

Pizarro Caballero, Rodrigo

El grupo de conversación para usuarios del internado en un hospital monovalente de la provincia de Córdoba ante la situación de cuarentena desde la perspectiva de los profesionales participantes

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciado en Psicología**

Director: Ghisiglieri, Francisco

Co-Directora: Iramain Aguirre, María Dolores

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.





FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

EL GRUPO DE CONVERSACIÓN PARA USUARIOS DEL INTERNADO EN
UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ANTE LA
SITUACIÓN DE CUARENTENA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS
PROFESIONALES PARTICIPANTES.

Autor: Pizarro Caballero, Rodrigo

Director: Dr. Ghisiglieri, Francisco

Co-directora: Lic. Iramain, Dolores

AGRADECIMIENTOS.

A Aníbal y Silvia por su apoyo en todo momento.

A Vero y sus intentos de hacerme pensar un poco más.

Al equipo de cátedra de Psicología de Pareja, Familia y Grupo.

A Loli.

ÍNDICE.

1. Índice de Abreviaturas	5
2. Introducción	6
3. Contexto de práctica	8
a. Psicología y psicología clínica	9
b. Psicología en Argentina y Córdoba	11
c. Sobre el rol del psicólogo clínico	14
4. Contexto institucional	16
a. Una breve reseña histórica	18
b. Organigrama del Hospital neuropsiquiátrico provincial	20
5. Notas sobre el contexto social	21
6. Eje de sistematización	23
7. Objetivos	25
a. Objetivo General	26
b. Objetivos Específicos	26
8. Perspectiva teórica	27
a. Una mirada desde la complejidad	28
b. Sobre el sujeto	29
c. Aportes del psicoanálisis a la teoría de grupos	30
d. El dispositivo grupal	32
e. Los niveles de atención	33
f. Sobre la prevención y la promoción de la salud	34
9. Modalidad de Trabajo	36
10. Caracterización de los sujetos	38
11. Proceso de sistematización de la práctica	40
a. Recuperación del proceso vivido	41
b. Sistematización de la experiencia	45
i. Las asambleas de pacientes	45
ii. El taller de armado de cigarrillos	47
iii. El grupo de conversación	49
iv. Una mirada desde la clínica	52
c. Consideraciones finales	61
12. Bibliografía	64

ABREVIATURAS.

- CBA: Córdoba.
- EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos
- Etc.: Etcétera.
- HNP: Hospital neuropsiquiátrico Provincial.
- N.º: Número.
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de Naciones Unidas
- PPS: Práctica Profesional Supervisada.
- P.: Página
- REG.: Registro
- TIF.: Trabajo Integrador Final
- UCC: Universidad Católica de Córdoba

INTRODUCCIÓN.

El presente Trabajo Final Integrador es una Sistematización de Experiencia que se realiza tras la finalización de las Prácticas Preprofesionales Supervisadas, con el objetivo de analizar la experiencia de profesionales que participaron en la construcción de un dispositivo denominado “grupo de conversación” a partir de un taller de armado de cigarrillos que se instauró para usuarios del internado de un hospital monovalente de la provincia de Córdoba ante la situación de pandemia bajo régimen de cuarentena. Para esto, la experiencia de los profesionales será trabajada a partir del análisis de entrevistas realizadas por el alumno que presenta el trabajo.

Este proyecto se realiza bajo la normativa de la Universidad Católica de Córdoba como condición para la finalización de la Licenciatura en Psicología. Para esto, el alumno debe participar de una aproximación al rol profesional a partir de su inclusión dentro de una práctica dispuesta dentro de un área específica de nuestra ciencia, ya sea bajo el contexto de la psicología jurídica, clínica, social-comunitaria, sanitaria o educacional. En este caso, enmarcada dentro del contexto Clínico, realizando la práctica preprofesional en un hospital público monovalente de la provincia de Córdoba.

En relación a esto, es necesario mencionar que esta experiencia se encuentra inmersa en un contexto socio-económico y político particular, atravesado por una crisis global producto de la emergencia del virus COVID-19 que alcanzó súbitamente las características de una pandemia. Esto ha llevado a que nuestra “normalidad” se haya visto trastocada a partir de las nuevas normas de convivencia social.

Por otro lado, la mera observación no permitiría una buena aproximación a la realidad y la teoría, por lo que la cátedra de Práctica Profesional Supervisada brinda espacios de supervisión que permiten reflexionar e ir desentrañando el camino subjetivo que traza cada practicante. De este modo, en estos espacios se unen la teoría, técnica y la experiencia, lo que permite a los alumnos dar cuenta de la complejidad del campo en que están inmersos.

CONTEXTO DE PRÁCTICA (CLÍNICO).

El presente apartado pretende introducir al lector al contexto donde se realiza la práctica, por esto, en las páginas que siguen se realizará una breve aproximación a la Psicología Clínica, la historia de la Psicología en Argentina y Córdoba, y al rol del profesional psicólogo en nuestro país.

PSICOLOGÍA y PSICOLOGÍA CLÍNICA.

Etimológicamente Psicología, es una palabra que está compuesta por los afijos psico y logia. El primero proviene del griego *psykhé*, término que podemos traducir como alma, mente o espíritu. El segundo término, *logia*, también tiene raíz en un vocablo griego el cual se pronunciaría como *logos*, y que podríamos traducir como ciencia, estudio o tratado. Así, etimológicamente podríamos pensar la Psicología como estudio del alma, de la mente o del espíritu. Esta definición nos permite aproximarnos de un modo poético al objeto de estudio de esta ciencia, es decir, la conducta. Ésta es entendida como todo lo que un organismo hace, así como sus procesos mentales, que comprenden aquellas experiencias privadas que constituyen nuestra vida interior (Nevid, 2009). En coincidencia con esta línea, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), en su texto *Psicología Clínica y Psiquiatría* (2003), considera la Psicología como el estudio del comportamiento en todas sus manifestaciones y contextos, así, esta ciencia se ocupa de “la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y el hacer propiamente”, por lo que la Psicología se interesaría tanto por el comportamiento que podría ser definido como “normal” o “anómalo”.

Con respecto a la Psicología clínica la EFPA (2003) define ésta como: “un campo de especialización de la Psicología que aplica los conocimientos y técnicas de estudio del comportamiento anómalo, aquel que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros”. Para esto, la Psicología clínica se sirve de herramientas propias (como métodos diagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos) para lograr sus objetivos. Así, consideramos la Psicología clínica como una rama de la Psicología que se encarga de la investigación, evaluación, diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención de aquellos factores que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al

individuo humano. Esta línea de trabajo, tiene algunas orientaciones teóricas primarias como la Terapia de la conducta, Terapia cognitiva, Psicoanalítica o Psicodinámica, Terapia humanista, Terapia Existencial y Terapia Familiar Sistémica.

Si bien la Psicología clínica es un ámbito particular, por su objeto de aplicación tiene varias similitudes con la Psiquiatría, pero la diferencia principal es que la formación de base de los psicólogos clínicos se relaciona con los procesos mentales y la conducta humana; y la de los psiquiatras tiene su origen medicina, por lo que trabajan específicamente en la relación entre los diferentes procesos biológicos y su impacto en dichas conductas. Por otra parte, los psiquiatras, al ser médicos, están legalmente autorizados para prescribir medicamentos. En la práctica los psicólogos y psiquiatras trabajan juntos en equipos interdisciplinarios junto a otros profesionales, como terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para poder intervenir oportuna y apropiadamente considerando las diferentes problemáticas de los pacientes en su complejidad.

Por otro lado, una distinción necesaria a la hora de hablar del objeto de la Psicología clínica es poder diferenciar trastorno de enfermedad mental. El primero refiere a una alteración que afecta funciones de la mente o el cuerpo, como por ejemplo los trastornos de la alimentación (EFPA, 2003). Mientras que la enfermedad se caracteriza por una relación causa efecto en la que hay una condición patológica de una parte del cuerpo, un órgano o un sistema resultante de diversas causas, como una infección, un defecto genético o estrés ambiental y se caracteriza por un conjunto identificable de signos o síntomas, y cuya evolución es más o menos previsible. De esta forma, el término trastorno es más general o amplio que el de enfermedad y se emplea para hacer referencia a un deterioro general de la salud independientemente de su causa.

Sin embargo, es importante destacar, que más allá de trabajar a partir de la patología y el trastorno, es imprescindible un abordaje que apunte a la noción de padecimiento subjetivo, entendido como “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes” (Decreto 603/13). Esta definición, permite una aproximación al sujeto tomando en especial consideración las particularidades de la persona y sus interacciones con el entorno social, familiar y cultural, y hace foco en una perspectiva de derechos del asistido (Bru, 2017).

Volviendo a un aspecto más general de nuestra profesión, es importante recalcar que, si bien la Psicología como ciencia tiene una historia relativamente corta, el campo de conocimientos que ella abarca ha estado presente desde la antigüedad. Filósofos como Sócrates, Platón y Aristóteles trataron de encontrar las formas en las que el ser humano llega a conocer. Sin embargo, es en 1879 que se ha convenido el origen de la Psicología como ciencia, cuando de la mano de Wilhelm Wundt se funda el primer laboratorio de Psicología en Leipzig (Nevid, 2009). A partir de allí se comenzaron a discurrir diferentes aproximaciones a la Psicología, como los primeros escritos de Sigmund Freud en 1895, el desarrollo del primer test de Inteligencia de Binet y Simons, los trabajos de reflexología de Iván Pavlov en 1908, el manifiesto conductista de Watson en 1913, entre otros. La Psicología clínica se ha servido de todos estos elementos, ya que son estas primeras investigaciones y postulaciones teóricas las que dieron pie al conocimiento de los estados mentales (saludables o no), al diseño de tratamientos para los diferentes trastornos mentales, a través de la utilización de diferentes herramientas, ya sea el método psicoanalítico, las técnicas de condicionamiento, entre otras.

PSICOLOGÍA EN ARGENTINA Y CÓRDOBA.

En Argentina, hablar de la instauración de la Psicología Clínica, implica pensar el desarrollo en nuestro país de la Psicología misma. Según Hugo Vezzetti (1988), en un primer momento se presentó una “Psicología sin Psicólogos”, en la cual la disciplina se encontraba tensionada entre la medicina, la pedagogía, las ciencias sociales, el ensayo literario y social, entre otras. Por muchas obras, la Psicología se relacionaba más con la Filosofía, Ciencias Sociales y Biológicas. Era dentro de esta, donde se planteaban temas centrales que permitieron que la Psicología se perfilara como disciplina fundamental por la importancia de sus objetos y temas, los cuales eran la materia y la vida, la vida psíquica entre la biología y lo social, estatuto de conciencia, la conducta, el lenguaje, los sentimientos, la personalidad, y demás. Sin embargo, había en este primer periodo una ausencia de perfil de profesionalización. Di Giorgi (2014) sostiene que, progresivamente la Psicología procura institucionalizarse, comenzando por la creación de las primeras cátedras en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, primeros

movimientos dentro del marco del positivismo de la época. Comienzan a crearse los primeros laboratorios de Psicología experimental.

En 1930 se crea la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, la primera de América Latina (posterior a la creación de la Sociedad Argentina de Psicología en 1908) que reunió a todos aquellos que entonces publicaban trabajos sobre Psicología o que contribuían a su enseñanza en la universidad. Quienes la conformaban tenían un claro concepto de la Psicología como disciplina independiente y propugnaban su desarrollo en Argentina. En este periodo, en nuestro país la influencia del pensamiento francés fue importante, en Argentina la Psicología se desarrollaba como una ciencia de la subjetividad, más ligada al psicoanálisis y la filosofía.

