veces que no sabía qué decir. Ella tenía derecho a saber y ambos, a estar acompañados. Cuando Andrea estuvo recuperada, se encontró con Larisa, otra paciente que necesitó de cuidados intensivos y estuvo internada en simultáneo con su marido en el hospital, ya recuperada, quien la ayudó con la rehabilitación. Ambas lo compartieron con nosotras.

La metáfora bélica, crueldad a sublimar

Durante la primera ola nos atravesaron palabras, frases y significantes como: “estar en la trinchera”, “primera línea de fuego”, “guerra, combate o batalla contra el COVID”, “invasión de virus”, “fortalecer defensas”, “amenaza”, “eliminar el virus”, “enemigo invisible”, “vacunas como armas”. Frases y significantes que aluden a estar vivenciando una guerra, sentimientos de desvalimiento que afloran cuando lo desconocido e inesperado se presentifica y se vuelve real (Stolkiner, 2020). En lenguaje bélico nos propusimos “ganar una batalla”, pero ¿cómo ganar una guerra contra algo que no conocemos? ¿Cómo “contraatacar” lo desconocido? Saber nos sin herramientas, nos hace sentir sin fuerzas, desvalidos, en una encerrona trágica (Ulloa, 1988). Pero, en equipo, descubrimos nuestros valores, elaboramos vivencias y recurrimos a la intuición, para ir desarrollando otra manera de cuidar: cuidar desde la empatía.

Cuidar rescatando la empatía, implica revertir la paradoja con la que nos topamos al utilizar terminología bélica (que en la guerra, se pierde el humanismo, la condición humana). Implica, como Ulloa (1988) nos enseñó, revertir la crueldad que inviste los vínculos en un contexto de guerra simbólica, instituyendo la ternura, en sencillos actos empáticos de amor y cuidado. Creemos que la guerra es la pérdida del humanismo y, ante dicha realidad, este equipo necesitó sublimar el lenguaje bélico que invistió los vínculos, relaciones y las comunicaciones entre el personal de salud y sus pacientes, con ternura y empatía.

Además, realizando un recorrido histórico con los lentes de género, notamos que la guerra la hacen los hombres, los varones, y nos preguntamos qué lugar nos otorga la metáfora bélica en tiempos de COVID-19 a nosotras, las mujeres. Si ellos, son los que deben “armas tomar”, nosotras, ¿qué “debemos” hacer? En este sentido, aparece el rol estereotipado de la mujer como quien “cuida al guerrero”, quien “cura las heridas” para que el hombre siga la batalla, una vez más, tenemos el deber tácito de cuidar, de cumplir con el mandato social que nos fue asignado por el patriarcado.

Como mujeres, trabajadoras y feministas en un ámbito predominantemente femenino, donde quienes ocupan los espacios de poder y decisión fueron, y son, históricamente varones valiéndose del paradigma médico hegemónico, hemos transitado la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19, ocupando puestos sanitarios asistenciales y roles de cuidado en el hogar, sufriendo de esta manera una sobrecarga mental, desgaste físico y agotamiento por el contexto que atravesamos (OPS, 2021). Es importante mencionar al respecto, que las mujeres representamos más del 70% del personal de salud de la primera línea de respuesta y, a menudo, somos las principales proveedoras de atención domiciliaria y comunitaria. Además de las principales prestadoras de cuidados no remunerados. A pesar de lo cual, estamos infrarrepresentadas en los puestos directivos de las instituciones de salud (PNUD, 2018).

Algunas aproximaciones a una praxis enmarcada en una perspectiva de género y derechos y con la empatía como eje de los cuidados

Los y las pacientes para nosotras no son números, patologías o “covid positivo”, son personas que nos convocan, interpelan, así como sus familias, sus referentes afectivos. Cuidar desde la empatía es volver a humanizar las prácticas, aplicando una perspectiva de derechos y una mirada de género y diversidades. Es darle importancia a los actos sencillos, de las necesidades humanas más básicas, muchas veces por sobre intervenciones majestuosas fundadas en grandes teorías.

