



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**Especialización en Psicología en Servicios de Salud
Cohorte 2017**

Programa de Practicantados y Residencias

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA:

“Instalación de un dispositivo grupal en un servicio de salud del Primer Nivel de Atención. Sistematización de experiencia.”

Directora de Especialización: Profa. Adja. Mag. Margarita Fraga

Coordinadora Académica: Profa. Agda. Mag. Silvana Contino

Residente: Lic. Ps. Aline Sabani - C.I.: 4.816.889-2

Tutora: Profa. Agda. Mag. Gabriela Etcheverry

Lista de abreviaciones/siglas

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

CAIF: Centro de Atención a la Infancia y la Familia

CSCV: Centro de Salud Ciudad Vieja

C.T.: Corredor Terapéutico

MSP: Ministerio de Salud Pública

ODDH: Obesidad, Diabetes, Dislipemia, Hipertensión

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

RAP: Red de Atención Primaria

UdelaR: Universidad de la República

Resumen

Este trabajo procura dar cuenta del proceso de instalación de un dispositivo grupal en formato “corredor terapéutico” en un servicio de salud pública del Primer Nivel de Atención.

Se propone analizar las tensiones entre el Proyecto de intervención que ofició de mojón para trabajar con un dispositivo grupal y los derroteros transitados a partir de dicho eslabón inicial.

Interesa situar la reflexión en torno a la coordinación, en tanto allí radica uno de los vectores centrales de interés en este análisis para comprender los modos de intervenir que fueron habitados por quienes se ubicaron en la posición de coordinadores; los efectos identificados, los movimientos favorecidos y las producciones que tuvieron lugar en el trabajo grupal.

Se propone sostener un estudio implicado en torno a los desafíos del trabajo en equipo. Pretende pensar las condiciones de posibilidad requeridas para disponerse a trabajar con otros y hacerle lugar a la reflexión acerca de lo pasible de ser pensado y lo que no pudo acceder al pensamiento en el tiempo en que dicho trabajo fue desarrollado.

Palabras clave: dispositivo grupal; coordinación de grupos; equipos; servicios de salud.

Índice

1. Introducción	5
<i>1.1. Contextualización</i>	5
<i>1.2. Antecedentes</i>	6
<i>1.3. Preludio</i>	11
2. Presentación de la experiencia	15
<i>2.1. Dispositivos grupales</i>	15
2.1.1. Entrevistas de recepción grupal	18
2.1.2 Corredores terapéuticos	21
3. Metodología	26
<i>3.1. Objetivos de la sistematización</i>	27
<i>3.2. Acerca de lo posible y de lo imposible</i>	28
<i>3.3. Delimitación del objeto a sistematizar</i>	30
4. Discusión	32
<i>4.1. Apuntes para pensar la implicación</i>	32
<i>4.2. Análisis e interpretación crítica</i>	34
4.2.1. Reflexionar acerca de los procesos que se pusieron en marcha a partir del proyecto de instalación de un dispositivo grupal en formato “corredor terapéutico”. Tensiones proyecto-proceso	35

4.2.2. Pensar las relaciones trabajo de equipo/equipo de trabajo a partir de la coordinación del dispositivo grupal	52
4.2.3. Analizar los movimientos que se produjeron desde el rol de coordinación para que la tarea deviniera posible	63
5. Reflexiones para finalizar	78
6. Referencias bibliográficas	83

1. Introducción

1.1. Contextualización

Este trabajo se produce en el marco de la Especialización en Psicología en Servicios de Salud que ofrece la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

En el año 2009 la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Facultad de Psicología, firman un Convenio cuyo objeto consiste en formar recursos humanos, específicamente en psicología, con la calidad requerida por la sociedad uruguaya y acorde con los principios que rigen el Sistema Nacional Integrado de Salud; favorecer la producción de conocimientos psicológicos en el ámbito sanitario que contribuyan con mejorar la calidad de vida de la población. (Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009)

Para alcanzar esos cometidos se crea un Programa de Practicantados para estudiantes avanzados y de Residencias para Licenciados en Psicología. A partir de éste, se incorporan 36 estudiantes de la licenciatura y 18 egresados con hasta tres años de antigüedad a servicios de los tres niveles de atención en salud de ASSE. Dicho Convenio establece que estudiantes y egresados participen de las actividades propias de cada servicio, ligadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades; diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; rehabilitación y cuidados paliativos. (Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009)

En el año 2013 se aprueba en Facultad de Psicología la Especialización en Psicología en Servicios de Salud (Muniz, 2013). La misma toma como punto de partida el Programa de Residencias y propone que los psicólogos-residentes transiten una

Especialización, integrando las tareas de asistencia con actividades académicas que contribuyan con su proceso formativo.

1.2. Antecedentes

En Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Salud (2007), reglamentado por la Ley N° 18.211, organiza los servicios por niveles de atención, cuyos grados de complejidad orientan los recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura requeridos. Propone una red de atención en salud en la que los distintos servicios se comuniquen entre sí y complementen las prestaciones brindadas, generando mecanismos de referencia y contrarreferencia. Así como también, que el sistema sanitario se conecte con otros ámbitos, desarrollando una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria.

Uruguay suscribe a la Declaración de Alma Ata (OPS, 1978) en la que se compromete a desarrollar políticas sanitarias basadas en principios de equidad, universalidad y accesibilidad. En esa Conferencia Internacional, los países participantes se disponen a organizar sistemas de salud centrados en la estrategia de atención primaria como eje fundamental para el desarrollo social, económico y sanitario de sus comunidades.

Desde el año 1978 a la fecha la noción de estrategia de atención primaria se ha ido transformando. La Organización Mundial de la Salud la definió como:

Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la

prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.
(OMS, 2022, párr. 6)

En nuestro país, si bien a lo largo de la Ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay, 2007) no se desarrolla la concepción de estrategia de atención primaria, se describen las tareas concebidas como prioritarias para cada nivel de atención.

El primer nivel de atención orienta sus actividades hacia “la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente” y procura satisfacer las necesidades básicas en salud y mejorar la calidad de vida del núcleo humano involucrado. “Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.”
(Cap. IV, Art. 36)

El segundo nivel de atención dirige sus tareas a “satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.” (Cap. IV, Art. 37)

El tercer nivel de atención procura realizar “la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.” (Cap. IV, Art. 38)

En el año 2011 se aprueba el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicho Plan se propone garantizar de

forma universal y equitativa el acceso de la población a prestaciones en salud mental acorde a las necesidades de las personas. A partir de su aprobación, todos los prestadores de salud (públicos y privados) se encuentran obligados a brindar atención en salud mental en los modos establecidos en el mismo (MSP, 2011).

Dichas prestaciones distinguen tres modalidades de abordajes: en el modo 1 se pauta la atención grupal, con carácter gratuito, que incluye hasta 16 sesiones anuales por cada usuario; en el modo 2 se establece la atención individual, grupal, familiar o de pareja, previendo un máximo de 48 sesiones anuales por usuario y con un copago predeterminado; en el modo 3 se asegura la atención individual y/o grupal, de hasta 48 sesiones anuales por usuario que pueden renovarse hasta el máximo de 144 sesiones, con un copago menor al del establecido en el modo 2 (MSP, 2011).

Las intervenciones del modo 1 tienen como objetivo brindar atención grupal a personas que reúnan alguno de los siguientes criterios: familiares de personas con uso problemático de sustancias; familiares de personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar grave; personas que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar o que tengan un familiar que haya realizado un intento de autoeliminación en el último año; personas en situación de violencia doméstica; docentes de enseñanza primaria, secundaria y técnica que consulten por problemáticas asociadas a su labor; personal de la salud que consulte por temáticas vinculadas a su trabajo. Las personas accederán espontáneamente o por derivación. Los grupos serán abiertos a la entrada y salida de participantes, tendrán un máximo de 15 participantes y serán coordinados por una dupla de profesionales de psicología y/o psiquiatría, y eventualmente de trabajo social, enfermería u operadores terapéuticos (MSP, 2011).

Las intervenciones del modo 2 tienen como objetivo brindar atención psicoterapéutica individual, grupal, de pareja o familiar a personas que hayan realizado intento de autoeliminación; adolescentes y jóvenes de entre 15 y 25 años; docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria, de CAIF, secundaria, técnica y trabajadores de la salud. El acceso a esta prestación será a través de un Comité de Recepción, por iniciativa del usuario, derivación del equipo de salud o de los coordinadores de dispositivos del modo 1. Los grupos tendrán un máximo de 12 participantes y serán coordinados por una dupla de profesionales de psicología y/o psiquiatría (MSP, 2011).

En el modo 3 las intervenciones psicoterapéuticas, individuales y grupales, se orientan a personas con consumo problemático de sustancias y/o diagnósticos de esquizofrenia y trastorno bipolar. Estas prestaciones estarán a cargo de profesionales con formación psicoterapéutica y eventualmente con otras especificidades. Los dispositivos grupales contarán con un máximo de 15 participantes, tendrán frecuencia mínima semanal y se podrán renovar los tratamientos de quienes lo requieran hasta 144 sesiones (MSP, 2011).

En el año 2017 se aprueba en Uruguay la Ley de Salud Mental a partir de la cual se procura “garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país”, en el entendido de que la salud mental involucra procesos dinámicos que incluyen componentes históricos, culturales, económicos, sociales, biológicos, psicológicos, singulares. Esta Ley reconoce que dichos procesos suponen el reconocimiento de las capacidades y limitaciones de las personas, el afrontamiento de las tensiones vitales, la oportunidad de contribuir a la comunidad y de participar activamente en ámbitos laborales, educativos, culturales, sociales, etc. (Uruguay, 2017, Cap.1, Art.1).

La misma Ley explicita que “La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.” Incorpora entonces la noción de trastorno mental y la define como la presencia de un conjunto de síntomas y conductas que configuran un cuadro clínicamente identificable, que supone malestar e interfiere con el funcionamiento personal. (Uruguay, 2017, Cap.1, Art.2)

Entre los principios rectores de la protección de la salud mental, son destacables: los derechos humanos deben constituir el marco de referencia primordial de todas las acciones tomadas en los ámbitos que involucra la salud mental; la cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios; la equidad, continuidad, calidad y oportunidad de las prestaciones; el abordaje interdisciplinario; la autodeterminación de las personas en los procesos que involucran decisiones sobre su vida y su salud. (Uruguay, 2017, Cap.1, Art.3)

Se subraya que las personas usuarias de servicios de salud mental tienen derecho a ser reconocidas siempre como sujetos de derechos, ser tratadas con respeto a su dignidad, diversidad y singularidad; recibir atención integral “basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos”, los tratamientos terapéuticos adecuados para su situación y que favorezcan su inclusión social, laboral, familiar, educativa y comunitaria. (Uruguay, 2017, Cap.1, Art.6)

1.3. Preludio

El Centro de Salud Ciudad Vieja (CSCV) pertenece a la Red de Atención Primaria (RAP) de ASSE. Corresponde al primer nivel de atención. Sus tareas prioritarias están organizadas en torno a la promoción de salud y prevención de enfermedades. Cuenta con profesionales de diversas disciplinas: odontología, pediatría, ginecología, cardiología, nutrición, medicina general, medicina familiar y comunitaria, nefrología, endocrinología, obstetricia, enfermería, trabajo social, y psicología.

En el segundo semestre de 2018, al incorporarse al servicio una nueva “psicóloga de área” (ASSE, 2014), se inició un proceso de reorganización de la asistencia psicológica en dicho Centro. Hacía aproximadamente un año que ese cargo (que coincide con el rol de referente del Programa de Practicantes y Residentes) se encontraba vacante. Durante el transcurso de ese año se generó una extensa “lista de espera” que superaba las 200 solicitudes de atención psicológica.

Desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE el rol de la “psicología de área” fue concebido con el objetivo de delimitar las tareas inherentes al ejercicio profesional en los servicios del Primer Nivel de Atención, comprendidos por centros de salud y policlínicas barriales. Se parte del supuesto de que a cada nivel de atención le corresponden tareas específicas, que deberían complementarse con los otros niveles para que las intervenciones en salud tengan continuidad (ASSE, 2014).

Para eso, se desarrolló un documento en el que se describen las habilidades y competencias requeridas para desempeñar dicho rol. Se destaca el compromiso ético con la tarea, la población y los equipos e instituciones de los que forman parte. Entre las aptitudes necesarias, se incluye: reconocer a los actores comunitarios como sujetos de derechos y de

saber; promover la autonomía de recursos de la comunidad y conocer los programas existentes; desarrollar estrategias innovadoras; integrar equipos interdisciplinarios; trabajar intersectorialmente; intervenir a nivel individual, familiar y grupal; mantener la capacidad de aprender (ASSE, 2014).

Este rol comenzó a redefinirse con la propuesta de un Plan Estratégico de la RAP-Metropolitana para el período comprendido entre 2017-2020. Dicho Plan implicó el trabajo sobre un Proyecto de reorganización de los servicios y de los recursos en salud mental en el primer nivel de atención; supuso la implantación de la Coordinación de Salud Mental, la construcción de Equipos de Soporte Territorial, y la revisión del rol de la psicología. (ASSE, 2019)

Se diseñó un nuevo perfil y se cambió la denominación de “psicología de área” a “psicología en territorio”. Se planteó los siguientes objetivos:

Dar la primera respuesta a nivel asistencial a problemas de atención en esta área de la salud, que puedan ser abordadas mediante la ‘consulta psicológica’ como herramienta técnica privilegiada, desde el modelo comunitario de atención en salud mental basado en el paradigma de la recuperación.

A la vez cumple un rol de articular el acceso oportuno a prestaciones a ser provistas por los equipos comunitarios de salud mental. (ASSE, 2019, p. 2)

Con el impulso de fortalecer el Plan Implementación de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011) en el primer nivel de atención, se procuró garantizar la ejecución del mismo promoviendo la instalación de dispositivos grupales acordes con los modos 1, 2 y 3 propuestos, ya que la atención individual funcionaba de forma generalizada (ASSE, 2019).

Este movimiento supuso la coordinación de reuniones mensuales de “psicología en territorio” para el cumplimiento del plan estratégico. Se procuraba, entre otras cosas, delimitar las tareas correspondientes a la psicología en el primer nivel de atención: horas destinadas a la atención individual y grupal, coordinaciones de equipo, tareas comunitarias, participación en redes interinstitucionales, articulación territorial, referencia y contrarreferencia con los equipos especializados de salud mental del segundo nivel de atención, etc. (ASSE, 2019).