A partir de la década de 1940, bajo la influencia de las necesidades vinculadas con los cambios productivos derivados de la Segunda Guerra Mundial y de otros cambios sociales, aparecieron carreras cortas o especializaciones en Psicotecnia y Orientación Profesional. Todo esto llevó a que durante las décadas de 1940 al 1960, comenzara a profesionalizarse la Psicología sobre la base de los desarrollos científicos y académicos que hasta ese momento venían ocurriendo. Ello propició que, acorde a una sociedad crecientemente industrial, surgieran nuevas demandas de la población respecto del ámbito psicológico generando, por lo tanto, nuevos roles profesionales. (Dagfal, 2009)

El proceso de industrialización producido en la Argentina durante los años 40 implicó un éxodo considerable de la población rural hacia las ciudades y la orientación profesional y la psicotecnia aplicada adquirirían importancia a raíz de la necesidad de un nuevo tipo de mano de obra en las industrias, mejor formada y más motivada. Se construyó entonces una psico-fisiología de las aptitudes, midiendo las funciones más clásicas. Así, el programa para la Psicología industrial se apoyaba en tres pilares: una selección adecuada, una mejora de las condiciones de trabajo y un “condicionamiento positivo” de los trabajadores. Sin embargo, en los años treinta y cuarenta, las iniciativas psicotécnicas producidas en Argentina durante los años veinte iban a quedar dentro de una zona de problemas donde la orientación y la selección profesionales se confundían con temáticas más clínicas, ligadas al movimiento de higiene mental y a la biotipología. (Dagfal 2009)

Esta etapa de profesionalización sentó las bases para que años después se crearán en el territorio argentino las carreras y escuelas de Psicología en universidades públicas,

siendo las primeras la de Rosario (1955/6), la de Buenos Aires (1957), la de Córdoba (1958), la de La Plata (1958), la de San Luis (1958), de Tucumán (1959), y la de Mar del Plata (1966). Aunque aún no existía una delimitación clara de la profesión, ya que aún no existían psicólogos graduados, la creación de las nuevas carreras de Psicología propulsó la discusión en torno al rol e identidad del psicólogo y al ejercicio profesional. Desde los primeros graduados y durante casi veinte años, el psicólogo siguió siendo considerado, de acuerdo a la Ley N.º 17.132 de 1967, como auxiliar del psiquiatra, por lo tanto, debió trabajar bajo las órdenes y supervisión del mismo, no contando, desde el ámbito legislativo, con las reglamentaciones correspondientes al ejercicio independiente de la actividad profesional.

Durante la autodenominada Revolución Libertadora, entre 1956 y 1958, se comienza a generar una gran demanda en la sociedad de una Psicología psicoanalista que competía con la Psiquiatría, lo que significó una renovación cultural. El Psicoanálisis, se constituyó como matriz teórica y se difundió en las carreras (González Aguirre, 2012). En relación al vínculo que sostenían médicos y psicólogos, si bien la competencia entre éstos era clara fueron los médicos quienes abrieron los caminos a los psicólogos para formarse e ingresar al ámbito clínico. Como explican Castillo et al. (2009) la Psicología en Argentina realizó una fuerte crítica a la Psicología positivista por considerar al sujeto como pasivo y determinado sólo por su biología, y se comenzó a gestar una visión de los “sujetos” más humana y las problemáticas giraban en torno a su autonomía, su grado de participación y la responsabilidad de sus actos.

Así, en el contexto de la dictadura militar esta forma crítica de mirar el mundo fue identificada con lo subversivo y por ello sufrió gran represión durante la dictadura militar del 1976 (González Aguirre, 2012, p.90). En 1979, se realiza una Asamblea Constitutiva que da lugar a la creación del Colegio de Psicólogos de Córdoba en la que se pretendía crear una legislación específica para la profesión, colaborar en cuestiones de salud pública, lograr la reciprocidad con otras profesiones y la defensa de los derechos e intereses científicos, gremiales, sociales y éticos de los psicólogos. La premisa fundante era “que la comunidad conozca el rol y función del psicólogo y cuente con su asistencia” (González Aguirre, 2012, p.133). En esta asamblea, se fijó en qué consiste el ejercicio de la Psicología (estudio e investigación de la mente y conducta humana), en que campos puede insertarse (educacional, social, industrial, clínico, enseñanza) y con quienes trabaja

(familia, grupos, individual). Por último, establece lo que está prohibido para el psicólogo: practicar terapia psicológica sin autorización y contralor del médico y recetar o modificar lo prescripto por el médico sin la debida autorización (González Aguirre, 2012). Ante esto, los profesionales comienzan a luchar para oponerse y, finalmente, se modifica esa ley expresando que el psicólogo se puede incluir en las áreas jurídica, educacional y laboral pero que es insuficiente en el área clínica.

Según Gallegos (2005), a partir de la fundación de la carrera en las diferentes universidades, la Psicología dejó de ser tan solo una disciplina de conocimiento para transformarse en una profesión, con un lugar específico de formación y de legitimación académica, pero no es hasta 1984, en que se legisla el ámbito clínico como un espacio de acción para el psicólogo. Así, se presenta la Ley del Ejercicio Profesional de Córdoba que contempla la actividad del psicólogo: en los niveles individual, institucional y comunitario; de forma pública o privada; en las cinco áreas (clínica, educacional, jurídica, social y laboral). Finalmente, esta ley se constituye como la Ley Provincial 7.106 de disposiciones para el ejercicio de la Psicología.

SOBRE EL ROL DEL PSICOLOGO CLÍNICO

Para hablar del rol del psicólogo clínico, es necesario contemplar la legislación que aborda dicho tópico. Así, según la ley provincial N.º 7106 el psicólogo clínico es aquel que trabaja en “Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” pudiendo ejercer:

“La exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico y tratamiento de los conflictos y tensiones de la personalidad mediante psicoterapia, otras actividades que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas” (Ley N.º 7.106, 1984).

Esto, debe enfocarse en la promoción de la salud mental, que según la Ley 9848 (2010) remite a servicios de la siguiente índole:

Prestaciones asistenciales cuyo cometido es abordar previniendo o conteniendo desde una perspectiva rehabilitadora y articulada- los padecimientos o trastornos de origen emocional u orgánico, con capacidad de producir un deterioro en la aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente (Ley N° 9.848, 2010).

Para poder realizar esto, Erausquin y Garau (2013) van a proponer que el psicólogo clínico debe formarse con pensamiento crítico y flexible para poder integrar sus conocimientos e intervenir de forma pertinente en los diferentes campos de acción a los que se inserta. Así, consideran necesario que el profesional implemente la auto observación, autoevaluación, participación en supervisiones y grupos de trabajo, etc. con el objeto de realizar intervenciones desde la postura más adecuada para la problemática que se esté presentando. De este modo, los autores plantean que el rol del psicólogo debe estar atravesado por procesos de desarrollo de fortalezas en escenarios sociales compartidos donde los demandados y demandantes interactúen y se pongan en juego las representaciones que circulan en torno al psicólogo y su rol.

CONTEXTO INSTITUCIONAL.

En el presente apartado se pretende presentar las características de la institución en que se realiza la práctica a fin de facilitar la comprensión de la misma.

En la calle Intendente León Morra al 172, en el Barrio Juniors, de Córdoba Capital se ubica el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (H.N.P.). Este, es una de las pocas instituciones monovalentes públicas de la provincia, y se encuentra dedicado al abordaje específico de enfermedades psiquiátricas en adultos (personas entre 18 y 65 años) con exclusión de afecciones neurológicas, adicciones y retraso mental.

Para esto, el hospital se divide en cuatro áreas centrales de atención; la guardia, los consultorios externos, el servicio de internación y el área de rehabilitación. (Leonardis, M. & Lafi, L.N. 2011)

En el funcionamiento cotidiano del hospital, antes de la pandemia, el servicio de guardia es el dispositivo de ingreso a la institución. Se conforma por cinco equipos interdisciplinarios que realizan guardias de 24 horas y que se encargan de atender las urgencias, decidir una estrategia y realizar un plan terapéutico para cada paciente.

Estos equipos están conformados por 12 profesionales aproximadamente, entre los que encontramos enfermeros, psiquiatras y psicólogos. Las guardias comienzan a las 8 de la mañana y los profesionales asisten en atención psicofarmacológica, asistencia domiciliaria, consultas de familiares o pacientes con alguna problemática.

A su vez, en los consultorios externos se trabaja con pacientes derivados de la guardia y externados; estos se manejan con un servicio por turnos, y cuenta con profesionales psiquiatras y psicólogos.

El internado, por otro lado, se encuentra dividido en dos pabellones, uno de mujeres y otro de varones; en este se realiza un abordaje interdisciplinario y los pacientes cuentan con diferentes espacios para participar que apuntan al acompañamiento, reconstrucción del lazo social y contención de los usuarios durante la internación.

Por último, el HNP cuenta con el servicio de rehabilitación, que es un espacio en el que se realizan diferentes talleres, tanto para internados como para aquellos pacientes dados de alta. Éstos, se realizan en conjunto con la organización civil Abracadabra, que se encarga de coordinar los espacios. Cada taller realiza una producción artística que se deriva de un

proceso grupal anual que culmina en la presentación de la Muestra Final Colectiva que se lleva a cabo en las instalaciones del HNP (Ghisiglieri, Rosolino, Santi, 2013).

Además de las cuatro áreas principales, el Hospital cuenta con diferentes departamentos y servicios, entre los que encontramos el servicio de enfermería, el servicio social, el servicio de apoyo y los departamentos de psiquiatría y psicología. Sin embargo, frente a las contingencias producto de la pandemia, el hospital ha debido modificar su funcionamiento.

Se ha implementado un *Triage*, que es un protocolo de intervención que parte de un método de selección y clasificación de pacientes y que generalmente es empleado en la medicina de emergencias y desastres. Además del *traje*, algunas de las medidas tomadas son: el cerrado de los consultorios externos, la cancelación de las visitas a los pacientes internados, la creación de salas de aislamiento para pacientes que ingresan al internado, ya no se otorgan permisos de salida a los internados y el funcionamiento de los equipos de profesionales bajo la modalidad “espejo”, en la que se dividen los equipos de trabajo en dos, asistiendo a la institución, de manera alterna, cada 15 días, con el objetivo de reducir la cantidad de personal en los espacios cerrados del hospital, y minimizar la probabilidad de contagios.

UNA BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

Según Ghisiglieri, Rosolino y Santi (2013) las raíces del H.N.P. deben rastrearse hasta el año 1870, cuando Carlos Bouquet funda el “Asilo de Mendigos”, un espacio dedicado a prestar servicios caritativos en las afueras de la ciudad. Este asilo dependía de la denominada “Sociedad de beneficencia”, la cual “se hizo cargo del tratamiento de la locura de un modo paulatino, reclamando participación estatal a nivel económico y ejerciendo una administración autónoma en los aspectos administrativos y técnicos de la locura” (Ferrari, 2016). En esta época en Córdoba no había un Manicomio, por lo que los dementes y alienados eran trasladados a Buenos Aires, los cuales muchas veces eran abandonados en la ciudad para que los recoja la policía bonaerense. Así, surgió la necesidad de la creación en Córdoba de un espacio para la locura. Recién en abril de 1890 Augusto López donó un

terreno en el cual se construiría lo que hoy es el Neuropsiquiátrico Provincial, en donde, con la inauguración de un salón dormitorio que lindaba el lado sur del asilo de mendigos, se crea “el asilo de alienadas”. Este era un espacio en el que no había baños y se comía en el patio o en galerías. Recién en 1897, se instrumentan nuevas construcciones, una sala para dementes tranquilas, algunas habitaciones para personal auxiliar y baños de pileta y a lluvia. Así, en estos comienzos las mujeres eran destinadas al “asilo de alienadas” y los hombres al “asilo de mendigos”, en los que el tratamiento de la locura quedaba en manos de la beneficencia (Ferrari, 2016). Es en 1907 que se realiza un convenio con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba que habilita a dictar en el asilo la cátedra de Medicina Legal y Clínica Psiquiátrica, de modo tal que se inaugura la asistencia médica de los internos y la enseñanza de la psiquiatría, convirtiéndose la institución en una Clínica Psiquiátrica. En el año 1951 el hospital deja de depender de la Sociedad de Beneficencia y queda en manos de la Dirección de Asistencia Social, bajo el nombre de “Asilo de Alienados”, y es en el año 1958 bajo la dirección del Dr. Exequias Bringas Núñez que la institución recibe el nombre con la que se la conoce actualmente: “Hospital Neuropsiquiátrico Provincial”. A fines de la década del 60, se incluye la psicología, lo que aparta el enfoque de asistencia basado en la psiquiatría asilar y apunta hacia una búsqueda interdisciplinaria, que se ve impedida con el advenimiento de la dictadura acaecida en los 70’, y, que con la llegada de la democracia en 1984 se reactiva con la intención de disminuir las internaciones con la implementación de dispositivos abiertos y comunitarios, se crearon los equipos interdisciplinarios y se comenzó a trabajar preventivamente en la rehabilitación a partir de observar el contexto del paciente, su familia y los vínculos de los que disponía. (Ghisiglieri, Rosolino y Santi, 2013)

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL.

HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO PROVINCIAL			
DIRECCIÓN			
SUB DIRECCIÓN ASISTENCIAL		SUB DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	
DEPARTAMENTOS	PSIQUIATRÍA	SECTORES	ADMINISTRACIÓN
	PSICOLOGÍA		MANTENIMIENTO
SERVICIOS	ENFERMERÍA		PERSONAL
	EMERGENCIAS		
DIVISIÓN	TRABAJO SOCIAL		
SECCIONES	NUTRICIÓN		
	LABORATORIO		
	FARMACIA		
ÁREAS	CONSULTORIO EXTERNO		
	INTERNADO		
	REHABILITACIÓN		

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Su cúpula directiva se compone por la directora del Hospital, y las Sub direcciones Asistencial y Administrativa que dependen de la primera. La subdirección administrativa tiene a cargo los sectores de administración, mantenimiento y personal, mientras que la subdirección asistencial se encarga de la coordinación de los departamentos de psiquiatría y psicología, los servicios de enfermería y emergencias (la guardia), la división de trabajo social, las secciones de nutrición, laboratorio y farmacia y las áreas de consultorio externo, el internado y rehabilitación.

NOTAS SOBRE EL CONTEXTO SOCIAL.

Este apartado pretende dar un panorama de la situación social que emerge con la aparición del virus SARS-Cov-2 que produce la enfermedad Covid-19, la cual fue declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020. (ONU Argentina, 2020)

El SARS-Cov-2, pertenece a la familia de virus *coronavirus*, los cuales causan enfermedades respiratorias y afectan algunas especies animales.

En nuestro país se impuso una cuarentena estricta a partir del día 19 de marzo de 2020 bajo el decreto de necesidad y urgencia 297/2020 (Boletín oficial, 2020), lo que implicó grandes restricciones a nivel social, como el aislamiento obligatorio, el distanciamiento social, el uso de barbijo y tapabocas, y la limitación de movilidad de las personas que no formasen parte de aquellas actividades consideradas esenciales por el Estado. Estas medidas, que apuntan a un aplanamiento de la curva de contagios, han acrecentado la crisis socioeconómica en que se encuentra nuestro país. Según un informe de Naciones Unidas Argentina (2020) en relación a lo económico “se prevé mayor contracción económica, con pérdida de empleo, el correlativo aumento de la pobreza y nuevos retos para el desarrollo sostenible y la paz social.” donde los sectores más afectados (asociados a las medidas dispuestas) son, los sectores industriales de productos “no esenciales”, el comercio de productos “no esenciales”, la construcción, los hoteles y restaurantes, las actividades inmobiliarias, los transportes de media y larga distancia, entre otros. A su vez, en el plano social, el informe, también alerta sobre los efectos de la pandemia en la salud mental de las personas, producto del estrés, aislamiento social, pérdidas familiares o económicas, y el riesgo de “discontinuar los tratamientos por la reducción del acceso a la consulta de salud mental ambulatoria”. Así, según una encuesta de UNICEF “el 36% de los/las adolescentes entrevistados/as presenta algún sentimiento negativo, siendo que se siente asustado/a (22,5%), angustiado/a (15,7%) o deprimido/a (6,3%)”.

Ya en noviembre de 2020, pese a las medidas dispuestas, la cantidad de contagios por SARS-Cov-2 ha aumentado significativamente, llegando en el mes de octubre a un 76.2% de camas críticas para adultos Covid-19 del total de camas de los sectores público y privado de la provincia Córdoba. (Gobierno de la Provincia de Córdoba,2020) Lo que ha provocado un nuevo endurecimiento de las medidas de aislamiento social.

EJE DE SISTEMATIZACIÓN.

EL GRUPO DE CONVERSACIÓN PARA USUARIOS DEL INTERNADO EN UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA ANTE LA SITUACIÓN DE CUARENTENA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Analizar el grupo de conversación para usuarios del internado en un hospital monovalente de la provincia de Córdoba ante la situación de pandemia bajo régimen de cuarentena.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir el surgimiento del taller de armado de cigarrillos y su posterior transformación en grupo de conversación a partir de lo mencionado por los profesionales participantes.
- Indagar sobre el rol de los profesionales en el desarrollo de los grupos de conversación.
- Reflexionar sobre la importancia de un dispositivo grupal en pacientes internados ante situación de pandemia bajo régimen de cuarentena.
- Explorar los efectos clínicos del grupo de conversación en relación a lo manifestado por los profesionales,

PERSPECTIVA TEÓRICA.

En el presente apartado se pretende esbozar aquellos conceptos que atravesarán la sistematización de la experiencia y que nos permitirán realizar lecturas críticas de las vivencias de los profesionales, recabadas en las diferentes entrevistas. A partir de esto se podrá reconstruir el proceso vivido por profesionales y usuarios en torno al dispositivo “grupo de conversación”.

UNA MIRADA DESDE LA COMPLEJIDAD

El paradigma de la complejidad propuesto por E. Morin nos permite pensar en que todo aquello que observamos en el campo de trabajo puede presentarse como “tejidos de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico” (Morín, 2003 p.32). Siendo imposible poder abarcar desde una sola mirada, desde una sola propuesta disciplinar, todo lo que acontece y que nos es de interés para intervenir en el área de salud mental. En palabras del autor: “es que la complejidad se presenta con los rasgos inquietantes de lo enredado, de lo inextricable, del desorden, la ambigüedad, la incertidumbre” (Morín, 1994 p. 17).

Esta concepción incorpora al “ambiente” a la hora de analizar los fenómenos de interés y se preocupa por no aislarlos y considerarlos desvinculados a todos los factores que le influyen, incluso aquellos que quedan por fuera de nuestras capacidades de conocimiento. Según la propuesta, no hay realidad que podamos comprender de manera unidimensional:

La conciencia de la multidimensionalidad nos lleva a la idea de que toda visión unidimensional, toda visión especializada, parcial, es pobre... Estamos condenados al pensamiento incierto, a un pensamiento acribillado de agujeros, a un pensamiento que no tiene ningún fundamento absoluto de certidumbre. (Morín, 1994, p. 63).

Siguiendo las ideas de Morín, Najmanovich (2007), considera necesaria la construcción de un paradigma complejo desde la “noción de red” que trabaje con las incertidumbres y las aperturas que ofrecen los espacios en los que nos incorporamos en el trabajo desde salud mental. Para ella, la propuesta desde la complejidad busca conocer el “modo en que las distintas áreas del saber y el quehacer humano se afectan de múltiples formas fertilizando mutuamente.” (Najmanovich, 2007, p. 71) Así, propone el concepto de “red” en tanto una forma interactiva, dinámica y multidimensional de considerar los vínculos

entre los sujetos y los diferentes elementos de la realidad. La red “tiene una geometría variable” y configura múltiples formas: “regulares como irregulares, centralizadas o multicéntricas, admite multiplicidad de itinerarios y recorridos y también permite pensar en diferentes grados de consistencia según los modos de conexión, su frecuencia, intensidad y variabilidad.”

Para Najmanovich:

El desafío de los abordajes de la complejidad es el ser capaces de producir sentidos, crear conceptos y modos de percepción que nos permitan pensar sin coagular la experiencia, sin reducirla ni estereotipar. El tiempo de los teóricos, de los observadores desapasionados está agotándose y se hace imprescindible crear enfoques y prácticas capaces de acoger la multidimensionalidad y la diversidad de la experiencia. Entre ellos se destaca el abordaje de las redes dinámicas que permite generar cartografías dinámicas, no dualistas y multidimensionales. (Najmanovich, 2007, p. 72)

Para ella, las propiedades no están en las cosas sino entre las cosas.

Esta forma de aproximarnos a la realidad nos permitirá abordar un sujeto que se constituye a partir de sus relaciones, en el “entre” con otros, lo que será abordado en el siguiente apartado.

SOBRE EL SUJETO

Según Pachuk y Zadunaisky (2010), los sujetos acontecen en una praxis con la otredad y en un conjunto social; por tanto, es en el interior de la comunidad que “el sujeto se subjetiva, siendo con otros, desde otros, contra otros y para otros”, así para los autores “ser en el mundo, es ser con los otros.”

Siguiendo a Moguillansky y Nussbaum (2013), en la línea de Piera Auglanier y René Kaës, “el sujeto es en primer lugar un *intersujeto*, en tanto heredero de sueños irrealizados, de represiones, de renunciamentos, de fantasías, de historias”. Dado que es en lo social que nos constituimos como sujetos, en lo social también podemos encontrar las fuentes de sufrimiento y por lo tanto el alivio del mismo. Así, es plausible pensar que, en relación al padecimiento mental, nadie se cura solo, sino a partir de revisar sus vínculos y su relación con el contexto. Debido a esto surge la importancia de compartir las experiencias, ya que

esto permite también “crearlas en el interior de un trabajo inter subjetivo” (Pachuk y Zadunaisky 2010)

Es entonces, a partir de considerar al ser humano como un ser social, que se constituye como sujeto a partir de lo social, que analizaremos el dispositivo “Grupo de Conversación” desde una perspectiva grupal.

APORTES DEL PSICOANÁLISIS A LA TEORÍA DE GRUPOS.

Bernstein (1997) plantea que el psicoanálisis bipersonal (analista, paciente) fue marcando limitaciones en el análisis, lo que llevó a algunos analistas a utilizar encuadres multipersonales (pareja, familia, grupo). Así según Bernard (1992) fue en la década del 40 que se comenzaron a realizar intentos de trasladar los conceptos psicoanalíticos al campo de los pequeños grupos con el objeto de implementar métodos terapéuticos que ampliaran las posibilidades de tratamiento o por la necesidad de entender los mecanismos grupales en contextos institucionales.

Ana María Fernández (1995) dirá que no puede considerarse que sea pertinente hablar de un cuerpo teórico sistemático de lo grupal. Debido a esto, la autora plantea tres momentos epistémicos que expresan ciertas formas características de pensar las legalidades grupales. Así, el primer momento implicaría pensar al grupo como un todo, más que la suma de las partes, donde en una grupalidad hay un plus irreductible a la suma de sus integrantes. El segundo momento epistémico remite a la búsqueda de organizaciones grupales. El psicoanálisis, para la autora, hace aquí aportes insustituibles, tanto en el plano teórico como en el diseño y difusión de dispositivos grupales en el área de la clínica psicoterapéutica. Bernard (1992) considera que una de las contribuciones más significativas fue la de Bion, quien plantea que los grupos se desenvuelven en dos niveles de funcionamiento distintos y complementarios. El primer nivel sería para Bion el manifiesto o contractual, en el que se cumplen las leyes del proceso secundario, donde los participantes se adaptan a los requerimientos de la realidad, tendiendo a cumplir la tarea que se han propuesto. El segundo nivel sería el grupo de supuesto básico, donde se dejan sentir las formaciones del inconsciente. Así, Bion describió tres supuestos básicos a

los que el grupo, sin reconocerlos, se somete alternativamente; los cuales expresan fantasías grupales acerca de cómo obtener sus fines, y satisfacer sus deseos:

- Supuesto básico de dependencia: sustenta el argumento por el cual el grupo está reunido para que alguien, de quien éste depende en forma absoluta, provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos. Implica la creencia colectiva de que ese alguien tendrá por función proveer seguridad al grupo.
- Supuesto básico de ataque y fuga: convicción grupal de que existe un enemigo y que es necesario atacarlo o huir de él, en tanto la única actividad defensiva frente a ese objeto es su destrucción (ataque) o evitación (huida).
- Supuesto básico de apareamiento: sus integrantes producen una creencia colectiva e inconsciente por la cual un hecho futuro o un ser no nacido resolverá sus problemas. (Fernández, 1995)

Por último, Fernández plantea que el tercer momento epistémico se refiere al agotamiento del objeto discreto, es decir problemáticas que parten de abordar ciertas realidades disciplinarias al caer en algún reduccionismo (psicologismo, sociologismo, etc.)