Miriam nos confrontó con la muerte. Fue una paciente del hospital a quien acompañábamos a diario, entre otras cosas, nos asegurábamos de que tuviera bastante agua y en particular, el agua saborizada que amaba. Tenía miedo a morir, tenía miedo de quedarse sin agua. A lo antedicho nos referimos al enunciar la necesidad de recuperar las necesidades humanas más básicas en el vínculo con pacientes. Miriam, nos contó un día, con la “CAFO” (cánula de alto flujo) colocada, que había tenido un sueño. Soñó que la forzaban a caber en jeans negros. Cuando le preguntamos con qué asociaba ese sueño nos dijo: “Un médico me dijo que me voy a morir porque yo soy gorda”. Visualizamos la violencia simbólica proferida contra ella y su cuerpo. Jeans como bolsas mortuorias. La forzaban a entrar allí. Cuando Miriam murió, nos vimos reflejadas en su sueño. Esos jeans bolsas mortuorias representaron para nosotras, los estereotipos en los que intentamos caber a diario, en los que nos quieren forzar a entrar utilizando

las violencias, entre otras cosas. No podemos escribir sin que rueden lágrimas en nuestras mejillas, sin pensar en el rostro de su hijo que en ese momento tenía 2 años y 8 meses y usaba boinas, no lo olvidaremos más. Personas duelando, nos dolían y aún nos duelen.

Las internaciones por COVID-19 rondaban los treinta días en promedio y cuando alguien no ve a su red afectiva por tanto tiempo, se encuentra en soledad en una “guerra” metafórica con un “enemigo invisible”. Es por ello que acompañar desde la escucha, desde la mirada cuando no hay palabras, desde la risa, desde sostener la mano, desde la reproducción de un audio o video de familiares, desde la compañía y el consejo, acompañar en el silencio a quien perdió un ser querido, ofrecer un trago de agua ante la sed de la desolación, dar un pañuelo cuando las lágrimas no cesan, un llamado, un mensaje, un carta, un dibujo de los niños de la familia, simplemente estar ahí para la otra persona, es cuidar desde la empatía.

La irrupción de la enfermedad en la vida cotidiana de las personas, genera a nivel organizativo familiar un desequilibrio funcional, por lo cual es necesario generar estrategias para continuar con las actividades de la vida diaria, reorganizando las tareas de cuidado. Cuando otra paciente del hospital tuvo una cesárea mientras estaba en terapia intensiva, intubada, inconsciente, dió a luz a su hija, que nació saludable. Desde Neonatología solicitaron la evaluación del padre para cuidar de la bebé. Nos preguntamos, acaso si no es mujer, ¿no puede cuidar?

En las experiencias y situaciones que abordamos, notamos que los varones, quienes tenían a sus parejas mujeres internadas, debían reorganizarse con los cuidados de los niños y niñas, ya que en mayor porcentaje los cuidados de éstos estaban a cargo de las mujeres. Ante la reorganización familiar que producía el COVID-19, estos varones convocaban a otras mujeres de sus familias para el cuidado de los niños, es por ello que creemos importante generar políticas que pongan en agenda los cuidados de la vida, de la salud y de las personas, transversalizando la perspectiva de género y redistribuyendo las tareas de cuidado equitativamente entre los integrantes de la familia. Cabe destacar que en muchas instituciones (privadas y públicas), en las cuales estos varones trabajaban, no se les permitía acceder a ningún tipo de licencia para ejercer los cuidados de sus hijos e hijas, durante el proceso de internación de sus parejas.

El proyecto de acompañamiento COVID-19 llevado adelante por nosotras, intentó transformar en positivo lo transcurrido entre la primera y la segunda ola de la pandemia, teniendo en cuenta la perspectiva de derechos y de género a la hora de cuidar a quienes cuidan, acompañando a las familias y comunidades, pacientes y trabajadores de la salud, que han (hemos) arribado a un punto de agotamiento tal, capaz de hacernos creer que nada tiene sentido, que no importa lo que nos pasa. Pero lo tiene. Tiene sentido. Los cuidados desde la empatía ponen en valor la implicación con las personas que atraviesan situaciones de adversidad, vinculándolas con su deseo. Jerarquizar a las personas y sus deseos en sus propios cuidados, significan nuestras subjetividades, otorgándole valor a nuestra identidad como cuidadores y cuidadoras, como *personal* de salud. Pues no hay trabajo más *personal* que el de cuidar de otros y otras empáticamente. Hemos escuchado la frase: “después de esta pandemia no seremos iguales”, pues claro, no lo seremos, ya que los buenos vínculos: ¡nos salvan!