Estos impulsos promovieron la revisión de las modalidades de atención psicológica ofrecidas en el Centro de Salud Ciudad Vieja, ya que hasta el momento predominaban las consultas individuales y los grupos de adultos mayores, de ODDH (obesidad, diabetes, dislipemia, hipertensión) y de cesación de tabaquismo. En estos últimos la participación de psicología era intermitente a través de practicantes y residentes de generaciones anteriores.

Fue a partir de allí que se diseñó un Proyecto denominado “Reorganización de la asistencia en el primer nivel de atención, desde el rol de la psicología de territorio”.

(Korona, Martínez, Sabani y Santana, 2019-2020) [Ver anexo 1]

La lectura y revisión de dicho Proyecto así como la intención de implementarlo, dio lugar a intercambios, discusiones, reformulaciones y propuestas a la interna del equipo de psicología. Supuso el diseño de algunos instrumentos para lograr los objetivos planteados, tales como:

La creación de un formulario de recepción a través del que cualquier persona, usuaria o funcionaria del servicio podía solicitar atención psicológica para sí misma o para un tercero. Fue diseñado en lenguaje sencillo y compatible, con la posibilidad de marcar las opciones que se aproximaran al motivo de consulta (por ejemplo: tristeza, angustia,

ansiedad, duelo, depresión, ideas de muerte, intentos de autoeliminación, etc.), además de registrar los datos patronímicos (nombre, cédula, edad, núcleo de convivencia, domicilio, forma de contacto, etc.). [Ver anexo 2]

La implementación de entrevistas de recepción tanto individuales como grupales. A partir de las solicitudes de consulta recibidas a través del formulario, se coordinaba un encuentro en el que se procuraba explorar los motivos de consulta para pensar conjuntamente las estrategias de intervención a seguir.

La instalación de dispositivos grupales de atención. Se planteó la posibilidad de que las intervenciones terapéuticas podrían ser individuales (que ya se realizaban) y grupales, en formato “corredor terapéutico” (Bauleo, Duro y Vignale, 1989). Otras estrategias de intervención consistían en derivaciones a otros especialistas, a servicios del segundo nivel de atención, orientaciones específicas (sobre otras organizaciones, trámites), visitas domiciliarias, etc.

2. Presentación de la experiencia

A punto de partida del trabajo realizado en el Centro de Salud Ciudad Vieja desde el equipo de psicología, se profundizará en los instrumentos implementados, se describirán y caracterizarán los dispositivos instalados a lo largo del proceso realizado.

2.1. Dispositivos grupales

Resulta de interés puntualizar las concepciones sostenidas a lo largo de este texto acerca de la conjunción “dispositivos-grupales”. Deleuze (1999) realiza una lectura de la propuesta Foucaultiana de dispositivo. Refiere que dicha noción puede ser entendida en tanto multiplicidad en la que operan curvas de visibilidad, de enunciación, de fuerzas, de subjetivación. Cada dispositivo tiene su propio régimen de luz que distribuye lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe por fuera de ese régimen.

La referida noción suscita interés en cuanto a la oportunidad de pensar las múltiples fuerzas que componen un dispositivo, las operaciones que hacen visibles y enunciables ciertos aspectos, a la vez que tornan invisibles e indecibles otros; las regularidades y estabilidades que permiten su diferenciación de otros dispositivos, así como aquellas fuerzas que lo empujan a su disolución, produciendo fracturas que disponen la emergencia de lo nuevo; los puntos de fuga, los procesos que escapan a lo conocido (Deleuze, 1999).

En este sentido, el uso de la noción de dispositivo a lo largo de esta escritura obedece a la necesidad de nombrar el campo dispuesto para el trabajo grupal, compuesto por múltiples fuerzas que lo atraviesan, lo sostienen, lo posibilitan y lo dificultan. Algunas

de las cuales son pasibles de ser pensadas. Los saberes desde los cuales se instituyen, enlazados a lo académico, lo psicológico, lo clínico, lo sanitario, lo grupal. Los poderes, cuyas fuerzas resultaron propiciatorias, a la vez que ofrecieron resistencia: las políticas públicas, los instituidos a nivel de la salud, de ASSE, del rol de la psicología, de los grupos. Estas líneas serán recorridas a lo largo de este trabajo, en un esfuerzo por hacerlas visibles, enunciables y pensables. A sabiendas de que dejan por fuera series de puntos que no se ofrecen aún al campo del pensamiento.

Percia (2019) problematiza la noción de dispositivo cuando se amarra con lo grupal. Refiere que el uso de la conjunción “dispositivos grupales” ha cobrado efectos de coagulación academicista y desdibujado las fuerzas que la misma propone. Al ligarse con lo grupal, suele perderse de vista que las fuerzas que operan en cada dispositivo suponen vectores de potencialidad y vectores de subordinación y coerción que atraviesan los modos que componen ciertas grupalidades.

Hacer trabajar la noción de dispositivo requiere examinar también aquellos bordes en los que se toca con fuerzas de disciplinamiento que producen aquello que puede ser dicho, pensado, visto; en tanto diagraman los modos de estar, hablar, moldeando el campo de lo posible, regulando el comportamiento. Percia (2019) propone revisar la idea de grupo en cuanto se acerca a la de espacio cerrado en el que se impone una coerción al estar. Rescata la potencia del estar en común como espacios de cercanía y convivencialidad en los que se pueda estar y no estar a la vez; procurando sostener la proximidad y la distancia, la disposición para el tránsito y para alojar situaciones imprevistas.

Los grupos pueden operar en la dirección del control y de la subordinación al saber técnico, al poder político, a los mecanismos de coerción social, a las fuerzas

homogeneizantes de las instituciones sanitarias. Por lo que cabe una necesaria puntualización. Lo grupal interesa como acontecimiento posible; no como moral preestablecida para disciplinar los cuerpos y las manifestaciones del estar junto con otros. “lo grupal como ocasión para que, en el relato de cada cual, acontezca la posibilidad del *diferir en uno mismo*, oportunidad de una fuga de sí, huida de la obstinada perseverancia de una representación.” (Percia, 2010, p. 15)

Vale señalar, tal como lo hicieron De Brasi (1985), Percia (2010), Fernández (2002), lo grupal no son los grupos. Lo que se nombra como una cierta cantidad de personas reunidas en un tiempo y espacio delimitados, en derredor de una convocatoria, constituye el artificio montado para pensar lo grupal. Entonces, preocupa no tanto lo que son, sino aquello que pueden producir.

Las elaboraciones en torno de lo grupal no responden solamente a construcciones teóricas y discursivas acerca de los grupos, sino a procesos sociales, históricos, políticos, económicos, deseantes, que ubicaron las producciones grupales como campos de saber y poder. Cobra relevancia la posibilidad de pensar los dispositivos grupales inventados incluidos en las teorías que les hicieron lugar, en los diseños técnicos que los hicieron nacer, en las demandas socio-históricas a las que responden; en los apremios de legitimación institucional que los hicieron advenir (Fernández, 2002).

Lo grupal recupera así el deseo de pensar lo que acontece en los grupos; la interrogación incesante en cuanto a sus regularidades, insistencias; la disposición a alojar lo novedoso, lo inesperado, lo imprevisible; todo aquello que subraya el valor de la potencia (Percia, 2010).

2.1.1. Entrevistas de recepción grupal

Procurando articular las solicitudes de atención con los dispositivos ofrecidos, se trabajó mediante encuentros grupales con frecuencia mensual en los cuales un cierto número de personas que habían solicitado atención psicológica, alrededor de 6 a 10, eran convocadas por el equipo para una entrevista de recepción. Al momento de la convocatoria se les explicitaba a las personas citadas que se reunirían con otros participantes y con el equipo de recepción.

Dichos encuentros eran coordinados por los mismos profesionales que coordinaron el grupo terapéutico y se realizaban en el mismo sitio. En esas instancias se procuraba favorecer la expresión de palabras que permitieran hacerle lugar a los malestares, sufrimientos, dolores, angustias que impulsaban los diversos pedidos de atención psicológica. También se intentaba promover la posibilidad de escuchar y escucharse con otros, alojando la multiplicidad de manifestaciones posibles. Se apostaba al encuentro con otros con la expectativa de que dicho acercamiento inicial oficiara de puente para la incorporación posterior a alguno de los espacios terapéuticos ofrecidos (grupal o individual), o bien para construir otras estrategias posibles y necesarias para cada quien.

Bauleo et al. (1989) sugieren las “Primeras Entrevistas Grupales” como dispositivos de pasaje para la evaluación y derivación. En otro texto, Bauleo (1989) afirma que si el encuentro propuesto es individual o grupal, el lugar desde el cual cada sujeto habla es desde su historia singular. Cada dispositivo ofrece condiciones para hacer visibles y enunciables ciertos procesos y discursos, ante otros.

Tanto en la entrevista individual como en aquella grupal cada persona no tiene para relatar más que ‘una historia personal’ por lo tanto será ella el argumento de sus

participaciones durante la entrevista; las variaciones no están en si existen varias o una historia personal, sino en el modo, tiempo, silencio, de cómo narra e inserta su relato en relación a los otros. (Bauleo, 1989, p. 111)

Destaca que incursionar en el encuentro con otros para trabajar en torno a su conflictiva, sus padecimientos, sus atrapamientos, constituye un aspecto que si se presenta en estos primeros tiempos, esboza un escenario subjetivo de posibilidades para sumergirse en un proceso singular de elaboración grupal (Bauleo, 1989).

Cuando el paciente pide una consulta se le indica un horario en el cual será entrevistado de forma conjunta con otros pacientes. De esta manera, desde el inicio, su demanda y nuestra vinculación con él tiene un comienzo en un contexto grupal. (Bauleo, 1989, p. 110)

En las entrevistas de recepción grupal se construye un encuadre, en consonancia con la perspectiva de Bleger (2007) como aquellos elementos que se establecen como constantes: tiempo, espacio, roles, objetivos, cuyas variaciones son susceptibles de analizar en relación con el proceso. Se habilita un espacio, se establece un tiempo; se diferencian roles (coordinación y observación); se acuerdan pautas de trabajo (confidencialidad y secreto profesional) y se delimitan objetivos de la intervención (explorar los motivos de consulta de cada participante para diseñar una estrategia terapéutica adecuada).

En tanto se ofrece un encuentro grupal para recepcionar consultas, los tiempos, los silencios, las secuencias en las que se enlazan los relatos, la pluralidad de discursos, los procesos asociativos que se arman (Kaës, 1994), las transferencias múltiples (hacia la coordinación, entre los participantes, hacia la institución, hacia el grupo, etc.), producen

efectos que vale la pena rastrear cada vez que un conjunto numerable de personas se reúne convocadas por la invitación de hablar sobre aquello que les aqueja.

Al respecto, Jasiner (2020) refiere:

Se trata del tejido de una trama grupal que aloje no solo al que está desolado o al que llega aun sin saber que está pidiendo ayuda, sino también que albergue la extranjería, lo errante, que le brinde hospitalidad a lo que cada día está a la intemperie en cada uno de sus integrantes. (p. 19)

Se crea un tiempo y un marco que oficia de soporte para las angustias, ansiedades, actuaciones, desbordes, impulsos, de los que padecen los sujetos que consultan. Dicho marco no solo delimita un borde por el cual pueden circular palabras, afectos, historias, relatos, sino también introduce un tiempo novedoso para que quien habla pueda escucharse en su decir, al tiempo que es escuchado por otros. El encuadre es pensado aquí en su dimensión de soporte que contiene y habilita la construcción de un momento y un sitio en el que las palabras tengan lugar.

“El encuadre puede ser lo instituido, lo inmutable, lo que recubre las fuerzas instituyentes. También el encuadre puede ser el espacio necesario que posibilite la aparición de las fuerzas instituyentes sin la amenaza inminente de la demolición o de autodestrucción.” (Saidón, 1989, p. 43)

2.1.2. Corredores terapéuticos

Se trabajó durante seis meses con un dispositivo grupal constituido por personas que solicitaron atención psicológica a través del formulario y participaron de una entrevista de recepción (individual o grupal).

Los encuentros se realizaron con frecuencia semanal, de una hora y media de duración. Se trató de un grupo abierto. La forma de ingreso se realizó “por goteo” estableciéndose como un elemento constante del encuadre. Esto supuso integrar la posibilidad de que en cada reunión (aunque no sucediera en todas) ingresara un participante nuevo. Si bien nos interrogamos acerca de los posibles efectos de dicha pauta, al convertirse en una regularidad no solo fue incorporada por los participantes, sino que produjo una multiplicación de experiencias que circulaban entre quienes participaban desde hacía un tiempo y quienes concurrían por primera vez.

La noción de “corredor terapéutico” propuesta por Bauleo et al. (1989) habilita múltiples tránsitos, ya que las personas entran y salen del grupo en función de procesos y temporalidades singulares. Su funcionamiento contempla la entrada y salida tanto de terapeutas como de pacientes. La conceptualizan como:

Dispositivos grupales con elementos fijos en su encuadre institucional y por los que transitan personas que requieren ayuda psicoterapéutica. Estos elementos estables del setting son:

- La terapia como tarea grupal, es decir, la elaboración de conflictos en el transcurso grupal.
- Los coordinadores como roles fijos.
- Un espacio permanente y un tiempo definido (p. 117).

Establecen que cada tres o cuatro meses se realicen evaluaciones de los procesos de cada participante. El grupo se mantiene cerrado durante ese período y en ese tiempo se dedican unas cuatro sesiones para valorar conjuntamente, participantes y terapeutas, la situación de cada uno y el proceso realizado para establecer quiénes salen, quiénes continúan y si ingresan otros participantes. Se recomienda que al menos uno de los terapeutas continúe para favorecer la permanencia del encuadre. También se mantienen fijos los horarios y el lugar de trabajo. Plantean que:

El aspecto más diferencial de los corredores respecto de otro tipo de estructura terapéutica lo constituye la entrada y salida de integrantes en unos períodos fijados en el encuadre. Estos períodos, llamados de evaluación, se realizan cada 3 o 4 meses y sirven para repensar la situación de cada integrante en el grupo, los cambios conseguidos, la necesidad de continuar la ayuda terapéutica o la disponibilidad para continuar su vida por sí solo, siendo dado de alta en el C.T. y en la propia institución. (p. 117)

En este aspecto, decidimos realizar una diferencia con respecto a la propuesta original de los autores. Como se dijo anteriormente, planteamos la posibilidad de que el ingreso de participantes permaneciera abierto durante todo el proceso de trabajo. Nos propusimos una modificación al criterio de que el grupo permaneciera cerrado durante tres o cuatro meses, para luego evaluar la continuidad o cierre de cada participante. Durante el tiempo que trabajamos, la valoración de la situación singular de cada quien se realizó permanentemente.