Lo importante de pensar el grupo desde esta perspectiva es, en palabras de René Kaës (2010), “comprender cómo el sujeto singular que tratamos en el diván, es también un sujeto cuyo inconsciente se sostiene y moldea en los vínculos intersubjetivos de los cuales se parte, en las alianzas inconscientes que le preceden y que él suscribe por su propia cuenta, en los espacios psíquicos comunes que comparte con otros”. Así, a fin de poder observar los fenómenos que se manifiestan en el grupo de conversación, utilizaremos la definición de grupo de Bernard, Edelman y Kordon (2002), quienes plantean que grupo es “un espacio de dramatización espontánea, un escenario en el que se representan problemáticas de los espacios intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo. Por su carácter escénico, las fantasías son dramatizadas por los miembros del grupo, asumiendo a partir de ello su función organizadora del proceso grupal”. En conjunción con lo mencionado por los autores, Kaës (2010) plantea las funciones del grupo. El autor dirá que este permite el desarrollo y mantenimiento de la vida psíquica y la civilización, ya que el ser humano requiere de otros para diferenciarse, generar interés por los elementos de la vida social, tramitar su hostilidad, incorporar leyes e ideales, elegir objetos de amor. Así, el grupo protege al sujeto de la soledad, el desamparo, el miedo, los peligros del mundo externo y del mundo interno a cambio de pertenecer a él y aceptar sus reglas, de este modo, el grupo delinea el interior del

sujeto, inscribiéndolo en una “fraternidad”, marcando el adentro del afuera, lo extraño de lo familiar. Así, la formación de un grupo conlleva la construcción del aparato psíquico grupal, que se evidencia en la posibilidad de realizar trabajos psíquicos grupales, las formaciones inconscientes del grupo y los procesos de realidad psíquica que se juegan en ellos. De este modo, el grupo es estructura y forma de la realidad intrapsíquica que pone en juego organizaciones fantasmáticas e imaginarias de relaciones, tensiones, lugares, acciones e instancias. Este modelo de aparato psíquico grupal tiene como función dar cuenta de lo que liga a las psiquis de los sujetos de grupo. (Kaës 2010)

EL DISPOSITIVO GRUPAL

Mauer., Moscona, & Resnizky, (2014) dirán que desde la perspectiva Foucaultiana el término dispositivo refiere a “la disposición de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto”.

En consonancia con esto, Edelman y Kordon (2011) plantean el dispositivo al “conjunto de condiciones normativas de la tarea a desarrollarse y al proceso y dinámica del grupo que se habilita y el tipo de intervenciones de los analistas”. A su vez, las autoras consideran que todo dispositivo grupal considera al sujeto como sujeto de vínculo, lo que implica un espacio de apuntalamiento e identificación en donde adquiere importancia la presencia real de un tercero. Para ellas, el trabajo grupal va a tener una doble función, por un lado, una de enriquecimiento de la identidad personal (función que definen como proteica), y por el otro una función de soporte, denominada protésica, la cual remite un concepto sumamente importante que es el apuntalamiento del psiquismo.

Según Kaës (1992) el apuntalamiento indica la existencia de un sistema de apoyos múltiples, una red de solidaridades que mantienen el funcionamiento del psiquismo. Así, para las autoras, el apuntalamiento tiene un triple sentido, sea como apoyo, donde la relación de sostén es recíproca y simultánea entre apoyante y apoyado; sea como modelo, que tiene que ver con el psiquismo se va modelizando en relación a las estructuras apoyantes; y una tercera dimensión como resquicio, como un espacio entre apoyante y apoyado que permite el proceso de transcripción de representaciones. Estas características del apuntalamiento, se ponen de manifiesto en situaciones de crisis, y en relación al trabajo en grupo, proponen que

nos posible resolver ciertas crisis solo a nivel personal, sino que es necesario un trabajo psíquico a nivel grupal, ya que este tipo de dispositivos permite una experiencia de reapuntalamiento.

Por otro lado, es necesario considerar que en esta clase de intervenciones a partir de dispositivos grupales se trabaja en tres niveles, lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo. El primer nivel, refiere a lo que es propio de cada sujeto, su historia personal, los procesos y productos identificatorios y la estructura de personalidad. Lo intersubjetivo, remite al análisis de los fenómenos relacionales que se producen entre los sujetos participantes del grupo, tanto en sus aspectos conscientes como inconscientes. Por último, lo transubjetivo, se refiere a las representaciones del mundo externo real, en sus dimensiones sociales y físicas, y está relacionado con un nivel estructurante de la personalidad que implicaría la inscripción psíquica de la cultura, ideales, mitos, creencias e ideología. (Edelman y Kordon, 2011)

LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Según Vignolo et al. (2011) los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Los autores distinguen tres niveles de atención:

- El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, la puerta de entrada al servicio de salud, el nivel del primer contacto en el que se organizan los recursos para resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.
- En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Para los autores, entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

- El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.

A su vez, cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad al que adscriben los establecimientos. Los grados de complejidad establecen el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, así como sus servicios y organización. De este modo, el primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros. El segundo nivel refiere a los hospitales con especialidades, mientras que el tercer nivel de complejidad refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas y que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología (Vignolo et al. 2011).

A partir de esto, diremos que el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, por sus características, pertenece al segundo nivel de atención y complejidad en salud.

SOBRE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998). En base a esto, podemos clasificar las medidas preventivas en 3 niveles:

- La prevención primaria refiere a “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998, Colimón, 1978). Para Vignolo et al. (2011) el objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

- La prevención secundaria apunta al diagnóstico precoz de la enfermedad. Comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos
- La prevención terciaria, por otro lado, remite a acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento, así como la rehabilitación física, psicológica y social.

Con respecto a la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirá que es una perspectiva de trabajo cuyo objetivo es que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Para esto, abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

MODALIDAD DE TRABAJO.

A fin de lograr los objetivos se realizará una sistematización de experiencia, que, según Jara (2011):

Es un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos.

Para esto, se utilizará material recogido en entrevistas individuales y grupales sea en videollamada, llamada telefónica o por escrito, tomadas a profesionales y residentes del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, sujetas a secreto profesional. Esto implica, según el código de ética del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba (2016) que los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales, garantizando el derecho a la privacidad, por lo que se deben tener recaudos en el manejo de historias clínicas, informes, presentaciones y eventuales publicaciones de trabajos clínicos.

A su vez, esto ha sido informado a los profesionales por lo que se cumple con el consentimiento informado, entendiendo este como la declaración de voluntad suficiente efectuada por cliente, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada.

También, además de las entrevistas, se utilizarán los registros de las mismas realizados por el alumno, numerados y fechados.

Los datos obtenidos, luego serán analizados y ordenados, con el objeto de llevar a cabo la sistematización propuesta.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.

Los participantes de los grupos de conversación son pacientes internados en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, con un rango etario que va desde los dieciocho (18) a los sesenta (60) años de edad, con diversas patologías psiquiátricas. En su mayoría son personas de escasos recursos socio-económicos, atravesando una situación de vulnerabilidad que en muchos casos se retroalimenta por el padecimiento subjetivo que presentan.

Los profesionales entrevistados son psicólogos del Hospital Neuropsiquiátrico provincial cuyas identidades y cargos no serán mencionados por estar las entrevistas bajo secreto profesional.

PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN DE LA PRÁCTICA.

RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.

Debido a las circunstancias particulares que se produjeron en el año 2020 por la pandemia, el aislamiento y la cuarentena, la experiencia de las prácticas preprofesionales resultó cuando menos, atípica. A medida que uno se acerca a la finalización de la carrera, genera expectativas con respecto a su aproximación al rol profesional insertado en una institución, piensa sobre cómo será ese momento en que ingrese a la institución, va construyendo un ideal en relación a la observación de la práctica de profesionales experimentados in situ. Entonces, el primer gran trabajo de las prácticas pre profesionales, fue adaptarse a la situación que nos tocó vivir.

El derrumbe de la ilusión de poder observar y participar dentro del hospital requirió un esfuerzo activo para poder ser procesado. Sin embargo, gracias a las instancias de supervisión con las profesoras de la cátedra de PPS y la buena disposición de los profesionales a entrevistarse y contar su experiencia permitió sortear esta primera dificultad.

Uno de los pormenores que surgió para poder realizar las entrevistas, fue el funcionamiento en espejo en la institución, ya que los profesionales eran entrevistados dentro del horario laboral, y al haber menos profesionales trabajando, los entrevistados tenían una agenda más apretada. Esto producía que a veces las entrevistas fueran interrumpidas, suspendidas, o que el horario deba modificarse. Esto a su vez se veía potenciado por mi poca disponibilidad horaria ya que durante este tiempo yo trabajaba cuidando a un adulto mayor.

Se realizaron un total de 12 entrevistas con diferentes profesionales de la institución. Las primeras, tomadas en conjunto con los demás practicantes, nos permitieron indagar acerca del funcionamiento de la institución, conocer las diversas áreas que hay en el hospital y las adaptaciones que se llevaron a cabo con respecto a la pandemia, así como ciertas problemáticas en relación a la implementación de la ley de salud mental, particularmente en relación a lo económico.

En estas primeras entrevistas con el referente de la institución y diversos profesionales, nos enteramos de la implementación del triaje, las medidas de bioseguridad, la cancelación de permisos, el cierre de los consultorios externos, la cancelación de los talleres, y el nuevo funcionamiento del hospital. Entonces, a partir de la información obtenida, se comenzó a

construir el organigrama de la institución, seleccionar aquellos aspectos de la práctica que nos movilizaban y en torno a eso ir formando un eje de sistematización y los objetivos que se suscriben al mismo.

En relación a la supervisión de las prácticas, se realizaron encuentros semanales con nuestra profesora tutora y nuestros compañeros de prácticas, en las que se trabajó sobre cómo estábamos atravesando este proceso, nuestras dudas, incertidumbres, problemas administrativos, el malestar que nos provocaba la no asistencia al hospital y el desarrollo de nuestro anteproyecto de trabajo final. Así, se realizaron diferentes prácticos en los que trabajamos sobre cómo realizar una sistematización de experiencia, que elementos eran necesarios para poder llevarla a cabo y se avanzó en la producción escrita que fue evaluada por las profesoras de la cátedra y sobre la cual se realizaron correcciones en relación al escrito. De este modo, hacia finales de año, ya contábamos con un importante avance en la redacción de nuestro trabajo final.

Con respecto al eje de sistematización en el cual basar el trabajo final, en un principio, me interesó conocer qué medidas se tomaban desde la institución para proteger a los profesionales, no solo con respecto al COVID, sino en relación al desgaste psicológico que podía implicar todo este cambio para quienes trabajan cuidando a otros. Para esto diseñé diferentes entrevistas, pero, aunque finalmente el tópico de investigación fue dejado de lado, me permitió conocer algunas de las herramientas de las que se dispone dentro del hospital para acompañar a los profesionales, como los espacios de supervisión y reuniones de equipo, así como también, pude indagar con respecto a los malestares y preocupaciones del equipo de salud.

Luego, al conocer la instauración del taller de armado de cigarrillos y su transformación en un grupo de conversación, decidí realizar mi trabajo sobre este proceso, ya que me interesó conocer cómo se produjo este dispositivo, como fue el devenir de esta transformación y particularmente la cuestión del cigarrillo y su función dentro de una institución de salud.

A partir de esto, se procedió a realizar entrevistas focalizadas en este tópico con los profesionales que participaron la construcción de este dispositivo tan particular. Estas, permitieron que, además de indagar sobre el proceso de construcción del grupo de conversación, los talleres de armado de cigarrillos y las asambleas de pacientes; pudiera acercarme al ejercicio del rol profesional en el hospital, cómo viven los profesionales diferentes

situaciones que acaecen en la práctica cotidiana, conocer la importancia de identificar cuestiones que subyacen a lo que expresan los sujetos, y como, el ojo avizor, puede de pronto, transformar la aparición de un comportamiento particular en un dispositivo que aporta beneficios a quienes participan de él.