Conclusiones

Acordamos con la idea de que la salud no es universalizable (Pérez, 2019) y, por ende, los procesos de cuidado tampoco pueden equipararse a prestaciones estándar, sino que deben adecuarse a las necesidades específicas de cada persona. Entendemos a los cuidados desde la empatía como esa adecuación a las necesidades de cada quien en su singularidad.

Es, desde la experiencia de trabajo en equipo interdisciplinario (comprendido por psicología, trabajo social, medicina, kinesiología y enfermería), nuestras vivencias previas en cuidados y nuestros valores, pero por sobre todo, gracias a la presencia en nuestras vidas de las personas que necesitaron cuidados durante la pandemia COVID-19, más arriba representadas en Miriam, Mariana, Josefina, Karina y Andrea, que comprendimos que cuidar es un derecho, así como lo es, ser cuidados cuando nos encontramos en situación de vulnerabilidad. Y postulamos que la empatía, conecta a las personas en su singularidad, restableciendo los nexos que la enfermedad, la incertidumbre y el desvalimiento debilitan. La empatía como eje de los cuidados resignifica la práctica del personal de salud, jerarquizándola.

Conflictos de intereses: La autora declara no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2018). *Los cuidados en América Latina y el Caribe*. Textos seleccionados 2007-2018.
- Gago, V. (2007, 12 de Noviembre). Página/12: Diálogos: "La felicidad es subversiva".
- Página12. Consultado diciembre de 2022. <https://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/294544-2007-11-12.html>
- Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner; Cerrudo, D. (2021, 21 de septiembre). Reconocimiento a los trabajadores del HCANK en el Día de la Sanidad. Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner. Consultado diciembre de 2022. https://www.hospitalcuencaalta.org.ar/public_html/web/index.php/ultimas-noticias/415-reconocimiento-a-los-trabajadores-del-hcank-en-el-dia-de-la-sanidad
- Menéndez, E. (1987). Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. *Caracteres estructurales*. Anuales de las Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Argentina [MSal], Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [DNSMA] y Bentolila S. (2020). *Prácticas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) en Emergencias y Desastres*. Enfoque en COVID.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID en la Región de las Américas*. De enero del 2020 a enero del 2021 (No OPS/PHE/EGC/COVID-19/21-0007).
- Organización Naciones Unidas [ONU]. (2020, 6 de Abril). *Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra*. ONU Mujeres. Consultado diciembre de 2022. <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/state-ment-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
- Pautassi, L. (2018). El Cuidado Como Derecho. Un Camino Virtuoso, Un Desafío Inmediato. *Revista de La Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*. Tomo LXVIII, Número 272. <http://www.derecho.uba.ar/investigacion/documentos/2019-laura-pautassi-el-cuidado-como-derecho.pdf>
- Pérez, M. (2019). *Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer*. Soberanía Sanitaria, ISBN 978-987-3687-58-7, p.31. Tinta Limón Ediciones.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2018). Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. *Aportes para el desarrollo humano en Argentina, número 9*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>
- Pulleiro, L. (2019). *La experiencia de la Ola Verde: una aproximación sobre la Cuarta Ola Feminista en la Argentina*. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Ulloa, F. (1988). *La ternura como contraste y denuncia del horror represivo*. Presentado en las Jornadas de reflexión de Abuelas de Plaza de Mayo. Septiembre de 1988. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://conboca.ces.edu.uy/images/recursos/ternura_represion.pdf
- Stolkiner, A. (2020, 15 de Junio). *El campo de la salud mental y sus prácticas en la situación de pandemia. Soberanía Sanitaria*. Consultado: diciembre de 2022. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-campo-de-la-salud-mental-y-sus-practicas-en-la-situacion-de-pandemia/>