Bauleo (1989) afirma que la noción de ‘corredor’ denota lo de estar ‘al lado’; es la posición del co-pensar, aquel que acompaña a reflexionar. El trabajo es conjunto. Esta concepción también nos permitió anticipar que la condición de tránsito atravesaba tanto a los participantes como a una parte de la coordinación. La psicóloga del servicio permanecía en la función de coordinación, mientras que las tareas de co-coordinación y observación eran sostenidas por residente y practicante, cuya participación tenía un límite temporal dado por las características contractuales de su inserción en el servicio.

En cuanto a los criterios de ingreso, se estableció que la incorporación de cada participante sería valorada por el equipo de coordinación junto con la persona que consultaba, en el entendido de que “cualquier paciente analizable es agrupable” (Fernández, 1988, p. 128).

Partimos de un posicionamiento clínico y ético que implica una concepción acerca del sufrimiento humano en el que la heterogeneidad recobra valor; donde los diagnósticos establecidos a priori no dan cuenta de las posibilidades singulares de transformación.

Percia (2009) nos impulsó a pensar de este modo. “Insistir en las diferencias nos lleva a inventar otra perspectiva: en lugar de preguntarnos a partir de una unidad supuestamente dada, nos preguntamos cuánta diversidad soportamos, cuánto caos y cuánta heterogeneidad.” (p. 44) Pretender cierta homogeneidad, siempre ilusoria, habla más de temores, fantasías y prejuicios en torno a lo grupal, que de las potencialidades de cada sujeto transitando un espacio colectivo.

Establecimos algunas reglas para el encuadre: secreto, restitución y abstinencia. Cabe realizar una breve mención a esta noción última. Si bien las concepciones y los

desarrollos teórico-técnicos en torno de la abstinencia han sido largamente desarrollados, discutidos e incluso cuestionados, es tomada aquí en el sentido propuesto por Freud (1991[1958]) en sus desarrollos iniciales sobre teoría de la técnica psicoanalítica, quien sostuvo que en toda relación humana se ponen en juego aspectos transferenciales (inconscientes), de los cuales el dispositivo analítico no está exento. En el encuentro clínico se producirán atribuciones y demandas que el sujeto dirige hacia quien ocupe el lugar de analista, procurando satisfacerlas. La abstinencia es tomada aquí en su dimensión ética, como advertencia hacia quien desempeñe el rol profesional debido al poder que dicha posición le confiere.

Diferenciamos nuestros roles en coordinación (realizada por la psicóloga referente del Programa de practicantados y residencias en el servicio), co-coordinación (sostenida por residente) y observación (efectuada por practicante). Esta diferenciación de roles responde a la necesidad de discriminar funciones en el equipo de coordinación y a las características de permanencia y transitoriedad de las modalidades de inscripción institucional. Entendimos pertinente que el rol de coordinación fuera desempeñado por quien permanecía en el servicio; y que la co-coordinación y observación fueran desarrolladas por quienes se encontraban “en tránsito”.

Pensamos la diferenciación de funciones del siguiente modo. La coordinación tendría la función de co-pensar. Interesa destacar que se trata de una función que se sostiene en la posibilidad de transitar la incertidumbre, tolerar la incompletud, soportar los sinsentidos, relanzar preguntas acerca de lo obvio, pero sobre todo, resistir ante el acecho tentador de saber-leer-interpretar aquello que en el grupo acontece.

El observador registraba y realizaba la lectura de “emergentes” grupales (Pichon Rivière, 1985). Nos apoyamos en la instrumentación de esta noción sostenida en la concepción operativa de grupo de Pichon Rivière (1985), quien a lo largo de sus desarrollos teóricos fue enriqueciéndola. Tomamos aquella que entiende lo emergente como los contenidos manifiestos o explícitos que surgen en el campo de observación como una “cualidad nueva” (p. 186).

Interesa lo emergente en tanto “signo” (Pichon Rivière, 1985, p. 196) a ser leído y significado en la trama grupal, destacando en ese sentido una operatoria que se produce y es producida por múltiples causalidades: singulares, históricas, socio-económicas, políticas, deseantes que se entretajan en el encuentro. Dejar venir aquellos elementos que, al decir de Bauleo (en Barembly, 1983) acuden a procurarnos, determinados por múltiples fuerzas.

En este punto importa enfatizar el ejercicio de lectura, ya que aquello que emerge no será leído *in totum* sino que opera desde la función de observación que destaca algunos elementos, subraya efectos, señala ausencias, reiteraciones, ambivalencias. De ahí el valor de la diferenciación de roles en tanto la tarea de coordinación se amplía y enriquece por la de observación, en tanto ésta incluye el registro y la lectura de la cualidad en que los discursos de los participantes se ensamblan y los efectos que se producen a partir de las intervenciones de la coordinación (Sobrado, 1980).

La función del observador consiste en analizar los efectos de la acción del coordinador sobre el grupo, para que, ya sea a través de la lectura de emergentes o mediante el rescate a posteriori de la dinámica grupal mediante la lectura del registro, el coordinador pueda reubicarse, detectando los puntos de sutura a la fantasía grupal. (Sobrado, 1980, p. 99)

3. Metodología

Para analizar el proceso de instalación del dispositivo grupal en formato “corredor terapéutico” se tomará como herramienta metodológica la sistematización de experiencias. Esta elección tiene como fundamento la necesidad de “hacer hablar” la práctica, de modo que a partir de la misma se pueda construir aprendizajes.

Describir el proceso de intervención y evaluar sus resultados es necesario, pero insuficiente para analizar la complejidad del mismo. Tomar como herramienta la sistematización de experiencias supone asumir la multiplicidad de factores que se ponen en juego cuando se materializa un proyecto; incluir dimensiones contextuales, históricas, institucionales, políticas, económicas y pensar los efectos que tuvieron lugar. No se trata de construir regularidades o generalizaciones, sino de dar cuenta de las singularidades del proceso de intervención llevado a cabo.

Se parte de la idea de que entre el proyecto de intervención propuesto y los procesos acontecidos se producen tensiones que interesa conocer (Jara, 2018). Volver sobre los soportes teóricos que orientaron la organización del dispositivo grupal, que condujeron a sostener ciertas reglas de trabajo, cierto encuadre, así como la disposición de algunas condiciones para la tarea, resulta pertinente. Sistematizar para comprender y mejorar la propia práctica, para extraer sus enseñanzas y compartirlas, para realizar una teorización. (Jara, 1994) Así como también, para analizar las respuestas creativas e inventivas que se gestaron para crear condiciones para la acción.

Desandar el camino recorrido para trazar ciertos mojones de la experiencia que permitan aprender de la misma y transmitir dichos aprendizajes. Retomar el proceso

acontecido, delimitar los obstáculos encontrados, los desafíos, las tensiones, las posibilidades y todo aquello que se fue produciendo sobre la marcha, son recorridos que interesa transitar ahora para comprender y transformar la propia práctica (Jara, 2018).

3.1. Objetivos de la sistematización

¿Qué aspectos centrales de esta experiencia interesa sistematizar?

Se sistematiza esta experiencia para realizar un trabajo de análisis de la misma, un ejercicio de lectura de los movimientos emprendidos a partir del Proyecto “Reorganización de la asistencia en el primer nivel de atención, desde el rol de la psicología de territorio. 2019-2020” (Korona et al., 2019-2020).

Si bien a partir de la redacción del Proyecto se desplegaron un conjunto de transformaciones en la asistencia psicológica ofrecida en el Centro de Salud Ciudad Vieja, el eje central de esta sistematización estará delimitado por el proceso de instalación del dispositivo grupal en formato “corredor terapéutico” (Bauleo et al., 1989) que se llevó a cabo en el período comprendido entre agosto de 2018 y diciembre de 2019.

Se intentará bordear los derroteros transitados, articulándolos con los soportes teóricos que dieron anclaje a la práctica, trazando lazos posibles entre la experiencia y los eslabones conceptuales que permiten a posteriori que la misma sea pensada, comprendida e interrogada.

Se propone un recorrido que a la vez que orienta el pensamiento, se construye a sí mismo; se modifica, se desarma, se rearma. Se vuelve oportuno en este punto evocar aquello propuesto por Saidón (1989): “Analizar es recuperar un espacio, desterritorializarlo,

conjurar los efectos de sobrecodificación o rotulación, posibilitando así la creatividad o el surgimiento de otros efectos de sentido.” (pp. 38-39) El valor del análisis no radica en cuánto las prácticas clínicas resultan confirmatorias de los campos teóricos, sino en su potencia constructora de significaciones novedosas.

Interesa la propuesta de dicho autor en tanto el “pensar para hacer” se desliza hacia un “hacer para pensar”. Esto implicaría, a partir de las diversas producciones grupales e institucionales, “ir trazando los diagramas que permitan ocupar esos espacios de trabajo con una potenciación del pensamiento que al tiempo que produce denote los medios de esa producción.” (Saidón, 1989, p. 39)

Esto no debe confundirse con un activismo desarticulado de referencias teóricas. Se trata de un ejercicio reflexivo que pretende ubicarse allí donde los soportes teóricos ofician de marco referencial, a la vez que permitan ser interrogados por la experiencia misma.

La posición que se pretende asumir en este trabajo reside en realizar una lectura de lo acontecido e intentar construir sentidos en torno de los procesos desplegados; construir lazos entre las múltiples dimensiones constitutivas de la experiencia. Se procura bordear las continuidades y rupturas, las contradicciones y coherencias, los efectos y sus causas. Se trata de “una postura en la que la acción, comprensión y la transformación del mundo forma parte de un mismo movimiento” (Jara, 2018, pp. 76-77).

3.2. Acerca de lo posible y de lo imposible

El ejercicio de análisis propuesto asume que la lectura se realiza a través de cierta mirada particular desde la cual se lee. Dicho de otro modo, lo visible es posibilitado por un

marco que arroja claridad sobre ciertos aspectos, a la vez que deja otros en penumbra. Por lo tanto, deja por fuera de la comprensión todo aquello que no puede ser visto. Se parte del supuesto de que el campo de visibilidad está plagado de puntos ciegos, cuya imposibilidad de ver conduce a una doble ceguera: no ver aquello que no vemos. (Von Foerster, 1998)

El relato de la experiencia se encuentra atravesado y sostenido por un contexto teórico y por recorridos singulares que configuran los modos de lectura y las formas de comprensión de la misma. Con lo cual lo narrado consiste en un recorte realizado por quien narra, cuyos intereses, interrogantes y atravesamientos delimitarán el orden de lo pasible de ser pensado, así como aquello que no se presenta disponible al pensamiento.

De modo que el relato mismo deviene oportunidad, en el sentido de hacer pensables aspectos que no fue posible pensar durante el proceso de intervención y que en este tiempo de análisis acuden a la reflexión. La escritura de este trabajo oficia de anudamiento de la experiencia no solo a construcciones teóricas, sino a revisiones íntimas, a reflexiones singulares y atravesamientos de la narradora que se va transformando en el proceso de composición escritural.

Este trabajo analiza lo impensado de aquel tiempo en el que se produjo la intervención y reconoce que hay aspectos que permanecen marginados: lo impensable de dicha experiencia (Manero, 2007). Tal como lo plantea Percia (2011) establecer algo firme, definirlo, es un modo de bordear el hueco de lo fugitivo; aquello que se rehúsa a ser nombrado y escapa a la posibilidad de ser captado. En este sentido, el análisis aquí propuesto renuncia a verdades absolutas, a pretensiones totalizantes, a la omnipotencia de aprehender todo.

“Pero, ¿cómo pensar lo imposible? No es lo mismo algo no posible que lo imposible. Lo no posible es algo de lo que estoy impedido o algo a lo que me niego; lo imposible, en cambio, es provocación de posibilidad.” (Percia, 2011, p.61)

3.3. Delimitación del objeto a sistematizar

A partir de la experiencia llevada a cabo en el Centro de Salud Ciudad Vieja basada en el Proyecto mencionado, se busca analizar los procesos transitados por el equipo convocado por la tarea de coordinación del dispositivo grupal. Para lo cual se pretende:

- Reflexionar acerca de los procesos que se pusieron en marcha a partir del proyecto de instalación de un dispositivo grupal en formato “corredor terapéutico”. Tensiones proyecto-proceso.
- Pensar las relaciones trabajo de equipo/equipo de trabajo a partir de la coordinación del dispositivo grupal.
- Analizar los movimientos que se produjeron desde el rol de coordinación para que la tarea deviniera posible.

Para ello resulta pertinente delimitar el “campo de análisis” y el “campo de intervención”. El campo de análisis es definido por Baremblytt (2005) como “la selección y el ‘recorte’ del espacio de conocimiento o de entendimiento que se deberá delimitar para operar... Se trata de delimitar un campo para saber cuál es su estado actual o su historia, cómo funciona, cómo están planteadas y articuladas sus determinaciones, cómo se generan sus efectos y en qué consisten.” (p. 73)

Mientras que el campo de intervención “es la delimitación del espacio o del ‘objeto’, el ‘recorte’ de la Realidad en el que se quiere intervenir, operar, planear logísticas, estrategias, tácticas y técnicas... En general, los dos campos se constituyen más o menos al mismo tiempo, y son inmanentes entre sí: a medida que se comprende se va interviniendo y a medida que se interviene se va comprendiendo” (p. 74).

Los alcances de este trabajo estarán delimitados por un campo de intervención entendido como el recorte realizado sobre el proceso acontecido y por un campo de análisis que es ubicado entre los márgenes arbitrarios que se requieren para acotar y posibilitar la comprensión del mismo. Los bordes de uno y otro se tocan y atraviesan constantemente; los límites establecidos son artificios requeridos por el ejercicio mismo de escritura.

4. Discusión

Este proceso reflexivo procura enfatizar los movimientos, intercambios, diálogos, confrontaciones, que se produjeron durante el transcurso de un año y medio de trabajo en un equipo que se dispuso a coordinar un grupo. Las reflexiones posteriores a dicho tiempo impulsaron al análisis de algunos efectos en la coordinación, los modos de constituir equipo, los procesos grupales y las relaciones entre éstos.