Con respecto al proceso vivido, otro aspecto sumamente importante de las prácticas, fue la búsqueda y lectura de material bibliográfico, proceso que requirió como punto de partida, una revisión de diferentes materias cursadas a lo largo de la carrera, como introducción a la psicología, psicología sanitaria, psicología educacional, psicología jurídica, historia de la psicología, psicología de pareja, familia y grupos, entre otras, lo que permitió centrar la búsqueda en autores trabajados a lo largo del proceso de formación universitaria, y a su vez, ampliar con otros autores los conceptos revisados en la carrera.

Por otro lado, fue muy interesante escuchar algunas situaciones que movilizaron a los profesionales, producto de decisiones tomadas en tiempos de crisis que muestran diferentes aspectos del quehacer institucional, y como son vividos por los profesionales, por ejemplo:

Hubo algo que fue muy llamativo que nosotros llevamos el metegol que habíamos conseguido, pero desde la cocina se había preparado leche chocolatada, unas tortas. Y era una gente de la cocina, que es una empresa privada, no es gente del hospital, es gente de una tercerización, habían llevado manteles, manteles rojos, sobre todo, que a mí me llamaba la atención, mantel para los varones. El mantel duró con las cosas arriba 2 segundos porque la torta, comieron. Pero yo había escrito ese día a última hora, y la verdad que eso, que en un hospital haya un mantel rojo, ya te decía que ese hospital, no solo que es un manicomio, sino que es algo parecido a un hogar. (Entrevista 2)

Me encontré con un montón de herreros haciendo rejas y puertas de chapa para cerrar, cerrar, cerrar, cerrar habitaciones adentro del internado... O sea, fue nefasto, la verdad, las medidas... Así que no sabemos muy bien con que nos vamos a encontrar el lunes, mucha incertidumbre, mucho malestar. (Entrevista 3)

Nosotros veníamos fuertemente diciendo que no era un encierro y que era una internación, y que era otra cosa, que bueno... La cuestión es que con todo este caso positivo que hay, se terminó armando un sector dentro del internado que es para encerrar a los sospechosos "encerrar" porque hay un sector de aislamiento, y ahora el

lugar de encierro. (Entrevista 3).

Finalizando el apartado, a partir de revisar el proceso transcurrido a lo largo de las prácticas, siento que ha faltado una de las partes más importantes del proceso de finalización de la carrera, particularmente en el ámbito clínico, que es, a mi entender, el encuentro con los pacientes; y si bien los profesionales entrevistados, en la medida de lo posible, han tratado hacernos partícipes de lo acaecido en la institución, y de los procesos en que participan, esto no deja de ser complementario al encuentro real con la cotidianeidad hospitalaria , y considero que no puede suplantar la observación in situ de cómo es el trabajo profesional y como se ejerce dicho rol. Sin embargo, un aspecto positivo de esto, fue la posibilidad de ejercitar la creatividad para ejercitar una forma diferente de acercarse a las prácticas pre profesionales.

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El foco del trabajo se realiza en torno a la creación del Grupo de Conversación, o conversatorio, un dispositivo que surgió en el hospital durante el aislamiento social preventivo y obligatorio en la República Argentina instaurado por decreto presidencial el 19 de marzo de 2020.

Para esto, se pretende dar cuenta de aquellos factores que permitieron e incidieron en la creación del dispositivo a partir de los datos recabados en entrevistas realizadas con los profesionales participantes de dichas reuniones. Así, para poder comprender como se fue gestando el Grupo de Conversación, debemos observar dos instancias que lo precedieron, por un lado, las "asambleas de pacientes" que se realizaban periódicamente dentro de la institución y que fueron suspendidas con el advenimiento de la pandemia, y, por otro lado, la creación de un taller de armado de cigarrillos que se dispuso para los pacientes internados

Las asambleas de pacientes

Según Foladori (2010), es probable que el primero que haya utilizado la Asamblea General en un hospital de enfermos mentales haya sido W. Bion, aplicando reuniones que tenían un carácter organizativo y donde se pretendía constituir un espacio de encuentro, socio-político, en el sentido de que los participantes tenían que poder ir responsabilizándose de sus propios problemas que la vida cotidiana genera e instrumentar los mecanismos apropiados para darle solución.

Desde la perspectiva de Foladori, la asamblea es un dispositivo que cuenta con un encuadre y momentos particulares: "La Asamblea cumple un proceso definido ante cada problema; este incluye tres fases que son de liberación - decisión – normalización" y suelen ser de índole administrativa, sin embargo, Barbastefano (2010) plantea que la asamblea, también puede presentarse como "un espacio de discusión donde se reducen las dudas o se sugieren cambios en las reglas y rutinas de la unidad y la forma en que se están practicando."

En el caso de las asambleas de pacientes del Hospital, nos encontramos con la característica de que estas reuniones en particular, se realizaban en el marco de una institución psiquiátrica y cuyos participantes eran pacientes internados con diferentes patologías de salud

mental.

La asamblea de pacientes del Hospital, era un dispositivo utilizado en la institución que brindaba un espacio para que los pacientes pudieran hablar y discutir sobre la misma y sobre cómo estaban atravesando la internación, era un espacio que se realizaba periódicamente los días martes durante una hora dentro del Hospital.

Esto era una vez a la semana que nos juntábamos, en ese momento eran los martes, una hora, y era para hablar de lo que, esto, como dar lugar a la palabra para lo que les pareciera en relación a la internación. (Entrevista 5)

Para Foladori (2010), es importante reconocer que la asamblea, en contraste con los talleres, grupos psicoterapéuticos y actividades recreativas, pone el énfasis en el aspecto socioterapéutico, se trata de “reconectar” al paciente con aquellos procesos típicos de la vida social.

Así, uno de los profesionales que coordinaba dicho espacio:

El objetivo de la asamblea era hablar de lo que les está pasando durante la internación, entonces, a veces eran quejas, a veces eran reclamos, de que el equipo no los atendía, no venían a verlos, a veces eran denuncias de situaciones problemáticas, robos, acusaciones. A veces reclamos administrativos o de mantenimiento, de que la luz, el agua, y otras veces también el eje era alguien que podía descargar algún relato cuasi delirante, pero que necesitaba ponerlo en palabras, en fin, nosotros decíamos que era un espacio para la palabra. Para la palabra y para socializar, que ese es el objetivo de todos los talleres. (Entrevista 4)

Es en esa socialización que reside la importancia de la asamblea dentro del hospital, la necesidad de un espacio grupal que cumpla funciones protésicas, es decir el apuntalamiento de los participantes, y proteicas, que implican el enriquecimiento de la identidad personal (Kaës, 2010). Esto podemos verlo reflejado en la siguiente viñeta:

Era un espacio muy importante y fundamental, pero sobre todo para los nuevos, para el reciente ingreso, para el que tiene que hablar de que todavía no está, no le queda claro porque está ahí, porque vino acá, porque vino a parar al manicomio...entonces para esa persona la asamblea es fundamental, descargar, y efectivamente es una catarsis que te agradecen", "...es informativa, orientativa,

catarquica y elaborativa. (Entrevista 4)

La importancia de la asamblea de pacientes para la creación del grupo de conversación, reside en que tanto los objetivos como las funciones que sostenían la asamblea, fueron, por así decirlo, heredados por el grupo de conversación.

El taller de armado de cigarrillos

Una de las modificaciones que se produjeron en la cotidianeidad del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial con la implementación de la cuarentena fue la revocación de los permisos especiales de salida de los pacientes internados. que permitían a los sujetos ir al kiosco, salir a caminar, etc. Así, al eliminarse este sistema de permisos, una de las demandas que surgió por parte de los pacientes fue la necesidad de que les compren los cigarrillos. Quienes cumplieron esta función fueron los psicólogos, que cuando podían iban a hacer las compras solicitadas.

Al observar los profesionales el costo cada vez más elevado de los cigarrillos y ante los problemas económicos de los pacientes internados (tienen muy poco o ningún acceso a dinero), decidieron comprar tabaco suelto, papel de armar y filtros, y así, en conjunto con los pacientes se generó un espacio para armar los cigarrillos. Según una de las profesionales fueron algunos fenómenos que se produjeron en este taller lo que dio pie a que se constituyera el grupo de conversación:

...Antes de poder intervenir con un grupo tiene que haber determinadas condiciones de posibilidad de que se pueda intervenir, y esas condiciones de posibilidad se crean a partir de algo, y ese algo, por ahí nosotros lo nombramos excusa, es decir, hay algo, que no es eso pero que es lo que nos permite poder crear la posibilidad de intervenir. Lo que nosotros pudimos escuchar, de que había una demanda de comprar cigarrillos y de necesidad mínima de hablar por teléfono a sus familiares, y de comprar la coquita, y de.... La cuestión del cigarrillo. Eso es lo único que nosotros podemos escuchar manifiestamente. (Entrevista 3)

Esto, nos permite pensar la solicitud de cigarrillos por parte de los pacientes internados como un pedido, y el reconocimiento por parte de los profesionales de la necesidad de un espacio grupal, como la detección de una necesidad inferida (Rodríguez et al, 2001).

Para hablar del taller de armado de cigarrillos que surgió en el Hospital tenemos que pensar en las razones que pueden llevar a que un espacio de estas características se produzca. Siguiendo la idea de Lawn (2004) de que el cigarrillo ocupa un lugar primario dentro de la vida en instituciones de salud mental, es entendible que ante la demanda por parte de los internados de este “bien”, los profesionales hayan resuelto proveérselos, ya que el uso del cigarrillo parece tener diferentes funciones, sea, en el caso de los pacientes, para “llenar espacios de aburrimiento, relajarse, para trasladarse de una actividad a otra, como parte de la socialización con otros...” o por parte de los profesionales, además de lo anterior, para “establecer rapport con los clientes y asegurar la seguridad y armonía en el ambiente de observación” (Lawn, 2004).

El autor, plantea la existencia de una “Cultura de Fumar”, que involucra diferentes participantes, roles y reglas de comportamiento e interacción que se manifiestan en creencias y actitudes, ritos e ideologías que en conjunto la perpetúan. Dentro de las instituciones psiquiátricas el cigarrillo actúa como “la moneda de cambio de una economía de fichas”, un bien preciado cuya presencia facilita la relación tanto de paciente a paciente como de profesional a paciente (Lawn, 2004). Sobre esto, Trebilcock (2017) dirá que “las percepciones del equipo de salud mental juegan un papel fundamental en la perpetuación de esta cultura de fumar, ya que los cigarrillos a menudo se han utilizado como castigo y refuerzo positivo”. Esto, podría deberse a lo planteado por Oliveira y otros (2014) que mencionan que el cigarrillo para pacientes fumadores con trastorno mental tiene tres sentidos, un apoyo para enfrentar las dificultades provenientes del trastorno mental, la representación de que el tabaquismo alivia los síntomas psiquiátricos y los efectos colaterales de los medicamentos, y, por último, el acto de fumar también proporciona placer, lo que implicaría su alto valor como bien de cambio.

Sobre esto, en la Entrevista 5 se plantea que:

Si, fue una discusión en este equipo y ante incluso plantearlo... porque uno dice este es un lugar de salud y nosotros hablamos de tabaco. Pero bueno, si nos parecía justo, no es que hagamos una defensa del tabaco, sino que bueno, ante esta situación terrible, de encierro no solamente de internación, sino de cuarentena y de pandemia, también lo que eso implica.

El grupo de conversación

El grupo de conversación surge en el mes de mayo del año 2020 a partir del descubrimiento por parte de los profesionales de la necesidad de un espacio grupal dentro del internado. Este descubrimiento se da a partir de la observación dentro de los talleres de armado de cigarrillos de que los pacientes entablaban conversaciones entre ellos, por lo que los profesionales decidieron generar un espacio donde pueda “circular la palabra”. Sobre esto en la Entrevista 3 el profesional menciona que:

Hay una autora que yo tomo, Graciela Jasiner, y ella habla de que antes de poder intervenir con un grupo tiene que haber determinadas condiciones de posibilidad de que se pueda intervenir, y esas condiciones de posibilidad se crean a partir de algo, y ese algo, por ahí nosotros lo nombramos excusa, es decir, hay algo, que no es eso pero que es lo que nos permite poder crear la posibilidad de intervenir.... A partir de eso que uno escucha, uno trata de hacer esto de crear alguna condición de posibilidad para poder intervenir, ¿no? Cuando uno dice intervenir, es porque uno actúa de una forma diferente que no es la interpretación, que es lo que se trabaja en otros espacios. Entonces nosotros decimos bueno, a partir de una excusa, se crearon... Esas excusas son el soporte para que después se pueda construir un dispositivo. Que es esa demanda que aparece manifiestamente.