En este apartado se pretende trazar algunos recorridos del pensamiento en torno al equipo en la tarea de coordinación, las condiciones que favorecieron u obstaculizaron la realización de la misma, los modos en que se sostuvo, los efectos que produjo. Analizar los espacios de cooperación, los modos de comunicación, los acuerdos y desacuerdos; la multiplicidad de movimientos, sus paradojas y contradicciones.

4.1. Apuntes para pensar la implicación

Corresponde hacer lugar a la noción de implicación en sus diversas vertientes. Ardoino (1997) realiza una puntualización en torno a la noción de implicación propuesta por Lourau (1970). Plantea que es un fenómeno involuntario, cuyo sentido psicológico tiene que ver con aquello por lo cual “estamos asidos, sujetados, agarrados a algo.” Agrega que la implicación puede ser de dos clases: libidinal e institucional. La primera tiene que ver con la estructura psicológica de cada uno, a partir de la cual pensamos, observamos, escuchamos, sentimos y vemos al mundo y a los otros; también tiene que ver con nuestros deseos (Ardoino, 1997, párr. 6).

La implicación libidinal tiene que ver con nuestra historia singular y la forma que tenemos de ver el mundo (Ardoino, 1997). La posibilidad de transformarme con otros y de descubrir sensaciones novedosas que no tienen que ver solamente con las tensiones, los malestares, los sufrimientos, sino también con la alegría, el entusiasmo y la posibilidad de construir otras formas de habitar lo colectivo, me sorprende. Dicha sorpresa se enlaza con algunas experiencias singulares: otros grupos transitados a lo largo de la Especialización, recorridos académicos realizados que privilegian la clínica individual, el proceso terapéutico atravesado, las marcas de la historia personal y un extenso etcétera.

Las implicaciones institucionales tienen que ver con nuestra realidad sociológica, cultural, histórica, económica, política (Ardoino, 1997). Pensar las relaciones que establecemos con lo académico, dado que esta intervención se enmarca en un proceso formativo realizado desde la Especialización en Psicología en Servicios de Salud; con la psicología en tanto disciplina; con las concepciones de salud-enfermedad desde las que sostenemos nuestras prácticas; con el posicionamiento clínico asumido; con los procesos formativos transitados interesa para hacerle lugar a los múltiples atravesamientos en los que esta experiencia se sostiene y en los que se inscribe quien la narra.

Las instituciones que habitamos, las organizaciones sociales en las que trabajamos, las grupalidades que integramos, constituyen vectores que serán analizados a lo largo de esta producción. Lourau llama implicación institucional al “conjunto de las relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional.” (1970, p. 270)

En cuanto a mi implicación institucional, pienso en las formas de relacionarme con lo académico, lo público, con ASSE, el Plan de Prestaciones, la Psicología de territorio, la inserción como residente a través de la Especialización. Y la oportunidad, a partir de esta

experiencia, de interrogarme acerca de la cualidad de los dispositivos implementados, las relaciones asistenciales que construimos con quienes consultan en estos servicios, los lineamientos de política pública que sostenemos y los que no estamos dispuestos a sostener.

El análisis que se recorre a continuación intentará integrar estas vertientes de la implicación, libidinal e institucional (Ardoino, 1997), en la medida en que resulten accesibles al pensamiento y enriquezcan la reflexión y discusión. Importa subrayar que algunos elementos de la implicación libidinal serán omitidos deliberadamente, debido a que no interesan específicamente a la consideración de esta experiencia. Otros, serán omitidos porque aún no han acudido a la posibilidad de ser nombrados. Respecto de la implicación institucional, serán visitados aquellos componentes que se entiende aportan a la transmisión de la experiencia, así como a la posibilidad de habilitar futuros y nuevos intercambios.

El análisis de la implicación institucional nos permite romper las territorialidades teóricas, técnicas y profesionistas. Conocer las constricciones que nos impone nuestra identidad institucional es una sola y misma operación, como acceder a la reformulación del objeto y a sus múltiples determinaciones. Así es que se consigue un nuevo campo de análisis y de intervención, con nuevos dispositivos transformadores. (Baremlitt, 1983, p. 80)

4.2. Análisis e interpretación crítica

Lo que sigue es un recorrido por cada uno de los objetivos orientadores de la realización de esta sistematización de experiencia. Se revisitará cada uno de ellos para dimensionar los aspectos que fueron pensados mientras la intervención estaba en marcha,

así como también para hacerle lugar a otros pensamientos, reflexiones, ideas que ahora requieren ser analizadas en este proceso de escritura.

4.2.1. Reflexionar acerca de los procesos que se pusieron en marcha a partir del proyecto de instalación de un dispositivo grupal en formato “corredor terapéutico”.

Tensiones proyecto-proceso.

La instauración de los dispositivos grupales referidos estuvo impregnada por el impulso de responder a los pedidos de atención psicológica (inagotables, por cierto) que alcanzaban en el servicio un acumulado de al menos un año debido a la ausencia de respuesta a los mismos. La instrumentación de algunos canales de recepción de consulta mencionados anteriormente posibilitó tomar contacto con ese caudal de pedidos que hasta el momento no encontraban alguna compuerta por donde ingresar. Por lo que la habilitación de mecanismos para acceder a prestaciones en salud mental supuso el desafío de tomar contacto con una cuantiosa cifra de solicitudes que siempre desborda los cauces disponibles, a la par de diseñar estrategias para responder ante la complejidad de cada situación.

Pensar acerca de dichos pedidos y sus modos de presentación, conduce a analizar la demanda y examinar la oferta, ya que no hacerlo supone despolitizar la mirada. Hablar de demanda implica reconocer que no existen necesidades humanas naturales y espontáneas, sino que éstas se producen culturalmente y obedecen a factores sociales, históricos, económicos, políticos, jurídicos, etc. La demanda es producida por la oferta; por aquello que desde el saber y el poder de especialistas, de organizaciones e instituciones se propone como legítimo, se divulga y ofrece (Baremblytt, 2005).

Vale señalar que la demanda, entendida por Manero (1990), deriva de procesos de deconstrucción de la encomienda (o encargo) a partir de los cuales es posible tomar conocimiento de los múltiples requerimientos que operan en el campo de análisis y que han sido negados, desplazados o encubiertos, siendo privilegiados algunos sobre otros. Este autor distingue dos vertientes de la noción de demanda: una proveniente del psicoanálisis, que permite trabajar con los aspectos manifiestos y latentes (inconscientes) del pedido de atención; y otra asociada a las intervenciones institucionales, que supone identificar las múltiples fuerzas que operan en la constitución de la misma, así como el lugar de los distintos actores institucionales, de los ejercicios de saber y poder que validan y legitiman ciertas requisitorias, omitiendo otras.

Quedan por fuera de este análisis los aspectos manifiestos y latentes de la demanda (Manero, 1990) correspondientes a cada solicitud individual de atención psicológica recibida porque trascienden los objetivos del mismo, así como los aspectos que colectivamente pudieron ser contruidos en las grupalidades con las que se trabajó. No obstante, no fueron excluidas del análisis de cada pedido de intervención psicológica que recibimos, así como tampoco del proceso grupal realizado.

El plano de la demanda que será considerado es aquel que se toca con los diversos actores involucrados en el campo de análisis, las fuerzas que operaron para dar lugar a las manifestaciones de la misma que aquí se intenta abordar (Manero, 1990). Se intentará delimitar múltiples líneas que permitan rastrear las dimensiones institucionales que atravesaron y sostuvieron el mencionado Proyecto.

Un vector para pensar dichas dimensiones lo constituyen los recursos humanos, materiales, temporales, formativos, que se disponen para llevar adelante las prestaciones de

salud mental referidas. En la esfera pública, particularmente en las policlínicas de ASSE pertenecientes al primer nivel de atención, se impulsó a las “psicólogas de territorio” a fines del año 2018 y comienzos de 2019 a implementar dispositivos de atención grupal. Esto no estuvo acompañado por un tiempo previsto dentro de las horas remuneradas para la formación requerida; tampoco se incorporaron nuevos recursos profesionales para dicha tarea, ni se gestionaron recursos edilicios acordes.

En el Centro de Salud Ciudad Vieja el espacio físico destinado a los encuentros grupales no garantizaba la confidencialidad a sus participantes y fue necesario recurrir a distintas organizaciones de la comunidad para encontrar un lugar adecuado. El lugar donde se realizaron los encuentros fue cambiando.

Ana María Fernández (1988) realiza una lectura en cuanto a la inclusión del trabajo con grupos en organizaciones de salud pública en Argentina que resulta muy valiosa para pensar este “impulso grupalista” en nuestro país a partir del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011). Toma como analizador institucional de la comunidad “psi” el hecho de que frecuentemente algunos profesionales se dispongan a coordinar grupos en ámbitos públicos y requieran para ello cierto aval o autorización ante los tratamientos individuales. La ausencia de formación especializada, pero especialmente el hecho de no considerarlo un requisito indispensable para emprender dicha tarea, produce tanto asombro como preocupación. De sus palabras:

Formación especializada no significa agregar algunas ‘técnicas’ grupales a la formación preexistente, sino adentrarse en la complejidad y especificidad de las circulaciones e intercambios que se producen en tales colectivos humanos, formados

por un número numerable de personas. Tanto teórica como técnicamente.

(Fernández, 1988, p. 130)

Se vuelve imprescindible entonces estar advertidos ante el impulso de responder desde la inmediatez al pedido de trabajar con grupos. No solo por los requerimientos formativos que supone, sino también por los encargos encubiertos en dichos pedidos, que responden a múltiples factores. Entendida la noción de “encargo” en el sentido referido anteriormente como alianza de poder donde una demanda es privilegiada respecto de otras que son negadas, desplazadas u omitidas por diversas fuerzas que operan a nivel institucional (Manero, 1990).

Entre las que se puede pensar la necesidad de satisfacer la numerosidad de consultas psicológicas que caracteriza a los servicios de salud pública, sin interrogarse acerca de cuáles son los dispositivos ofrecidos, su pertinencia técnica, su calidad, ni acerca de las inversiones necesarias. Se convoca a profesionales de la psicología a trabajar con grupos sin habilitar los tiempos y recursos requeridos para ello. Pero sobre todo, sin que se entienda fundamental transitar procesos reflexivos y formativos que permitan construir desde los equipos estrategias adecuadas para las poblaciones con las que se trabaja.

Resulta interesante pensar algunas cuestiones éticas en torno a las prácticas clínicas que se sostienen desde el ejercicio profesional y desde el marco académico. Dado que como profesionales representamos ciertos aparatos estatales, universitarios, sanitarios, burocráticos, debemos interrogar permanentemente los encargos que nos habitan y nos empujan a intervenir.

Suele afirmarse que los colectivos tienen necesidades básicas y universales, a partir de las cuales requieren ciertos servicios y productos. Sin embargo, el Análisis Institucional¹ ha cuestionado esta idea, sosteniendo que en cada sociedad aquello que se constituye como necesario es producido por dimensiones históricas, económicas, políticas, geográficas que se conjugan de un modo particular y difieren de otras comunidades.

Lo que se ubica como “necesidad” es legitimado por especialistas que privilegian sus saberes ante otros provenientes de las personas, de las comunidades y de la cultura. De forma que los conocimientos académicos, legitimados por ideales de cientificidad, se consolidan de manera hegemónica anteponiéndose a las posibilidades de los colectivos de construir sus propias necesidades y demandas, y de inventar creativamente los mecanismos para satisfacerlas (Barembritt, 2005).

Algunos mojones que fueron delineando el proceso de organización e implementación del dispositivo grupal tuvieron que ver con el diseño de instrumentos que permitieran, por un lado, ordenar y centralizar los pedidos de atención psicológica y, por otro lado, generar canales a través de los cuales dichos pedidos pudieran manifestarse y ser recibidos.

Cuando comenzamos a trabajar en el CSCV, un aspecto característico del funcionamiento del servicio consistía en que cuando un usuario requería atención psicológica, el profesional tratante se acercaba a alguno de los profesionales de psicología (generalmente, lo interceptaba en algún pasillo) y le informaba acerca de la situación de

¹ Manero Brito (1990) en el texto *“Introducción al Análisis Institucional”* publicado en la revista *“Tramas. Subjetividad y Procesos Sociales”* realiza una interesante síntesis de los procesos históricos, sociales y políticos en los que se produce la emergencia del Análisis Institucional como movimiento. También lo hace Barembritt (2005) en su libro *“Compendio de Análisis Institucional y otras corrientes. Teoría y Práctica.”*

dicho usuario. Este modo de comunicación tomaba características más próximas a las de depositar la situación en otra parte que a las de un verdadero intercambio habilitador de interlocución y reflexión. Más que de una derivación oportuna y cuidadosa, se trataba muchas veces de “dejar a la deriva”.

Lo cual generaba problemas que podrían leerse de la siguiente forma: el receptor del mensaje atravesaba sensaciones cercanas a la confusión y al caos; el emisor del mensaje se despojaba del problema y se iba aliviado por haberlo dejado en manos de otro. Está claro que el “mensaje” portaba información significativa acerca del malestar o sufrimiento de algún sujeto que requería una consulta. Lo cual complejizaba el camino de comenzar a delinear alguna intervención posible.

La idea de diseñar un formulario para recibir las solicitudes de atención psicológica tuvo, en principio, sus motivaciones en las dificultades mencionadas. Se planteó en primera instancia la posibilidad de que quien tomaba contacto con el pedido de asistencia psicológica se ocupara de registrar tanto la información relevante de quien la solicitaba, como las vías de comunicación con éste y con el profesional derivante. En un plano explícito, se procuraba ordenar las solicitudes y construir un canal accesible. En un plano tácito, se pretendía involucrar a quienes recibían dichas solicitudes en primera instancia para prevenir los efectos de “dejar a la deriva” a aquel que era derivado.

No obstante, algunos efectos trascendieron lo esperado. En un tiempo inicial de utilización de dicho formulario, la información contenida en el mismo nos permitía aproximar una cierta priorización de las solicitudes de consulta. Este ejercicio obedecía a criterios de urgencia, detectados a partir de elementos de riesgo (vital, por ejemplo). De modo que estas personas eran convocadas a la entrevista de recepción por el equipo de

psicología con la mayor antelación posible. Esto no tardó en convertirse en un elemento instituido, en el sentido que propone Manero (1990), en formas de funcionamiento establecidas y naturalizadas, integradas por la institución, cuya operacionalidad rápidamente fue obturada.