Así, se hace necesario pensar en el proceso de construcción de la demanda, ya que es a partir de un pedido de los pacientes que se detecta una necesidad y luego se genera el dispositivo.

Para Rodríguez et al. (2001) las intervenciones pueden fundarse de diferentes maneras, ya sea a partir de un pedido formulado directamente por la comunidad, un pedido formulado por un tercero, o cómo es el caso del grupo de conversación a partir de una oferta, es decir: una situación en la que no aparece un pedido expreso, por lo que la intervención se genera desde fuera. Las autoras, consideran que, para poder realizar el análisis del momento inicial de una intervención, debemos pensar en cuatro conceptos claves que son: las necesidades, el pedido, la demanda y el encargo.

Las necesidades, refieren a elementos sin los cuales no es posible la supervivencia o la calidad de vida, cuyo proceso de identificación resulta un momento clave para explicitar los problemas a abordar; diferencian entonces, entre necesidades “normativas o inferidas”,

que surgen de la comparación realizada por un agente externo entre la realidad y un canon preestablecido, y las necesidades “sentidas”, aquellas manifestadas por las propias personas. El pedido, es “la explicitación de la necesidad de ayuda, dirigida a quien o quienes se cree podrán responder a la misma” (Rodríguez, et al. 2001).

Con respecto a la demanda, dirán que en los casos en que la intervención se genera desde la oferta de un servicio (como es nuestro caso), la propia oferta y la posibilidad de que sea aceptada, implica un diagnóstico de situación y de coyuntura, de tal forma que la formulación del proyecto se articulará con las necesidades de los destinatarios, por lo que, a partir de ello, la demanda puede desplegarse. (Rodríguez, et al. 2001).

En relación al taller de armado de cigarrillos y cómo se transformó en el grupo de conversación, en la entrevista 4 se menciona:

Entonces fue por eso, era demasiado, le quedó el nombre ese del taller de armado, pero en realidad era la excusa... Y después tratamos de improvisar una reunión si es posible en espacio abierto y si no es posible, como podemos, con más distancia, para poder hablar.

Así, partiendo de la idea de las asambleas que se realizaban en el hospital y que fueron suspendidas por el surgimiento de la pandemia, se instauró este espacio que debía contemplar la posibilidad del trabajo en grupo sin perder de vista el distanciamiento social necesario para una adecuada prevención.

Con respecto a la modalidad de funcionamiento, en la entrevista se menciona que: “*En general los grupos de conversación no eran muy largos, a veces no llegaban a una hora... tres veces a la semana, lunes, miércoles y viernes*”.

A diferencia de las asambleas de pacientes, los grupos de conversación tenían un encuadre más flexible, así, de acuerdo a los pormenores con que se encontraban los profesionales, se establecía un horario y se invitaba a los pacientes a participar.

A veces no es fácil porque la mañana es muy corta en el hospital, porque tenemos pase de guardia, revista de sala, cada médico va y ve y evoluciona y paz pa pa. Y a las 12 o clock están almorzando, y entonces es muy cortita la mañana, pero muy cortita, pero se hace lo que se puede, se hacen los grupos de conversación, el tema del tabaco, las compras, y todo eso. (Entrevista 3)

Para los profesionales, generalmente, estos grupos tenían una buena convocatoria:

En un momento x había un promedio de 15, 17 pacientes que es mucho, porque si vos hablas de 35 pacientes, en general tenés que hablar de 5 que está en aislamiento, son los que van ingresando, o sea que ahí tenes 30 en el pabellón, de los 30 hay algunos que son los que están en cuidados especiales o los que recién ingresan que no están en condiciones todavía de participar, porque están realmente recién ingresados, y después tenés el grueso que si participaba, entonces la verdad es que la participación ha sido grande, mucha. (Entrevista 3)

Y, al igual que en las asambleas, los conversatorios, para los profesionales, cumplieron una función muy importante para los nuevos ingresos al internado. En la Entrevista 4 se menciona que:

Cuando le llamamos conversatorio es como que bajamos un poco más todavía lo que sería del orden del encuadre (en relación a la asamblea). Entonces nos interesa básicamente primero la presentación de cada uno y que cada uno tenga un momento para hablar. Porque a veces les cuesta entre ellos escucharse, y entonces todos hablan juntos. Entonces gran parte de la cuestión es esa, poder ordenarlos, presentarlos, y bueno, que cada uno tenga la posibilidad de tomar la palabra.

Un aspecto diferencial entre el grupo de conversación y las asambleas, fue la posibilidad de poder pasar “de la queja a la propuesta”, lo que implica un proceso elaborativo por parte de los participantes.

Sobre esto uno de los profesionales entrevistados menciona:

Lo que nosotros notamos es este pasaje que es muy importante también en los grupos que es salirse de ese momento de queja que es como el momento inicial y poder que la propuesta empiece a surgir de ellos. Entonces, empezó esa parte más de generar algunas cuestiones ya desde ellos, ¿no? Nosotros íbamos tomando algunas cosas que ellos iban diciendo y veíamos que grado de posibilidad había con lo que ellos proponían, con los recursos que había y con las cuestiones institucionales que ahí pedían. (Entrevista 3)

Así, de estas reuniones, surgieron ideas como la posibilidad de escuchar música, la implementación de una biblioteca a partir de libros donados por organizaciones y personas, un

ropero en el que los pacientes podían elegir ropa, entre otros. La entrevista 3 continúa: *“la idea era eso, y sobre todo proponer algo y así fueron surgiendo las actividades, los distintos espacios, había mucha demanda de la cuestión del deporte, de la actividad física, del aburrimiento y la música”*

Una mirada desde la clínica.

Un elemento central de las entrevistas con los profesionales fue la consideración de los mismos de que era necesario un espacio para que “circule la palabra”. Frente a esto, no queda más que cuestionarnos ¿por qué es tan importante que la palabra circule?

Para responder esto, es imprescindible situarnos en el contexto histórico en el que se genera la propuesta. Debemos tener en cuenta que hasta la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en Argentina había poco o ningún resguardo en relación a los derechos de los pacientes. El informe “Vidas Arrasadas” del Centro de Estudios Legales y Sociales (2007, p. 56) plantea que: “dentro de muchas de las instituciones psiquiátricas argentinas se perpetran violaciones a los derechos humanos de las personas internadas, incluyendo violaciones al derecho a la vida, a la salud, y a un trato digno y humano...”

La implementación de esta nueva ley apunta, entre otras, al reconocimiento de los derechos de los pacientes, su autonomía. Por eso, que los pacientes tengan un espacio diferente a las entrevistas individuales dentro del hospital donde poder ser escuchados, donde poder hacerse oír, escuchar a los demás, y proponer cosas en relación a como están atravesando su internación, responde a algo que va más allá de que la función comunicacional que pueda tener la palabra, es una apropiación del espacio de internación y un reconocimiento de sus identidades y derechos. Sobre esto, en la entrevista 3 (anexo) se menciona que una característica de los grupos de conversación es la heterogeneidad de los diagnósticos de los participantes. El profesional entrevistado, plantea que:

Por ahí en la época está esta tendencia a la especificidad, a la especialidad, entonces están los grupos de fóbicos... donde la especificación es mortífera, y acá lo que se rescata mucho es la heterogeneidad, es devolverle (al paciente) un estatuto más allá de lo diagnóstico, y cuando se trata de los lazos la verdad es que los diagnósticos... Son personas, personas que están transitando, atravesadas por la misma situación de

internación y que pueden establecer lazos entre ellos, entonces ahí uno dice bueno... ¿a quién le sirven estos diagnósticos?

Por otro lado, se ha visto que la cuarentena incrementa “la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas, ya que, en ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren” (Huarcaya, 2020) lo que nos lleva a pensar la importancia de la conversación en una instancia de horizontalidad. Y es que la conversación es una manera de relacionarse con las personas, permite obtener información y compartir escenarios que muestran la diversidad de afectaciones, pensamientos, experiencias y posturas; genera procesos reflexivos que permiten organizar el discurso propio en relación al contexto conversacional en el que se participa (Pava-Ripoll, 2015), es una instancia donde los niveles inter, intra y transubjetivos se enlazan, y es lo que va a permitir el despliegue de las organizaciones inconscientes que hacen a la conformación de un grupo; grupo que protege al sujeto de la soledad, el desamparo, el miedo, los peligros del mundo externo y del mundo interno, y, que permite el apuntalamiento del psiquismo (Kaës, 2010).

Un aspecto sumamente importante al trabajar en grupos se relaciona con el rol del psicólogo, y particularmente con las intervenciones que se realizan en estos espacios. Para Graciela Jasiner (2007) es importante que quien coordina pueda armar lo que Foucault llamó una “caja de herramientas” con recursos teóricos y técnicos y una lógica que le permitan pensar la dirección de su tarea y dirigir una operatoria, orientando sus intervenciones en algún sentido. Siguiendo esta línea, Edelman y Kordon (2002) proponen que las intervenciones comienzan aun antes de que se configure el trabajo grupal como tal. Para ellas, el cómo somos convocados o cómo convocamos a la formación del grupo, así como qué tipo de dispositivo elegimos implementar, ya implica una intervención en sí mismo. Así, para las autoras es deseable que las intervenciones se correspondan con una inteligibilidad, una interpretación conceptual de lo que ocurre en el grupo, es decir que se puedan apoyar en un modelo teórico desde el cual se comprendan los fenómenos que se despliegan.

Sobre esto, en el caso de los profesionales entrevistados, se trabajaba desde una mirada psicoanalítica, con reuniones de personal y supervisión particular, buscando separarse del modelo médico hegemónico y de la lógica manicomial, de tal forma que esto permite otra aproximación a la salud en general y a la salud mental en particular, lo que se ve reflejado en los siguientes fragmentos:

En el área de rehabilitación también, nosotros somos algunos más psicoanalistas, menos, algunos más lacanianos menos lacanianos, pero en el fondo somos discípulos de Pichón Riviere. El psicoanálisis lo que hace es darle un poquito más esa diferenciación en relación a rescatar lo singular que es lo que nosotros decimos todo el tiempo, todo el tiempo, que es rescatar lo singular de lo grupal... Trabajamos con eso, el abordaje grupal. Cuando tenemos la posibilidad también hacemos el acompañamiento individual. (Entrevista 2)

Las normas de bioseguridad dejaron al hospital de nuevo en un plano que estaba medio perdido (digo). El hospital neuropsiquiátrico desde algunos directivos en adelante consideran que eso es un manicomio, y las medidas de bioseguridad de la pandemia vinieron a poner en evidencia que el Neuro por sus características es un hospital más del sistema de salud. ... Cuando se piensa el hospital es un manicomio se piensa que se los encierra a los pacientes, se los aísla y el único tratamiento es la pastilla. Cuando nosotros pensamos que es un Hospital, se piensa desde que la persona está ahí, sufriendo y recibe una atención lo más integral que se puede dentro de lo que son las instituciones con los límites que tiene. Pero si piensas que es un hospital lo piensas desde (la posición) de que quien está ahí no está encerrado, sino que está internado, se lo atiende, se lo asiste. Es otra mirada. (Entrevista 2)

Siguiendo el análisis del quehacer del coordinador, Jasiner (2007, p. 171) dirá que: “se debe complejizar, anudar, tejer una red que aloje al sujeto, que lo ayude a trazar un rodeo, que intercepte la letal e imperiosa compulsión a hacer algo inmediato y total”. Para esto, propone que, dentro de las intervenciones del coordinador, trabajamos por lo menos con dos tipos de intervenciones: las de corte y las de ligadura, apuntando en una primera instancia a producir “alojamiento subjetivo”, un espacio seguro, de amparo para los sujetos (función de ligadura), y luego a introducir demora (función de corte).