No tardó en circular, aunque de forma imprevista por nosotros, la información tácita de que algunos elementos incluidos en el formulario implicaban mayor celeridad en la respuesta ofrecida por el equipo. Y, en consecuencia, la información aportada en aquéllos pronto empezó a mostrar lo que se tendía a priorizar. Aspecto que nos advirtió de que la herramienta debía ser reformulada.

Para comprender este suceso, resulta necesario conocer qué movimientos y qué modalidades de divulgación empleó el equipo para hacer llegar a funcionarios y usuarios del CSCV la información de que se había creado un mecanismo a través del cual se podía acceder a una intervención psicológica.

Importa pensar no solo la cuestión de generar un instrumento (el formulario de recepción) y hacerlo llegar a distintos niveles del servicio de salud, sino también el accionar asumido por el equipo una vez recibida la solicitud. Y lo que eso promovió en los demás actores. La necesidad inicial de “resolver” la numerosidad de pedidos sin respuesta, nos condujo a gestar una herramienta que permitiera una aproximación a la problemática planteada por las personas para establecer un orden de prioridades. Mecanismo que, a posteriori, se puede pensar en su proximidad con el *triaje* que se realiza en medicina.

Sin embargo, se produjo un efecto de derrame que requiere ser pensado. Cabe plantear algunas hipótesis. En un sentido, se podría afirmar que los funcionarios y usuarios del CSCV realizaron una lectura acertada de la priorización que hacía el equipo de

psicología de las situaciones de riesgo que requerían intervención inmediata. Y respondieron a ello ubicando sus solicitudes en el lugar de la urgencia. Algunas dimensiones institucionales reclaman ser incorporadas en este punto de la reflexión.

Los movimientos instituidos-instituyentes (Barembly, 2005) que componen las instituciones sanitarias, a través de los cuales aquello que se presenta como una respuesta a un requerimiento detectado, rápidamente deviene obturado por fuerzas que tienden a captar los sentidos de su utilidad, coagulándolos. Entonces, aquello que fue valioso y eficiente en un tiempo, rápidamente pierde su funcionalidad y requiere ser revisado.

En el ámbito de la salud mental, las respuestas por parte del Sistema de Salud en los diferentes niveles de atención establecidos muchas veces se presentan de forma difusa y desorganizada. Lo que pretende darse como niveles de jerarquización, haciendo un paralelismo con las ciencias médicas, resulta confuso en la complejidad de las dimensiones psicosociales del sufrimiento humano.

Tampoco habría que mantener un posicionamiento ingenuo y desconocer que el hecho de que se presente en un servicio de salud del primer nivel de atención un caudal de solicitudes donde prevalece la urgencia, también da cuenta de lo que no fue debidamente alojado por ese servicio en un tiempo anterior cuando aún no prevalecía tal premura; así como de la dificultad de que aquellos pedidos fueran recibidos oportunamente por otros niveles de complejidad, que corresponden al segundo y tercer nivel de atención.

A este respecto vale recuperar lo establecido por la Ley N° 18.211 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que reglamenta el derecho al acceso a la salud integral que tienen todos los habitantes del país y organiza los servicios prestadores de salud por niveles de complejidad. Dicha Ley establece en su artículo N° 34 que “El Sistema

Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones.” (Uruguay, 2007, cap. 4, párr. 1)

Así planteado podría leerse como un analizador, en el sentido en que lo propone Baremblytt (2005), como un fenómeno cuya función consiste tanto en expresar, evidenciar y denunciar, como en aportar elementos para autoentenderse, es decir, para comenzar el proceso de su propio esclarecimiento.

¿Qué aspectos del funcionamiento organizacional de un servicio del primer nivel de atención quedan de manifiesto? ¿Qué dimensiones de la institución salud pública evidencia los modos de uso que la implementación de dicho formulario favoreció? ¿Cuán integral se presenta la atención en salud en la respuesta que los prestadores ofrecen? ¿Cuáles son aquellas necesidades de los usuarios que permanecen sin respuesta?

En primera instancia, las respuestas en salud requieren especificidades acordes a las problemáticas y a las complejidades de las mismas. Resulta claro pensar que los prestadores no cuentan con los mismos dispositivos de atención cuando la problemática está asociada a una patología biomédica con características de cronicidad que de agudeza. No se responde con la misma premura ante un infarto de miocardio, que ante una diabetes compensada. Ahora bien, cuando la emergencia se funda en el sufrimiento y el dolor psíquico, asociado a cuestiones singulares y subjetivas, los dispositivos implementados y los modos de respuesta resultan un tanto más opacos.

Y no se espera que tengan los mismos mecanismos de intervención, ni las mismas modalidades de resolución, ni tampoco que sean homogéneos en el sentido de que ante la misma sintomatología se accione siempre de la misma manera. Pero, lo que tal vez sea

denunciado por este analizador tiene que ver con los imperativos de responder a las solicitudes de consulta psicológica sin habilitar vías de intercambio y demora requeridas para ofrecer estrategias complejas a situaciones complejas.

También, vale decir, en cierta medida actuamos dicho encargo a nivel del equipo, asumiendo de forma omnipotente el mandato de “dar respuesta”, de resolver la lista de espera, de silenciar las quejas, de suprimir los síntomas.

Percia (2011) enlaza la omnipotencia con los ideales totalizadores, la suficiencia, los delirios de completud. “La omnipotencia confunde saber con control del mundo; deseo, con capricho de satisfacción de un impulso; pensamiento, con un repertorio de verdades seguras.” (p. 231)

La manera cómo se ofreció la atención psicológica en el servicio, produjo una forma de solicitud acorde con lo ofrecido. Posiblemente, lo que se buscaba explorar en los formularios de recepción (elementos de riesgo psicosocial: signos de depresión, ideación suicida, consumos problemáticos, desafiliación social, etc.) fue precisamente aquello con lo que nos encontramos. Evidenciando la necesidad de analizar la demanda de los usuarios, contextualizándola con nuestra oferta y con la comprendida por los servicios pertenecientes a otros niveles de atención. Amerita sopesar en esta reflexión la insuficiencia de oferta de otras instituciones, pertenecientes a otros ámbitos -no solo el sanitario-, cuyas carencias en las respuestas a problemáticas sociales estructurales produce un efecto de “desborde” que recae sobre las organizaciones de salud. Aspecto que no será profundizado en este trabajo debido a que supera los alcances y objetivos del mismo, pero que importa dimensionar también.

Entonces, un estudio reflexivo y crítico acerca de los procesos de construcción de las solicitudes de atención psicológica implica reconocer que aquellas estuvieron dirigidas hacia el equipo de psicología del CSCV, en cierta medida, debido al interés mostrado por éste en recibirlas y a la habilitación de vías que lo posibilitaron. A la vez que debido a la ausencia de vías accesibles en otros niveles de atención en salud. Esto, que puede ser pensado en un tiempo posterior al proceso realizado, resultaría indispensable ser considerado si se le diera continuidad al Proyecto mencionado. Ya que también sería pertinente que parte del trabajo de recepción incluyera la discriminación de estos vectores de la demanda para construir los cauces requeridos cuando se detecta que otros organismos de la esfera pública deben estar involucrados en la respuesta.

Baremlitt (2005) lo plantea de forma muy clara:

Lo que debo hacer es analizar, con cuidado... qué cosas realmente puedo solucionar, qué cosas puedo solucionar parcialmente y qué cosas no puedo ni debo solucionar, debo encaminar en otra dirección o debo devolver al usuario lo que él solicita de mí... La primera cosa a ser hecha para esclarecer eso es despojarse de la convicción de que siempre la oferta de nuestros servicios es lícita, válida, resolutive, etc., porque, por el contrario, lo que vivimos haciendo es luchar por su legitimación, por la autorización, por el reconocimiento y por la ampliación social de nuestros servicios. (p. 109)

Lo propuesto por dicho autor, leído en este contexto, puede oficiar como advertencia ante la omnipotencia que muchas veces seduce a los equipos que trabajan en la primera línea de encuentro con la vulnerabilidad social, con la exclusión, con las deprivaciones materiales, con la enfermedad mental, con las violencias; con todo aquello

que los modos de organización de las sociedades contemporáneas dejan por fuera de sus prioridades.

También se podría incluir para la disquisición las formas en que se distribuyen los recursos en salud pública, y cómo los aspectos psicológicos y sociales siguen quedando rezagados. Aunque se haya reglamentado el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental (MSP, 2011), su cumplimiento en los servicios de salud pública aún permanece bajo la presentación de impulsos aislados e intermitentes.

Cobra pertinencia entonces hacerle lugar no solo al pedido en sentido amplio, realizado por la población que recurre al servicio buscando atención psicológica, sino también a las formulaciones que desde el imaginario social se esperan como respuesta. Aspecto que debe ser comprendido en relación con otro vector de la oferta, que responde a una legitimación histórica de algunos dispositivos terapéuticos ante otros, según la cual la atención psicológica ofrecida de forma hegemónica, aunque no la única, ha sido la de dispositivos terapéuticos individuales. Lo que requiere ser pensado junto con la insistente interrogación acerca de los dispositivos grupales.

¿Con qué valor se inscriben los abordajes individuales y grupales? (Fernández, 1988). Ésta es una pregunta que invita a detenernos en la reflexión acerca de los dispositivos terapéuticos ofrecidos por los servicios de salud pública y lo que se solicita tanto por los pacientes como por los agentes decisores de políticas públicas. Es importante recordar que la experiencia aquí presentada se lleva a cabo en un servicio perteneciente a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que constituye el principal prestador de salud pública de nuestro país; inscripción institucional que nos ubica como agentes-efectores de la salud y de lo público.

¿A qué imperativos responde el impulso promovido desde el año 2011 en nuestro país a partir del Plan Nacional de Implementación de Prestaciones en Salud Mental? ¿Qué fuerzas conducen a que en dichas prestaciones se otorgue un lugar central a los dispositivos grupales? ¿Qué particularidades asume en la esfera pública dicho impulso?

Es claro que el alcance de estas interrogantes escapa a los márgenes de lo pasible de respuesta. No obstante, se puede aproximar algunas dimensiones. El impulso promovido desde el año 2018 desde la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE con la creación de la figura de Coordinación Técnica de Salud Mental en Territorio puede ser leído como un esfuerzo realizado para hacer cumplir lo que desde 2011 se encuentra regulado con carácter de obligatoriedad: garantizar que todos los prestadores de salud (públicos y privados) ofrezcan un “abanico de prestaciones en Salud Mental” (MSP, 2011, p. 3).

A partir de la legislación vigente en nuestro país desde la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay, 2007) y con la aprobación del mencionado Plan (MSP, 2011), se procura garantizar el acceso de la población a prestaciones en salud de forma universal y equitativa e incluir en dichas prestaciones un conjunto de terapéuticas dirigidas hacia la salud mental. Sin embargo, en la fundamentación del mismo se evidencian aspectos fuertemente mercantiles cuando se afirma, por ejemplo:

Estas prestaciones permitirán descomprimir los requerimientos en otros niveles de atención que resultan muy onerosos. Esto además de acompañarse de un ahorro en el gasto, repercute en todo aquello que implica el beneficio de poder promover actitudes saludables, de responsabilidad y compromiso en los diferentes ámbitos. De esta forma se produciría una baja de costos y ahorro en el gasto social. (MSP, 2011, p. 6)

Estos lineamientos dirigidos hacia los prestadores de salud y a los profesionales que trabajan en las organizaciones involucradas, vienen conducidos por el requerimiento de trabajar con grupos. Dichas depositaciones atribuyen cierto saber y por lo tanto cierto ejercicio del poder sobre el rol del profesional. Estas atribuciones eventualmente posibilitan la intervención, pero también obstaculizan las posibilidades de intercambios recíprocos entre los diversos actores involucrados (Baremlitt, 2005).

El encargo institucional de implementar intervenciones grupales como prestaciones de salud mental responde, entre otros factores, al dominio de lógicas mercantiles a partir de las cuales se procura dar respuesta a la mayor numerosidad posible de consultas con la menor inversión de recursos económicos, profesionales, materiales y temporales, que suelen ser entendidos como gasto.

El encargo tiene como principal sustentación, el conocimiento de las tendencias de intervención o consultoría institucional ‘modernas’, que no vacilan en adoctrinar a quien se precisa acallar, o a aplicar verticalmente un modelo de planeamiento y gestión destinado, no a resolver los conflictos o propiciar las invenciones-transformaciones, sino a acabar de una vez con los ‘síntomas’ o ‘signos’ de un disfuncionamiento o de un malestar. (Baremlitt, 2005, p. 113)

En este caso se trata de normativas que regulan el ejercicio profesional en el ámbito sanitario, específicamente en la órbita de la salud mental, por lo que desconocer los aspectos que remiten a la mercantilización de la salud en general y de la clínica psicológica en particular, supondría sostener un posicionamiento ingenuo ante las políticas públicas y limitar el campo de visibilidad de los efectos promovidos en los espacios colectivos con los que se pretende intervenir.

El Plan (MSP, 2011) en sus modos 1, 2 y 3 prescribe qué manifestaciones sintomáticas deben jerarquizarse para acceder a las modalidades de intervención sugeridas. Dichas presentaciones se sustentan en diagnósticos propuestos por cierta concepción psicopatológica planteada en los manuales de psiquiatría norteamericana. De modo que se legitima un paradigma hegemónico en relación a la salud mental que diagnostica trastornos y prescribe modalidades de tratamiento.

Es posible plantear las siguientes interrogantes: ¿en qué concepciones de salud-enfermedad se sostiene el Plan de Prestaciones en Salud Mental? ¿Se asimilan las estrategias de abordaje en salud mental a las lógicas dominantes de la medicina tradicional según las cuales cada enfermedad se corresponde con una modalidad terapéutica pre-establecida?

Se prioriza la eficacia y eficiencia técnica para dar respuesta a la cantidad de pedidos de atención psicológica, “satisfaciendo” solicitudes históricamente insatisfechas, sin interrogarse acerca de los posicionamientos técnicos que sostienen dichas prácticas, ni acerca de los marcos teóricos requeridos para pensarlas.