Un claro ejemplo de la función de corte aparece en un fragmento de la entrevista 3, donde la profesional nos cuenta que, ante la posibilidad de proponer actividades: “*lo primero que dijeron fue hagamos un fogón, un fuego, un asado. Lo que era el nivel más alto de incendio en Córdoba. No, eso no, por ejemplo. Pintemos la pared, digo, algunas cosas que no.*”

Es importante aclarar que la función de corte no tiene que ver solo con el límite, sino también con la elaboración, con tomar algo de lo que el otro dice y ayudar a darle nuevos sentidos. También implica favorecer el registro del otro, de tolerar la diferencia. Se trata de dar lugar a que se expresen grupalmente, pero teniendo en cuenta que se encuentran inmerso en una comunidad con cultura específica y dentro de esto nos encontramos con elementos prohibidos y permitidos. La función de corte ayuda también a la integración social al registrar las reglas implícitas que allí circulan.

Siguiendo a Jasiner (2007), las intervenciones de quien coordina grupos, apuntan a ligar lo que va sucediendo. Y, al mismo tiempo, “separar lo que está pegado” para que advenga algo que no posee sentido aun, así el grupo pueda ofrecer nuevas alternativas a aquello que no ha tenido lugar o que se encuentra cristalizado. Se trata de posibilitar que las experiencias se inscriban de nuevos modos, produciendo “nuevas narrativas”.

Un ejemplo de estas nuevas narrativas puede ser observado comparando dos fragmentos de entrevistas, donde en el primer caso se nos comenta que:

A veces les cuesta entre ellos escucharse, y entonces todos hablan juntos. Entonces gran parte de la cuestión es esa, poder ordenarlos, presentarlos, y bueno, que cada uno tenga la posibilidad de tomar la palabra (Entrevista 4)

Esto nos remite nuevamente a las funciones de corte y ligadura del coordinador, cuyos efectos podrían observarse en el siguiente fragmento, que nos habla de algunos procesos que han tenido que ver con el grupo y que aparecen enmarcados con respecto a la propuesta de escuchar música y cantar que nace de los grupos de conversación:

La verdad que era muy llamativo ver como el grado de tolerancia se ponía en juego porque había que estar, y pasaba de un reggaetón a una canción de folclore sin pausa y sin prisa, y bueno, viste, o uno que cantaba una canción religiosa, o el otro que cantaba... Bueno, digo, y eso me parece que permitió esa cuestión de poder como respetar al otro. (Entrevista 4)

En este fragmento, podemos también hipotetizar sobre la función de ligadura, ya que este “respetar al otro” estaría relacionado con poder integrar los elementos diferentes que aparecen para favorecer el armado grupal. El hecho de identificar que músicas tenemos en común, cuales tenemos diferentes y poder hacer una *impass* en lo que uno quiere para dar

espacio a los demás, formaría parte de esta nueva narrativa, producto no solo del corte, sino de la ligadura.

Por otro lado, si bien la imposibilidad de la participación in situ en los Grupos de Conversación nos impide una observación directa de los fenómenos grupales que pudieran haber acaecido durante los mismos, podemos hipotetizar a partir de los dichos de los profesionales entrevistados, algunas manifestaciones propias de la grupalidad.

Siguiendo la idea de Kaës (2010) de que “todo vínculo intersubjetivo se constituye como un espacio de realidad psíquica inconsciente conjunta, común y compartida” podemos analizar algunos fenómenos acaecidos en el Grupo de conversación como manifestaciones propias de los procesos grupales.

Me parece que los grupos de conversación han tenido que ver con esta cuestión de poder (inteligible) de poder intercambiar y de poder eso, hablar sobre lo que estaban pasando y sobre todo entre los jóvenes (Entrevista 3)

Así, la posibilidad de que los pacientes pudieran “*decir que sentían, hubo momentos más emotivos entre ellos, más de darse aliento, o de consolarse*” (Entrevista 3) nos habla de procesos relacionados al acoplamiento de las psiques en el armado de un aparato psíquico grupal, como las identificaciones, la resonancia fantasmática, las posibilidades de apuntalamiento, entre otros. (Kaës 2010).

En relación a la resonancia fantasmática Kaës (2010) dirá que, así como la fantasía juega un papel estructurante en el psiquismo individual, en los grupos constituye uno de los principales organizadores de los aspectos imaginarios del grupo, incidiendo en la manera en que este aborda su tarea manifiesta. Cada miembro del grupo tiene una determinada fantasía, asumiendo un determinado rol que incluye varios lugares o posiciones. En el grupo, esa persona tenderá a identificarse con alguna de las posiciones de su fantasía asumiendo un determinado rol en la escena e intentará que los otros asuman los roles que él requiere para poner en escena su fantasía de tal forma que el contenido de la misma puede, por resonancia, activar fantasías en los otros miembros del grupo, que asumirán o no roles complementarios

Así, esto puede observarse en situaciones en las que se ponen en práctica esas propuestas que surgen del grupo de conversación, por ejemplo:

Todas las actividades que después derivan de eso, siempre han tenido que ver con propuestas y propuestas que eran tomadas o no eran tomadas y que a partir de eso se podía, bueno aparecía esto de "uy yo se tal cosa, y el otro tal otra" y empezaban a aparecer toda la cuestión que tiene que ver con los saberes previos, digo esta cuestión de que no... "uy yo, una vez hice no sé qué" y empiezan a aparecer las historias de cada uno y eso (Entrevista 3)

En este fragmento, se puede observar también un fenómeno de la intersubjetividad que sería el “préstamo de preconsciente”. Para Kaës (1996, p. 97): “la capacidad de alojamiento, de contención, de significación y de transformación/ interpretación que caracteriza a la actividad del preconsciente tiene como condición algunas cualidades del preconsciente de los otros”, de este modo en la situación grupal, la puesta en palabras del otro, por trabajo de su preconsciente, da condiciones a cada uno de los sujetos que favorecen la ligadura o absorción de los restos traumáticos y la simbolización elaborativa (Edelman y Kordon, 2002).

A su vez, se pudo observar la asignación de posiciones dentro del grupo, ya que en la Entrevista 3 se menciona que: “*los pacientes la quieren mucho a esta paciente, es jodida pero la quieren mucho, imagínate, es como la abuela de todos estos otros chicos que tienen un promedio de 20 años, 24 años*”, esto nos habla del concepto de *grupo interno* (Pichón Riviere, 1988), es decir la presencia en los miembros del grupo de una común representación interna del conjunto al que pertenecen, que, para Kaës (2001), son formaciones intrapsíquicas dotadas de una estructura grupal, que cumplen funciones de ligazón en el aparato psíquico. Así, siguiendo la idea de Pichón Riviere (1988) de que el grupo es un conjunto de personas articuladas por su mutua representación interna, y que dicha representación sigue las características del modelo dramático, podríamos pensar que representación “abuela” y por lo tanto la representación de “nieto”, forman parte de los grupos internos de los pacientes participantes del grupo. Por otro lado, esta viñeta también puede estar relacionada con los organizadores transpsíquicos grupales, un tipo de formación propia de la grupalidad que asocia emociones, representaciones, argumentos y esquemas de transformación que determinan los lugares correlativos a los que puede identificarse o asignarse un sujeto. Estos organizadores transpsíquicos contribuyen también, a la formación y transformación de la psique del sujeto singular, y son los supuestos básicos, la ilusión grupal o la ideología (Kaës 2010) lo que puede observarse en que algunos de los grupos de conversación giraban en torno situaciones particulares de la internación, por ejemplo:

Tenían que ver más con una cuestión de conflicto en algún momento, de cuestiones, de intercambios que tienen que ver con la cotidianeidad, pero después también hubo momentos reflexivos, obviamente, también momentos donde se podía reflexionar sobre la situación del hospital, en general el cuestionamiento fuerte tenía que ver con que... un paciente trajo que este no era un hospital, parecía un hospital... O sea que se armaban algunas discusiones, algunos planteos en relación a que era lo que pasaba, que estaba pasando ahí, las externaciones, el trato, y bueno, una serie de cuestiones ahí en relación a ellos. (Entrevista 3)

Es importante considerar, a su vez, que si bien el grupo de conversación no tiene un objetivo terapéutico en sí mismo, si podría haber tenido algunos “efectos clínicos”, ya que la grupalidad en sí misma posee factores terapéuticos que se relacionan a diversos fenómenos que tienen la capacidad de brindar al sujeto nuevas modalidades de accionar, nuevas perspectivas de análisis de las situaciones en las que se ve incluido, resolución de problemáticas puntuales, entre otros elementos que poco a poco implican modificaciones en su realidad psíquica a favor del bienestar y mejora de la calidad de vida.

Sobre esto, y en relación al grupo de conversación uno de los profesionales entrevistados hace hincapié en la importancia de *“diferenciar por qué esos grupos no son terapia... Sobre todo, por qué no es terapia de grupo”* y sin embargo, esto *“no quiere decir que no tenga efectos clínicos”*.

Siguiendo a Vinogradov & Yalom (2012) algunos de estos factores terapéuticos pueden ser el altruismo, la cohesión de grupo, la posibilidad de sentirse identificado con sentimientos, ideas o problemas de otros miembros del grupo, el desarrollo de técnicas de socialización, la transmisión información (se a través de consejos, o instrucciones brindadas por el terapeuta u otros miembros del grupo), la posibilidad de realizar catarsis, el comportamiento imitativo, la reactualización correctiva de la experiencia familiar, la posibilidad de infundir esperanzas y algunos relacionados a factores existenciales donde el sujeto se vuelve más responsable de su vida (realidad) y resuelve problemáticas relacionadas a cuestiones inherentes de la existencia humana.

Para ilustrar esto, pueden observarse los siguientes recortes de entrevistas, donde los profesionales manifiestan algunas situaciones que podrían estar relacionadas con los efectos de la participación de los pacientes en los grupos de conversación:

Entrevistador: Entre los pacientes vos has escuchado alguna vez que se haya mencionado 'che mira, prendete al grupo de conversación, que está bueno, al conversatorio'.

Respuesta: Si, de hecho, algunos entre ellos se invitan. (Entrevista 4)

En este recorte se puede intuir una valoración positiva del sujeto en relación a la ayuda que puede prestarle el grupo, lo que está relacionado con el factor altruismo, ya que, si no fuese así, quizás los participantes no invitarían a otros pacientes al mismo.

De la misma manera, en el siguiente recorte:

El Espacio fue de conversación, de poder decir lo que sentían, hubo momentos más emotivos entre ellos, más de darse aliento o de consolarse (Entrevista 3)

Así, aquí puede observarse una instancia en la que se habilita que los participantes puedan resonar con los sentimientos de los demás, con la posibilidad de que alguno haga catarsis y que los demás puedan intervenir, por ejemplo, al infundirle esperanzas, transmitiendo información, dando consejos, compartiendo vivencias.

Por otro lado, no se pueden perder de vista algunas de las intervenciones que surgieron a partir de las propuestas nacidas en el seno del Grupo de Conversación. Una de ellas, fue la contemplación de distribución de vestimenta acorde a los gustos de los pacientes, ya que implica un reconocimiento de la identidad. La vestimenta surge como una necesidad de protección y abrigo que, con el tiempo, se convierte en un elemento identitario entre los grupos humanos. La concepción de la vestimenta va de acuerdo a una determinada cultura y se relaciona a diferentes aspectos de la vida, sea de carácter económico, político, ético, religioso, estético, etc. (Ríos, Acuña, 2007). Del mismo modo, podemos pensar intervenciones en relación a la posibilidad de escuchar música, de conseguir libros para armar una biblioteca en el internado, ver películas, etc.

A partir de lo anterior, se rescata la importancia de los conversatorios como un espacio que brinda alojamiento a quienes participan de él, ofreciendo la oportunidad de que los pacientes dispongan de un espacio seguro en el cual expresarse y compartir sus experiencias, sus malestares, sus interrogantes, estando acompañados dentro del internado desde una óptica diferente a la medicalización y tratamiento específico de la patología.