En este sentido resulta valioso recuperar un posicionamiento clínico sostenido en aspectos éticos, políticos, ideológicos que no solo promueva la reflexión constante en torno de las lógicas institucionales que permean las estrategias de intervención desde las cuales se trabaja en los ámbitos de la salud pública, sino también que logre “hacer estallar el contrato privado en el espacio público” (Fernández, 1988, p. 136). La misma autora refiere al respecto que la implementación de dispositivos grupales en organizaciones sanitarias tiende muchas veces a concebir grupos con la finalidad de resolver el problema de cantidad de

pacientes que reciben atención, minimizando costos y optimizando recursos, sin resolver antes la calidad y continuidad que se brinda en dichas prestaciones (Fernández, 1988).

Más que del interés por instalar dispositivos sostenidos teórica, técnica y éticamente, dicho Plan procura abarcar mayores cifras de usuarios con el menor costo posible de inversión. Así como también, legitima cierta concepción del padecimiento humano caracterizada por clasificar el sufrimiento psíquico mediante el uso y la validación de diagnósticos que homogenizan las manifestaciones de dolor y malestar, instrumentando de forma igualmente homogénea las modalidades terapéuticas correspondientes a dichos diagnósticos.

Sylvia Castro (1989), partiendo de Foucault, realiza un recorrido que permite reflexionar acerca de la concepción médica de la salud y de la enfermedad, la escisión aún vigente psique-soma y las preocupaciones por el cuerpo trasladadas a la mente. Dice:

La medicina científica se constituye e instituye la constitución de las ciencias del hombre... La clínica envuelve la locura bajo la piadosa denominación de enfermedad. Al mismo tiempo envuelve a la enfermedad con el enfermo en el coto cerrado del ámbito hospitalario. Desde el lenguaje, el dominio del positivismo en el discurso científico, es puesto de manifiesto en el dominio de la medicina en el terreno institucional. (p. 3)

Si se parte de modalidades terapéuticas que resultan valiosas para algunos ámbitos y se pretende extenderlos y generalizarlos al complejo campo de la salud mental, se corre el riesgo no solo de obturar otras formas posibles de abordaje, sino que también se produce

una extrapolación cuyos efectos, en el mejor de los casos, deviene obstaculizadora de las posibilidades de construcción de alternativas singulares ante el padecimiento.

Padeceres que, además, producen múltiples estrategias sanitaristas, una proliferación de especialidades y los famosos grupos de autoayuda, o grupos monosintomáticos, cuya eficacia sería interesante investigar, estando alertados de que a veces portan el riesgo de multiplicar al infinito lo mismo y no apostar por un cambio de posición subjetiva. (Jasiner, 2021, p. 23)

Se parte de nociones tecno-científicas acerca de qué se entiende por salud-enfermedad mental, desconociendo los saberes populares fundados en la experiencia de las comunidades, depositando en los especialistas la gestión de la vida afectiva, sexual, cognitiva, familiar y laboral de las poblaciones con las que se interviene. Así como también sobre las terapéuticas indicadas para cada manifestación del padecimiento, en cuanto a modalidad de tratamiento, frecuencia, formato, etc.

En relación a esto Saidón (1989) se interroga: “Cuando hablamos de dispositivo grupal: ¿De qué grupo se trata y cuál dispositivo promovemos? ¿Cuáles son los grupos que de hecho se han promovido y cuáles son los que no han hecho más que sumarse a los instituidos dominantes?” (p. 44)

Teniendo como punto de partida el mencionado Proyecto (Korona et al., 2019-2020) y habiendo analizado algunos vectores que lo atravesaron, resultó posible trazar ciertos desvíos ante los encargos referidos. Desvíos que sin este análisis podrían ser interpretados como cierta trasgresión al Plan (MSP, 2011), en el sentido de cómo se fue armando nuestra

forma de trabajo grupal, cómo se fue componiendo dicha grupalidad, qué criterios tomamos para la integración de participantes, etc.

Sorteando la prescripción de que a los grupos se incorporen personas con tales o cuales características (diagnósticos, inserciones laborales, relaciones familiares con problemáticas específicas) fue posible elaborar una construcción particular. La guía fue la oportunidad de hacerle lugar al padecimiento en sus manifestaciones singulares, hilvanadas colectivamente. En la medida en que el sufrimiento es pensado con otros, que se reconocen como semejantes y distintos, es posible construir modos novedosos de transitar las afecciones propias de la vida.

4.2.2. Pensar las relaciones trabajo de equipo/equipo de trabajo a partir de la coordinación del dispositivo grupal.

Tal como Ana María Fernández (2002) afirma que el mero juntarse no constituye grupo, podemos pensar que el mero reunirse en torno de una tarea compartida, en este caso la coordinación de un grupo, no constituye equipo. Vale entonces plantear algunas interrogantes: ¿cuándo un conjunto de profesionales se compone como equipo? ¿Qué condiciones resultan necesarias para constituir equipo? ¿Cómo equipar un conjunto de profesionales para que pueda trabajar en equipo, convocado por la tarea de coordinar un grupo? ¿Cuáles son las condiciones que favorecen que el trabajo con otros sea posible? ¿Resulta suficiente compartir responsabilidades, mandatos e intereses comunes? ¿Alcanzaría con construir acuerdos de trabajo e intentar sostenerlos?

Sylvia Castro (1989) acerca algunas puntualizaciones para pensar los equipos. Dice:

equipar tiene en su origen una connotación marina: ‘proveer a una nave, equiparla con gente, víveres, municiones, armas, etc.’ *No hay diferencia entre los hombres, los víveres, las armas*. Equipar: ‘dotar a un buque de su equipaje y de cuanto necesita para su avío y defensa.’ Este era el sentido, la finalidad: la defensa. De ahí la moderna acepción de equipo: ‘grupo de operarios organizado para un determinado fin o servicio.’ También: ‘proveer a una máquina de todas las piezas y accesorios necesarios para que funcione’... *Recordemos la obligación: ‘para un determinado fin o servicio, para que funcione.’* (p. II)

Proponerse sostener un objetivo común, llevar a cabo una tarea, realizar una actividad conjunta resultan componentes necesarios aunque insuficientes para dar cuenta de los movimientos que se producen en un equipo. Es posible pensar entonces que naturalizar la noción de equipo, así como la de grupo, obstaculiza las posibilidades de construir una indagación acerca de aquello de lo que pueden producir.

En la experiencia llevada a cabo, trabajar en equipo, así como trabajar con grupos, devino inicialmente un mandato ineludible. Resultaba un requisito imprescindible reunirse con otros profesionales para diseñar las estrategias de intervención que aquí se describen. Lo que dejó durante un tiempo silenciada la pregunta acerca de lo común. Quedaba explicitada la convicción de trabajar con otros; no obstante, resultaba dificultosa la interpelación por los movimientos necesarios.

En los distintos documentos mencionados en la Introducción de este trabajo, particularmente en los Antecedentes, se hace referencia al requerimiento de implementar intervenciones grupales (esto fue analizado en el apartado anterior). También se hace referencia a las aptitudes sugeridas para desempeñar el rol de “psicología en territorio”; se

destaca la necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios (ASSE, 2019), pero no se profundiza en qué concepciones de equipo se sostienen y qué modalidades de trabajo se espera para los equipos que deben dar respuesta a estos lineamientos.

Hubo un tiempo, que podría ubicarse en los inicios de nuestro trabajo conjunto, en el que predominó el pragmatismo, lo resolutivo, las respuestas, el diseño de estrategias, desligado del intercambio de ideas, concepciones y discusión de nociones. Podría ahora nombrar ese tiempo inicial como de cumplimiento con aquellos mandatos y encargos sociales e institucionales de alcanzar un determinado fin; lograr los objetivos esperados: organizar la atención psicológica de las personas que solicitaban consulta, ofrecer modalidades de intervención acordes a sus necesidades, responder a la numerosidad de pedidos, encauzar los desbordes de otros actores de la organización pertenecientes a otras disciplinas, implementar el Plan de Prestaciones de Salud Mental en ASSE, trabajar con grupos, etcétera.

Ana María Fernández subraya que naturalizar lo grupal, despojarlo de sus atravesamientos institucionales, históricos, políticos, económicos, culturales, conlleva un riesgo: instituir dispositivos aislados de las múltiples dimensiones que los componen y permean; lo que ella nombra como “grupos-islas” (2002, p. 140).

En relación a los equipos, Sylvia Castro (1995) retoma lo señalado por Fernández, destacando que resulta ineludible pensar los equipos inmersos en las instituciones en las que se inscriben, en los funcionamientos organizacionales a los que están sujetos, los marcos políticos, históricos, académicos y científicos en los que tienen lugar.

Retomar algunas de las puntualizaciones realizadas en el apartado anterior puede enriquecer este punto del análisis para pensar el tiempo constitutivo en el que nos

encontrábamos como equipo cuando nos propusimos trabajar con grupos. Los encargos institucionales a los que se hizo referencia, provenientes de las políticas públicas en salud mental, de la institución sanitaria, del Plan de Prestaciones, de la “psicología en territorio”, de la Red de Atención Primaria de ASSE, de la organización del Centro de Salud y sus modos de respuesta a los problemas de salud mental, constituyen una malla que dio soporte a los movimientos emprendidos, así como también constriñó las posibilidades reflexivas signadas por el apremio de una supuesta urgencia, la de “responder”.

Dichos atravesamientos oficiaron como imperativo, pero también como impulso hacia el movimiento. Quizás los obstáculos no estuvieron marcados exclusivamente por los vectores mencionados, sino también por nuestras dificultades de acompañar dichos movimientos con tiempos destinados a la reflexión, al análisis y al intercambio conjunto de las transformaciones requeridas para sostener el trabajo colectivamente.

En un tiempo inicial, las rigideces individuales, la necesidad de afirmación de lo propio, de la especificidad disciplinar, produjo un clima en el que resultaba profundamente complejo dialogar, trazar puentes, construir acuerdos y lazos comunes.

Sylvia Castro (1995) puntualiza que realizar una actividad profesional no necesariamente produce una transformación. Y destaca que la noción de actividad está enlazada con la idea de productividad y eficacia. La diferencia de tarea, que no necesariamente produce riquezas ni capital, sino que remite a procesos que se realizan en un tiempo limitado. Define a la tarea como “generadora de sentidos, productora de significantes que multiplican significaciones y jerarquizan ciertos ‘cruces y anudamientos’ donde se condensa el deseo que circula en la composición grupal.” (p. 12)

La noción de equipo para esta autora se enlaza con las nociones de grupo, máquina y funcionamiento. El equipo de profesionales reunido en derredor de una actividad que se espera (tácita o explícitamente que cumpla), deviene máquina que funciona para determinado fin o servicio. Este constituye el aspecto prescripto institucionalmente de la tarea para la que se convoca un grupo de profesionales; para lo que debe funcionar.

Sin embargo, la autora destaca otros aspectos relativos a la tarea, que tienen que ver con las dimensiones de producción y deseo. No se puede prever lo que ocurre en la medida en que esa maquinaria se pone en marcha. Será en los puntos de rupturas a los encargos sociales de productividad y eficacia que se podrá escapar de la direccionalidad en la que ha sido colocada y orientarse en la producción de nuevas combinaciones posibles. (Castro, 1995)

Dichas dimensiones, deseantes y productivas, son subrayadas por otros pensadores del campo grupal, preocupados por aquello que los equipos son capaces de producir. De Brasi (1995) sostiene una relación de incertidumbre que nos conduce a un camino de investigación, donde las relaciones que se establecen serán una construcción del proceso grupal. También lo afirma Marqués (1996): es una realización la que puede dar cuenta si hubo conformación de equipo. “Hay una tarea, un proyecto que incita el movimiento, el echar a andar, pero es la producción realizada la que da cuenta si se conformó equipo.” (p. 125)

Estos pensadores rioplatenses (Castro, 1995; De Brasi, 1995; Marqués, 1996) acercan dos dimensiones desde las cuales interesa pensar los equipos: una dimensión ligada a los aspectos instituidos, organizativos, prescriptos, sobre las que se sedimentan los encargos sociales e institucionales de los fines y objetivos que se espera que un equipo de

profesionales se aboque a cumplir; y otra dimensión que esboza las fisuras desde las cuales las producciones deseantes, singulares y colectivas, marcan un surco en el cual tiene lugar lo novedoso, la producción, el desvío en su potencia.

Estas dimensiones soportan la posibilidad de pensar los componentes estructurales: el espacio físico, la infraestructura edilicia, el tiempo, los instrumentos teórico-técnicos, la formación, los roles, y cómo se distribuyen en un equipo. Pero también acercan la necesidad de pensar la dimensión productiva.

Resulta necesario hacerle lugar al trabajo del equipo consigo mismo, de cada uno de sus integrantes en sus trayectorias singulares y los encuentros con los demás. Propiciar las condiciones para el ejercicio reflexivo sobre la propia experiencia, pero también sobre los efectos de la misma en cada quién, las marcas y trazos singulares y el lugar de lo común. Darse la oportunidad de pensar con otros, posibilitar la instalación de interrogantes, propiciar la desritualización de la práctica.

Interesa pensar las diferentes concepciones que sostuvimos acerca de lo grupal, las ambivalencias y contradicciones en torno a las posibilidades y limitaciones del dispositivo con el que trabajamos, así como también nuestra propia desconfianza sobre los efectos posibles de ese modo de trabajo.

Esto no siempre es incluido a nivel organizacional dentro de las actividades remuneradas, por lo que muchas veces es un trabajo que queda sujeto a las búsquedas y voluntades de quienes componen el equipo. Y a veces, contribuye con las resistencias existentes en torno a pensar la tarea.

Los equipos connotan una noción de grupo histórica y socialmente producida y a su turno, ellos cumplirán (o no) con el encargo social para el que fueron creados. De modo que el problema a plantearnos no es qué es un equipo o qué es un grupo, sino que es la grupalidad que ellos convocan la que nos obliga a dar cuenta de su surgimiento. Lo que supone llegar más allá del momento constitutivo y más allá de la historia particular de los grupos concretos, para encontrar la subjetividad que los dimensiona y los habita en sus producciones y en sus soportes. (Castro, 1995, p. 18)

Las condiciones de posibilidad para construir equipo no están dadas a priori. Es necesario disponerlas ya que el hecho de que exista (en el mejor de los casos) un tiempo y un espacio acordados para encontrarse con determinada frecuencia, para pensar una tarea y trabajar con objetivos comunes, no garantiza un proceso colectivo.

En el proceso transitado por este equipo, la posibilidad de interlocución con un actor externo ofició de soporte para la interrogación sobre los modos de producción grupal, sobre las estrategias implementadas, los recursos ofrecidos, las lecturas realizadas sobre lo que acontecía en el grupo, pero especialmente favoreció la posibilidad de interrogar nuestros prejuicios y combatir nuestras pretensiones anticipatorias.

Hacerle lugar a espacios de intercambio entre nosotros, formularnos preguntas sin la amenaza de desdibujar las singularidades y alojando la oportunidad de habitar otros modos de constituir equipo, más cercanos a la posibilidad de crear e inventar que de reproducir prácticas automatizadas e irreflexivas.

Joaquín Marqués (1996) plantea una interesante tensión entre las nociones trabajo de equipo/equipo de trabajo. En el trabajo de equipo “se jerarquiza el trabajo, la

producción, el movimiento, la diversidad y la multiplicidad, el descentramiento, la periferia, la tarea y la figura que se conforma es colectiva”. En el equipo de trabajo “se jerarquiza la organización, los roles, la producción ligada, las sistematizaciones, el centro, el objetivo y la figura que se conforma es la del representante.” (p. 124)

Hablar de trabajo de equipo supone hacer lugar a las diferencias, alojar los conflictos y tensiones entre los recorridos singulares y las producciones colectivas. En un primer tiempo del equipo de psicología del Centro de Salud Ciudad Vieja las diferencias o bien eran silenciadas o emergían con violencia, dando lugar a un clima de malestar y sufrimiento que obstaculizaba la producción colectiva.

Diferentes trayectorias formativas, vivencias singulares, concepciones acerca de lo grupal y de la tarea emprendida; momentos de aferrarse a lo propio en detrimento de lo común, desvalorizaciones hacia lo desconocido, temores ante la inexperiencia, ante lo inaugural e imprevisible, habitaron el trabajo inicial.

Tiempo que estuvo signado por el accionar burocrático, administrativo, de creación de procedimientos. Lo cual puede pensarse en esta elaboración posterior desde al menos dos vertientes: una ligada a lo resistencial para sumergirnos en las diferencias, las concepciones teórico-técnicas, las cuestiones clínicas de la intervención; pero también desde la vertiente ligada al impulso, a la necesidad de diseñar un proyecto y hacerlo trabajar.

En el reconocimiento actual de que la dimensión enfatizada del proyecto estuvo amarrada inicialmente a su versión fundante y organizativa. Pero en la medida en que tuvo

lugar el trabajo grupal, fue cobrando cada vez más fuerza la necesidad de producción colectiva del proceso de trabajo. (De Brasi, 1995)

Cuando la intensidad de las discrepancias pudo ser elaborada, devino como fortaleza, en tanto trama que pudo sostener el dispositivo grupal y sus producciones. La heterogeneidad de nuestras composiciones como equipo se transformó en potencia para alojar la diversidad de las formaciones grupales.

Marqués (1996) afirma:

Cuando se da un trabajo de equipo hay una producción colectiva, que es lo que permite crear una trama que va a ser soporte y referencia. Cada integrante delineará un tránsito propio. Dibujará una trayectoria teniendo al equipo como referencia, por el cual transita, generando un surco (por lo que tiene de siembra, de seminal), que no comienza en esa instancia, ni ahí termina...

Cuando se logra trabajo de equipo, éste es fluctuante, diverso, rizomático, de intensidades variadas, donde las diferencias adquieren su expresión más productiva. (pp. 124-125)

Sostener las diferencias, alojar el conflicto, abandonar pretensiones homogeneizantes, tolerar lo diverso, son aspectos que requirieron ser trabajados en el equipo para poder hacerles lugar también desde el rol de coordinación en el aquí y ahora del grupo.

Por su parte, Bauleo (1989) propone que para organizar un dispositivo grupal es necesario que haya al menos dos deseos: el de organizar un grupo terapéutico y el de

organizar un equipo. Esto nos conduce a pensar que instalar un dispositivo grupal supone zambullirse en una dimensión de grupalidad que involucra al equipo de trabajo. “efectuar una psicoterapia de grupo no es un problema [solamente] técnico, sino y ante todo de concepción, en el sentido de ‘asumir’ y ‘entrar’ en una dimensión de grupalidad.” (p. 109)

Sin embargo, cabe también interrogar esta noción de deseo, ya que, si bien para organizar un grupo y un equipo de trabajo resulta una condición necesaria sostener un deseo como punto de partida, los efectos se producirán en cada encuentro con otros. Todo profesional que se proponga coordinar un dispositivo grupal requiere sumergirse en cierta dimensión de grupalidad relativa al equipo. Ahora bien, esto no puede ser formulado a priori, sino que es una lectura posterior de lo acontecido la que dará cuenta de los procesos ocurridos, en ese interjuego permanente entre lo singular y lo colectivo.

Si se problematiza dicha noción de deseo planteada por Bauleo (1989) como a priori según el cual alcanzaría con proponerse instalar un dispositivo grupal y disponerse a trabajar en equipo para que ciertos procesos tengan lugar, puede ser tomada en su potencia productiva, en tanto impulso para sumergirse en aquello que cada grupalidad convoca y conmueve. Tomar esa dimensión deseante como propulsora de creaciones e invenciones (De Brasi, 1995); como oportunidad de ofrecerse al movimiento.

Los procesos grupales analizados aquí pueden ser pensados a posteriori tal como en la multiplicación dramática en la que se componen escenas cuya anticipación es imposible. “El dispositivo opera intervención, más allá de la voluntad de quienes lo implementan.” (Fernández, 2015, p. 28) Sólo es posible anoticiarnos de los efectos de grupalidad y del trabajo de equipo/equipo de trabajo en un análisis realizado acerca de lo que se produjo.

Además de cuestionar el asunto del deseo en relación a trabajar con grupos y en equipo, la cuestión del equipo tal vez pueda ser pensada como un disponerse a, más que como un estado. Una de nuestras dificultades tuvo que ver con proponernos instituir grupos, diseñar estrategias, redactar proyectos, omitiendo el intercambio de ideas, de conceptualizaciones, de lo que cada uno entendía pertinente y sus fundamentos. Esto trajo aparejado ciertos niveles de malestar, insatisfacción y enojo, en tanto se requería construir un espacio entre nosotros al que inicialmente fue dificultoso hacerle lugar. De cierto modo, nos encontrábamos ofreciendo la oportunidad de pensar con otros en el grupo, sin poder brindarnos esa posibilidad como equipo.

Cabe pensar también cuán descalificadas se encontraban entre nosotros las prácticas grupales. Si bien aunamos esfuerzos para trabajar con grupos y en equipo, las prácticas legitimadas desde el campo hegemónico de la clínica individual privada también ejercían fuerzas tácitas denigrantes de lo grupal (Fernández, 1988).

Aquella desconfianza no trabajada tuvo efectos sobre nuestra práctica clínica, derramándose sobre los criterios que utilizaríamos para incorporar participantes al grupo, sobre la permanencia de los mismos, así como también en la desconfianza acerca de las posibilidades de que se produjeran efectos terapéuticos. Nos preguntábamos si los usuarios participarían, si permanecerían, si se producirían transformaciones subjetivas en ellos. Lo que quedaba invisibilizada era la posibilidad de que quienes nos encontrábamos del lado de la coordinación pudiéramos ver transformadas nuestras creencias y prejuicios; nuestros ideales e ignorancias acerca de lo grupal.

Formas de grupalidad instituidas entre los profesionales que hacen obstáculo al trabajo con lo grupal y nos habitan en nuestros modos de posicionarnos ante la tarea de coordinación. Modos que evidencian ideologizaciones, reduccionismos y simplificaciones del campo grupal y que permean y componen las prácticas que como profesionales sostenemos (Bozzolo, 2000).

Sostener otros modos de posicionarnos, que instituyeran prácticas no hegemónicas ni ritualizadas supuso un trabajo con las dimensiones institucionales que se han mencionado, relativas a los encargos sociosanitarios de regulación y disciplinamiento subjetivo, de normalización de los modos en que el sufrimiento se manifiesta. Aspectos que se encontraban subyacentes en la demanda de trabajar con grupos y que requirieron una indagación profunda de las prácticas clínicas que estábamos dispuestos a defender. Prácticas, espacios, encuentros sostenidos por la apuesta a la transformación subjetiva en el lazo social y político. Dicha apuesta devino oportunidad en la medida en que trazar ligaduras en el trabajo conjunto como equipo fue posible.

4.2.3. Analizar los movimientos que se produjeron desde el rol de coordinación para que la tarea deviniera posible.

La pregunta acerca de la tarea de coordinación insiste a lo largo de este trabajo. Interesa reflexionar en torno a los modos de coordinar que fueron habitados y que resultaron posibles. Importa dimensionar que se trata de un rol que se fue construyendo en tanto se fue transitando.

Diversos autores se han interrogado acerca de las especificidades de la función de coordinación en los grupos, de la formación requerida, de las herramientas teóricas, de los

instrumentos técnicos, de la posición asumida, de los lugares que se habitan cuando se está inmerso en un tejido grupal que atraviesa, permea y compone los estilos de quien se dispone a la coordinación grupal.

Resulta necesario entonces recorrer aquellos mojones del trabajo de coordinación que van desde la formación específica para adentrarse en lo grupal, hasta las marcas singulares que convocan a sumergirse en esta tarea. En el entendido de que dejarse convocar por lo grupal, permitirse interrogar y conmover, supone un trabajo de análisis de las formas en que dicha función nos atraviesa y compone las modalidades en que la sostenemos. Supone también un estudio de nuestra propia implicación en dicho rol.

¿Cómo nos disponemos a escuchar cuando coordinamos un grupo? ¿Cómo operamos una lectura sobre aquello que allí se produce? ¿Cómo intervenimos? ¿Qué composiciones teóricas y técnicas nos habitan? ¿Qué vectores institucionales, organizacionales, históricos, políticos, singulares, podemos leer en cada grupalidad? ¿Qué posición asumimos como coordinadores?

Pensar acerca de los efectos de nuestras intervenciones resulta un ejercicio que solo puede ser realizado a posteriori y que, con cierta distancia cronológica, permite una lectura acerca de lo que se produjo; de lo que resultó posible en aquél momento y de lo que solo puede ser pensado ahora en este tiempo de elaboración de trabajo académico.

¿Qué intervenciones resultan propiciatorias de un entramado grupal que, en tanto se construye, hace lugar a singularidades y diferencias? Y, ¿cuáles fueron obstáculo para la composición de dicha trama, en tanto se acercaron más al borramiento de lo propio y a la homogeneización que hace masa en lo grupal? La reflexión interesa entonces para conocer

los efectos propiciatorios de las producciones grupales y los efectos obstaculizantes de las mismas.

Ahora bien, este análisis busca detenerse en una interrogación en torno de la coordinación no sólo en cuanto a sus modalidades de intervención y sus efectos en los coordinados, sino también acerca de los procesos subjetivos de los que su rol se va componiendo.

Tal como proponen Kesselman, Pavlovsky y Frydlewsky, “no hay coordinaciones, sino coordinadores” (2007, p. 27), procurando enfatizar que la persona del coordinador interesa en tanto su singularidad, su historia, sus recorridos, sus conflictos, las instituciones que lo habitan, reclaman una consideración tan necesaria como el de la formación teórico-técnica especializada.

Dicho trabajo supone saber acerca de aquellas marcas, escenas, capturas que en la tarea de coordinación en ocasiones se figuran como limitaciones de las posibilidades de operar. También interesa integrar aquello de la historia singular de cada coordinador que deviene oportunidad de ofrecer cierta sensibilidad particular para escuchar lo que resuena con lo propio.

Es menester señalar, desde el punto de vista que intento proponer, que este cometido no puede realizarse en solitario, sino a través de un ejercicio reflexivo con otros que ofician de interlocutores, que ofrezcan otra mirada, que rompan nuestros prejuicios y que conmuevan nuestros anquilosamientos.

En el proceso transitado por el equipo dicha reflexión conjunta resultó en ocasiones dificultosa. Las diferencias operaron en un primer tiempo como barreras que parecían

infranqueables. Los estilos personales, los posicionamientos teóricos, las herramientas técnicas de cada quien se presentaban como incompatibles con lo propuesto por los demás integrantes del equipo.

Resultó imprescindible un intercambio profundo, acompañado de una terceridad que ofició como co-pensora, que posibilitara un recorrido en derredor de los puntos de desencuentro que parecían imposibles de sortear. Para nuestra sorpresa, dicho recorrido favoreció un acercamiento que permitió descubrir aquellos aspectos en los que había afinidades en cuanto al rol, a las expectativas acerca del trabajo grupal, a las posiciones éticas sostenidas. También permitió aprehender las diferencias que enriquecían el trabajo colectivo, favoreciendo que en un tiempo posterior, dichas discrepancias fueran manifestadas y toleradas en el trabajo grupal, potenciándolo.

No obstante, cabe señalar que los obstáculos que se imponen en la tarea de coordinación no obedecen exclusivamente a la historia particular de cada coordinador, ni a los soportes teórico-técnicos en los que sostiene su quehacer. Sin dudas, estos constituyen aspectos relevantes en los que importa bucear, pero no exclusivamente. Se trata de un trabajo que necesariamente debe incluir los derroteros institucionales, organizacionales, históricos, políticos, socioculturales en los cuales siempre se está inmerso cuando se emprende esta labor.

Bibbó (2015) plantea que toda inscripción institucional supone el encuentro del sujeto con diversas fuentes de angustia que frecuentemente son interpretadas como problemas de la esfera vincular de quienes participan en ella y no alcanzan el estatuto de ser analizadas en cuanto a las dimensiones institucionales que operan provocando sufrimiento. El encuentro con un orden que antecede a los sujetos; la integración a un equipo del que se

es una parte, no la única; el tener que trabajar con otros que no se eligen; la distancia entre los ideales y lo posible, constituyen aspectos que operan como constricciones de lo que suele ser pensado como propio y que, de no ser elaborados, devienen obstaculizadores de la realización de la tarea.