Todo esto, nos permite pensar el Grupo de Conversación como un espacio de promoción de salud, ya que, aunque no persigue un objetivo terapéutico en sí mismo, facilita la creación de un ambiente y entorno saludables, a partir de la participación social de los pacientes, involucrando a la vida cotidiana dentro de un espacio hospitalario, lo que podría inferirse como efectos terapéuticos del dispositivo.

CONSIDERACIONES FINALES.

El año 2020 fue un año atípico, atravesado por la aparición de la enfermedad pandémica COVID – 19, que trastocó la cotidianidad de las personas, ya sea en lo sanitario, lo social, lo político, lo económico, etc. La realización de las prácticas pre profesionales, en este contexto, implicó una modalidad diferente de trabajar con las instituciones, ya que los alumnos practicantes no pudimos participar dentro de las mismas, ni experimentar la cotidianidad insertos en ellas. Sin embargo, la predisposición de los profesionales y diferentes actores intervinientes en las instituciones, hizo que pudiéramos conocer y participar de lo que sucedía de una forma novedosa.

Es así que en este trabajo he tratado de analizar la construcción de un dispositivo grupal dentro de una institución psiquiátrica, pública y monovalente, en un contexto en que lo grupal se encontraba limitado por las normativas de distanciamiento social.

Pude observar cómo dentro del internado del hospital se detectó una “necesidad de grupalidad” en los pacientes, y cómo el abordaje de la misma puede hacer aflorar los beneficios que aporta el trabajo intersubjetivo, y que, además de los efectos terapéuticos que promueve, previene los malestares que pueden producirse a raíz del aislamiento social. Es debido a esto que el grupo de conversación puede ser considerado un dispositivo clínico, que permite pensar el rol profesional

A partir de esto me detuve en esclarecer la importancia de la detección, por parte de los profesionales intervinientes, de la presencia de una necesidad en los pacientes del internado, lo que, a mi parecer, es un aspecto fundamental del rol profesional, y, que no sería posible sin la presencia una “caja de herramientas” (Jasiner,) construida a partir de elementos teórico-técnicos, experiencias y pensamiento clínico que les permitiese en una primera instancia identificar la situación, y luego proponer un espacio que permita el trabajo sobre la misma.

De esta manera, la construcción de este dispositivo puede ser pensado como el resultado de un trabajo conjunto, donde los pacientes han tenido un rol activo, de la mano de los profesionales y anudados a un contexto inédito y complejo. Se podría pensar, que ha sido reflejo de la salud mental el sugerir, desear y motivar la construcción de un espacio grupal, atendiendo a las regulaciones necesarias para que sea acorde a las intervenciones sanitarias actuales.

Otro aspecto a tener en cuenta en la constitución de este dispositivo, sale a la luz en relación a ley 26.657 con respecto a la transformación de los hospitales monovalentes. Si bien, el contexto actual de crisis puede acarrear un retraso en la aplicación de la misma, considero

que es sumamente importante que, dentro de una institución de estas características, como lo es el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, se produzcan prácticas en consonancia con los derechos establecidos en la misma.

Así, ha podido ser observado en los relatos de los profesionales que, en las prácticas psicológicas dentro de la institución, se busca que las intervenciones puedan despegarse de un paradigma centrado en prácticas manicomializantes, que desconectan a los sujetos de sus lazos, les impiden poner en palabras lo que les sucede o que se centran únicamente en aliviar síntomas, dejando de lado los sentidos posibles, lo que no significa que este tipo de prácticas no existan aún.

De este modo, el grupo de conversación puede ser pensado como un dispositivo que adscribe a una lógica diferente a la manicomialización, ya que es un espacio que apunta a que los pacientes puedan apropiarse del espacio de internación y posibilita a su vez que estos se sepan reconocidos tanto en sus identidades como en sus derechos.

Es por esto, que siguiendo el pensamiento de Cohen (2018) adscribo a la idea de que es tarea, no solo de los profesionales, sino de aquellos que nos dirigen, asumir una posición ética y responsable que persiga los objetivos establecidos en la mencionada ley, para asegurar que los soportes y apoyos que debe brindar el Estado estén presentes para que los sujetos con padecimiento mental puedan ser incluidos en la comunidad y obtengan así, una vida digna.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander-Egg, E. (1999). El taller: una alternativa de renovación pedagógica. Magisterio del Río de la Plata.
- Bernard, M. (1992). Hacia un psicoanálisis grupal. Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, III, 29, 7-11.
- Bernard, M., L'Hoste, M., Kordon, D., Cao, M. L., Edelman, L., & Segoviano, M. (1995). Desarrollos sobre grupalidad; una perspectiva psicoanalítica. In *Desarrollos sobre grupalidad; una perspectiva psicoanalítica* (p. 173-p).
- Bernstein, I; Puget, J (1997) *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica*. Paidós: Buenos Aires.
- Bernstein, I (2007) Clase 8: Teoría vincular y Psicoanálisis. Del ser al hacer: Curso sobre vincularidad. Ed. Paidós: Buenos Aires
- Bru, G. S. (2017). Sujetos, conceptos y modelos: reflexiones sobre las normativas jurídicas en el campo salud mental (Argentina). *Revista Inclusiones*, vol. 4 (pp 108-121). Buenos Aires. Argentina.
- Gobierno de la República Argentina. Boletín Oficial. (2020, 19 marzo). Recuperado 15 de octubre de 2020, de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Cesio, S. (2000). Acerca del Psicoanálisis de las Relaciones Vinculares. *Revista Internacional de Psicología*, 1(02), 1-9. doi:<https://doi.org/10.33670/18181023.v1i02.8>
- Cohen, H. (2019). Lo que la ley pone en evidencia. *Revista Clepios* N° 80 (pp. 132-135). Ed. Polemos. Buenos Aires.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires: la invención del psicólogo (1942-1966)* (No. 159.9 (091)(82)). Paidós.
- Federación Europea de Asociaciones. (2003). *Psicología Clínica y Psiquiatría*. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- De Georgi, G. (2014) *La Profesión del Psicólogo en la Argentina*. Recuperado de <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.psych.unc.edu.ar%2Fwpcontent%2Fuploads%2Fcapitulo-3-el-ejercicio-de-la>

profesion.pdf&ei=F6_oVMYRN8aigwSpwYHoCA&usg=AFQjCNHCGez3VTr
6mtIpvKUaCXyjiFvIg

Edelman, L. & Kordón, D. (2002). Trauma social: trabajo elaborativo en grupos de reflexión. Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos en el Cono Sur. Buenos Aires, 85-100

Edelman, L., & Kordon, D. (2011). Trabajando en y con grupos. *Vínculo y herramientas*. Buenos Aires: Psicolibro.

Fernández, A. M. (1995). *El Campo Grupal: Notas para una genealogía*. Editorial Nueva.

Ferrari, F. (2016). *De la locura a la enfermedad mental en Córdoba (1758 - 1930) Una historia cultural de los discursos y prácticas médicas sobre la locura*. Córdoba: Proyecto Alethéia Clío. ISBN: 9789874212412.

Foladori, H. (2010). La asamblea general en las comunidades terapéuticas. *Castalia*, 12(17), 15–26.

Gallegos, Miguel. (2005). Cincuenta años de historia de la Psicología como institución universitaria en Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 641- 652. Recuperado el 20 de mayo de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000300021&lng=pt&tlng=es.

Ghisiglieri, F, Rosolino, L, Santi, M. (2013). Empoderamiento de derechos (a ser) humanos en usuarios del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Tesis de licenciatura. Universidad Católica de Córdoba. Córdoba.

Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2020, 15 octubre). COVID-19: informe diario de la situación en la provincia. Recuperado 15 de octubre de 2020, de <https://www.cba.gov.ar/covid-19-informe-diario-de-la-situacion-en-la-provincia-33/>

Goffman, E. (2001) *Internados: Ensayo sobre la situación actual de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu

González Aguirre, A. (2012) Tejiendo tramas de la memoria: aportes a la construcción de la identidad del colectivo de psicólogos de Córdoba (hasta 1994). Córdoba: CPPC

- Huarcaya-Victoria, Jeff. (2020) Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [online]. v. 37, n. 2 pp. 327-334
- Jara, O. (2011) *Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias*. Recuperado de http://www.bibliotecavirtual.info/wpcontent/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico_practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf
- Jasiner, G. (2007). *Coordinando grupos: una lógica para los pequeños grupos*. Lugar Editorial.
- R. Kaës. (1992). Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. Tomo XX-2, 15-36.
- Kaës, R. (1996). “El grupo y el trabajo del preconscious en un mundo en crisis”. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*. El analista en el campo vincular. 1996, Buenos Aires, Argentina.
- Kaës, R. (2000) *Las teorías psicoanalíticas de grupo*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Kaës, R. (2010) *Un singular plural*. Amorrortu: Buenos Aires
- Lawn, S. J. (2004). Systemic Barriers to Quitting Smoking among Institutionalized Public Mental Health Service Populations: A Comparison of Two Australian Sites. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 204–215. doi:10.1177/0020764004043129
- Leonardis, M. & Lafi, L.N. (2011). Algunas relaciones entre arquitectura y clínica en el hospital neuropsiquiátrico provincial de Córdoba. *Actas del Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*, 12, 26-34. Córdoba.
- Ley Provincial N° 7.106. Disposiciones para el Ejercicio de la Psicología, (1984).
- Macaya, P., & Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev. Chile Anest*, 49, 356-362.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Mauer, S., Moscona, S., & Resnizky, S. (2014). *Dispositivos clínicos en psicoanálisis*. Letra Viva.
- Ministerio de Educación y Cultura, Córdoba, Argentina (20 de septiembre de 1985) Ley de Incumbencias de los títulos de Psicólogo y Licenciado en Psicología [Ley 2447 de 1985]

- Ministerio de Salud (2013) Decreto reglamentario 603/13. Buenos Aires. Disponible en formato digital en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
- Moguillansky, R.; Nussbaum, S. (2013) *Teoría y clínica Vincular: fundamentos teóricos del abordaje clínico de la pareja y la familia*. Ed. Lugar. Buenos Aires. Argentina
- Morin, E., & Pakman, M. (1994). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: gedisa.
- Naciones Unidas Argentina. (2020, 23 junio). Análisis inicial de las naciones unidas covid-19 en Argentina: impacto socioeconómico y ambiental. Recuperado 15 de octubre de 2020, de <https://www.onu.org.ar/stuff/Informe-COVID-19-Argentina.pdf>
- Najmanovich, Denise (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6(14),106-111.[fecha de Consulta 20 de Marzo de 2021]. ISSN: 1315-5216. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27901409>
- Najmanovich, Denise. (2007). El desafío de la Complejidad: Redes, cartografías dinámicas y mundos implicados. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12(38), 71-82.
- Nevid, J. (2009) *Psicología: Conceptos y Aplicaciones*. Cengage Learning Editores. D.F. México.
- Oliveira, Renata Marques de, Siqueira Júnior, Antônio Carlos, Santos, Jair Lício Ferreira, & Furegato, Antonia Regina Ferreira. (2014). Dependencia nicotínica en los trastornos mentales, relación con indicadores clínicos y el sentido para el usuario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 685-692. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3549.2468>
- Pachuk, C.; Zadunaisky, A. (2010) *Psicoanálisis Vincular: curarse con otros*, Ed. Lugar. Buenos Aires. Argentina
- Pava-ripoll, Nora Aneth (2015). Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: un aporte metodológico. *Interdisciplinaria*, 32(2),203-222.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.3 en línea]. <https://dle.rae.es>

Rios Acuña, S. (2007). Vestimenta e identidad en el valle del Mantaro: La Kutuncha.

Rodríguez, A.; Giménez, L.; Netto, C; Bagnatto, M.J. y Marotta, C. (2001). “De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en psicología comunitaria”. En *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. 10, N.º 2: 101-109. Universidad de Chile, Santiago de Chile

Trebilcock G., Juan. (2017). Smoking in patients with psychiatric diagnosis. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 232-235

UNICEF. (2020, 22 abril). Informe de prensa. Recuperado 15 de octubre de 2020, de <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/covid-19-unicef-encuesta-percepcion-poblacion>

Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11