Un elemento relevante que ya fue mencionado pero que importa retomar tiene que ver con que el equipo que se abocó al proceso de instituir el dispositivo grupal que aquí se analiza, se constituyó sobre la marcha. Quienes desempeñamos los roles de coordinación, co-coordinación y observación en el grupo nos integramos al Centro de Salud Ciudad Vieja durante el segundo semestre de 2018 y a lo largo de los meses siguientes nos abocamos al armado del Proyecto. El conocimiento entre nosotros y con los demás actores del Servicio se produjo a la par del proceso de construcción del mismo.

Los efectos de esta construcción conjunta que no pudieron ser pensados en aquél tiempo, provocan hoy esta producción académica. El proceso de conocer el Servicio, los actores que lo integraban, las organizaciones del territorio con las que dialogaba, los dispositivos que existían en el Centro de Salud, sus modos de funcionamiento, las vías de referencia de usuarios con el segundo nivel de atención, fueron labores que emprendimos a la vez que nos abocamos a esbozar respuestas a las solicitudes de atención.

Esta condición promovió algunas interrogantes en cuanto a los tránsitos requeridos para el armado de un equipo de trabajo en torno al rol de coordinación. Interrogantes que discurrían por los siguientes carriles: ¿cómo es posible armar equipo con otros a los que no se elige? ¿Se requiere de un tiempo previo de trabajo conjunto para abocarse a coordinar un grupo?

Operaban ciertos prejuicios en nosotros acerca de la importancia de que hubiera un trabajo previo en otras labores, que favoreciera cierto conocimiento entre los distintos actores, para luego sumergirnos en la tarea compartida. Quizás también obraron ciertas idealizaciones relativas al requerimiento de que existiera alguna experiencia anterior que nos resguardara de la incertidumbre del devenir en el trabajo conjunto.

Tal como se planteó anteriormente, cuando comenzamos a trabajar en el Centro nos encontramos con un funcionamiento organizacional en el que predominaba el caos y la imprevisibilidad en cuanto a las modalidades de recepción de las solicitudes de atención psicológica y las formas de respuesta ante las mismas. Los canales que predominaban consistían en “derivaciones de pasillo” en las que quedaban a la deriva tanto quiénes requerían dicha atención como quiénes la brindaban. Esto provocaba sensaciones de agotamiento, de impotencia, de exceso inabarcable, que anulaba las posibilidades de reflexión acerca de los procesos que se estábamos recorriendo.

Esto produjo efectos en nosotros respecto de la constitución del grupo, que pueden ser pensados ahora a partir de la preocupación inicial acerca de las reglas de funcionamiento; los modos de incorporación de los participantes; los alcances de la modalidad propuesta de “corredor terapéutico”, que establecía el tránsito de participantes y coordinadores; la ansiedad por identificar las repercusiones que dichos movimientos ocasionaban en los participantes.

Sin embargo, el propio andar grupal fue conmoviendo nuestros temores y prejuicios mostrándonos sus posibilidades de transformación, de brindar soporte a quienes llegaban a la deriva, a los que atravesaban desarraigos, a las soledades y a los sufrimientos. Así como también, de acompañar los movimientos que los derroteros institucionales nos empujaban a

atravesar, que incluyeron desde la búsqueda de un espacio físico propicio para realizar los encuentros, hasta las condiciones contractuales que determinaban la posición transitoria de dos integrantes de la coordinación.

Poder reflexionar acerca de las condiciones organizacionales que sostenían las modalidades de intervención psicológica ofrecidas, así como también en torno de los múltiples atravesamientos institucionales y de los instituidos sociosanitarios dominantes (Baremlitt, 2005), permitió ubicar que aquellas temores y prejuicios mencionados responden a fuerzas que trascendían nuestras particularidades como equipo y que impactaban en nuestros modos de pensar lo grupal y de responder desde la posición de coordinación.

El análisis recorrido anteriormente en este trabajo acerca de aspectos tales como el impulso grupalista sostenido por el Plan de prestaciones, ASSE, la Dirección Técnica de Salud Mental en el Primer Nivel de Atención, la “psicología en territorio”, favoreció el entendimiento de que se trataba de una multiplicidad de entrecruzamientos que nos ubicaban en lugar de responder a diversos encargos y de ejecutar ciertas prescripciones que recaían sobre nuestro rol como coordinadores y como integrantes del equipo de psicología.

En torno a las manifestaciones de la angustia institucional, Bibbó (2015) señala que: “La queja, el cansancio, la desmotivación, las infracciones o la automatización de la tarea, son algunas de sus expresiones que se agotan en explicaciones circunstanciales o personales, sin que se pueda percibir, en ellas, la dimensión institucional.” (p. 4)

¿Qué lugar tenía el padecimiento subjetivo para el equipo del CSCV? ¿Qué procesos operaban naturalizando aquellos mecanismos de derivación que dejaban el sufrimiento singular a la deriva? ¿Por qué un equipo de profesionales de la psicología

acepta con beneplácito estos mecanismos? ¿Qué lugar había para la interdisciplina y el diálogo?

Estas interrogaciones que pueden ser formuladas en esta elaboración, no lograban ser enunciadas en aquel momento en el que primaba la urgencia de ofrecer respuestas y el apremio de los tiempos de espera que resultaban desesperantes. En esta oportunidad es posible plantear que durante aquellos primeros meses de inserción oscilamos entre el activismo y la parálisis (Bibbó, 2015).

Los períodos de movimiento se entrelazaban con ocasiones de confusión y estancamiento. La construcción de los instrumentos mencionados (formulario de recepción, entrevistas de recepción, dispositivos grupales) favorecieron el pasaje a la acción. Es interesante pensar aquí que primero el accionar resultó necesario y luego la reflexión reclamó su lugar.

También vale decir que en la medida en que los encuentros grupales fueron transcurriendo, los efectos que observábamos en los participantes y en nosotros, fueron el motor para generar ese espacio de intercambio y pensamiento. En cierta medida se podría afirmar que fue la propia grupalidad producida la que nos movilizó a pensarnos como equipo.

Ahora bien, ¿por qué centrar esta elaboración en el lugar de la coordinación y no de los coordinados? Porque se trata de un trabajo interesado por el proceso transitado desde el rol de quien lo escribe e implicado en el análisis de la construcción del mismo, en tanto se fueron suscitando distintos modos de habitarlo.

Si cabe la pregunta en torno de los modos de habitar la coordinación y los efectos que promueven es porque se trata, desde el punto de vista que se intenta exponer aquí, de los aspectos que resultaron desafiantes en el trabajo grupal. Y, porque algunos desarrollos teóricos así como ciertas experiencias clínicas dan cuenta de espacios en los que las coordinaciones de grupos intervienen favoreciendo homogeneizaciones, masificaciones y liderazgos (Herrera y Percia, 1987; Fernández, 2002).

Nuestros modos de coordinar estuvieron, en ocasiones, atravesados por el afán por revelar sentidos, arribar a certezas y saber lo que acontecía en el grupo. Estas modalidades nos atravesaron obstaculizando la asunción de una posición que favoreciera interrogaciones, soportara el sinsentido y destronara las verdades absolutas.

Quizás nuestras propias incertidumbres, nuestros miedos y desconocimientos, así como cierta forma de concebir la clínica, legitimada por un marco teórico-técnico que ubica la interpretación y propone un saber que requiere ser descubierto por quiénes coordinan, nos condujo a omitir durante el primer tiempo las dudas, las contradicciones, las paradojas, el no-saber.

Estas dificultades orientan a pensar el necesario descentramiento de las figuras de coordinador-líder y de coordinador-oráculo que, según Fernández (2002), han eclipsado las producciones grupales al instituir la figura de la coordinación como aquella que ha oscilado entre ofrecerse como ideal a seguir y ubicarse en posición de saber lo que al grupo le pasa. La misma propone renunciar al saber de la certeza y a la ilusión de omnipotencia del coordinador, para que pueda advenir un modo de leer las producciones grupales desde la multiplicidad. Señala:

Si se acepta que el nudo grupal está atravesado por múltiples sentidos y más de un sinsentido, siempre excederán a aquellos que desde la implicación interpretante se puedan puntuar; el coordinador solo podrá puntuar algún sentido, interrogar una rareza, resaltar una paradoja, indicar alguna insistencia y ya no será quien descubra la verdad de lo que en el grupo acontece. (Fernández, 2002, pp. 156-157)

Sitúa la importancia de inscribir a los grupos como campo de problemáticas, en los que las dimensiones históricas, sociales, institucionales, subjetivas, económicas, políticas, éticas, antropológicas, etc., son constitutivas de dicho campo. En el que las transferencias, las identificaciones, las repeticiones, la actualización de conflictos infantiles constituyen algunas vertientes pasibles de análisis, aunque no las únicas a realizar. (Fernández, 2002)

Dicho posicionamiento procura destronar de la hegemonía a la interpretación de sentidos que se piensa como esclarecedora y elocuente, para crear condiciones de posibilidad en las que otros sentidos puedan ser enunciados. Este movimiento que ubica a lo grupal como campo de problemáticas compuesto por múltiples vectores, subraya que algunos devienen texto mientras otros permanecen invisibilizados; por lo que aquello que se produce no puede ser aprehendido en su totalidad (Fernández, 2002).

Que el encuentro con otros en un grupo pueda propiciar el surgimiento de una pregunta, que sea germen para dar lugar a nuevas formas de significar el padecimiento, es algo que puede ser favorecido desde la coordinación en tanto se posibilite la construcción de significaciones novedosas. Pero esa posibilidad de conmoverse ante lo desconocido, de vacilar e interrogarse, suele ser pensada como algo a propiciar entre los participantes. Sin embargo, resulta interesante acentuar también cuán necesario es que el tambaleo de las

certezas surja del lado de quienes se asumen como coordinadores. Y cuánto esta posibilidad resulta imprescindible para favorecer la interrogación en el encuentro grupal.

“¿Cómo un coordinador puede acompañar a otros en la experiencia de soportar el vacío si no se ha trabajado lo suficiente a sí mismo?” (Jasiner, 2021, p. 70) Lo que propone la autora invita a pensar algunos aspectos: ¿cómo es posible habilitar la polisemia, sostener el equívoco, las paradojas, tolerar la incompletud, si eso no es trabajado en quien se ubica en posición de coordinador? ¿Cuán permeables al sinsentido, al no-todo, a lo inacabado pueden resultar los modos de leer los procesos grupales? ¿Qué posibilidades tiene un coordinador de resistir ante las tentaciones de la omnipotencia y de las interpretaciones clarificantes?

Lo que intento pensar aquí tiene que ver con la necesidad a la que me vi convocada al desplegarme como co-coordinadora de despojarme de ciertos modos de entender la clínica, plagados de concepciones teórico-técnicas que hoy concibo como obturantes de las producciones singulares y colectivas.

No solo por el hecho de que la clínica siempre interroga las teorías, sino sobre todo, por cuánto de la humanidad propia queda a la intemperie. Coordinar también supone ofrecerse a las diferencias, las relaciones de poder, las discrepancias técnicas, las instituciones que nos habitan; al encuentro con lo inesperado.

Disponerse al encuentro con otros desde un lugar que habilite lo novedoso y lo desconocido representa un gran desafío cuando se ha transitado espacios (académicos, formativos, terapéuticos) en los que se alimenta la ilusión de un saber constituido a priori acerca de lo que el otro dice. Abandonar ciertos a prioris no supone asumir una postura ingenua, ni ubicarse en una condición de ignorancia teórica y técnica. Implica sostener un

posicionamiento clínico ofrecido al asombro y la conmoción; una formación comprometida y rigurosa con los desarrollos conceptuales relativos a lo grupal, un trabajo profundo con las cegueras propias, un intenso proceso reflexivo en equipo, que nutran las posibilidades de ir al encuentro con otros afirmados en la compañía de estos saberes y despojados de las pretensiones descifrantes.

Herrera y Percia (1987) afirman: “crear condiciones para una producción grupal conlleva siempre un efecto perturbador, lo que acontece nunca está prefigurado de antemano. No hay lectura anticipada de ese producto. Sí puede haber, es lo deseable, un proceso de deslectura creativa, de interrogación productiva de sentidos.” (p. 12)

Los modos de leer lo que acontece en un grupo están sostenidos por los criterios epistémicos en los que se apoya cada coordinador, los aspectos visibles e invisibles de los dispositivos inventados, las condiciones sociohistóricas que los hacen posibles, así como las dimensiones institucionales, políticas e ideológicas en las que los discursos grupales se inscriben. Del interjuego de estos múltiples hilos, la coordinación de un grupo podrá subrayar algunos y dejarse sorprender por los efectos que advengan (Fernández, 2002).

Revisar las categorías teóricas desde las cuales se piensa lo grupal resulta un ejercicio imprescindible para dicha tarea, así como para aproximarse a una lectura y comprensión de los movimientos producidos. Examinar los artificios técnicos implementados permite conocer las zonas sobre las cuales ofrecen luminosidad y las que permanecen opacadas. Aquello que se produce en un grupo se encuentra íntimamente ligado a los dispositivos montados, y las posibilidades de leer sus efectos, a los soportes epistémicos recorridos.

Ana María Fernández (2002) propone abrir el pensamiento hacia lógicas pluralistas que favorezcan teorizaciones transdisciplinarias de los procesos grupales.

En cualquier grupo humano se producen movimientos muy diversos: resonancias fantasmáticas, procesos identificatorios y transferenciales, intensos sentimientos de amor-odio en todos sus matices, juegos de roles (chivos emisarios, líderes, etc.); se construyen producciones lingüísticas que disparan múltiples inscripciones de sentido; se generan apropiaciones de sentido en diferentes grados de violencia simbólica; se instituyen mitos, ilusiones y utopías; sus reglas de funcionamiento organizan redes de significaciones imaginarias que inscriben al grupo en su posición institucional y dan forma a sus contratos; se ponen en acción juegos de poder, jerarquías y apropiaciones materiales. (p. 137)

Pensar de este modo lo grupal permite ampliar el campo de análisis, desdibujando el imperio de los grupos-islas y abandonando dicotomías reduccionistas individuo-grupo, para hacerle lugar a teorizaciones y modalidades de intervención que alojen la complejidad de los procesos que los grupos son capaces de producir, así como también que sostenga las tensiones de lo singular-colectivo sin pretender lecturas únicas ni definitivas (Fernández, 2002).

A partir de lo expresado, vuelve a cobrar fuerza la interrogación en torno de aquello que resulta pasible de lectura en un grupo. ¿Qué intervenciones opera un coordinador? ¿Qué efectos producen las mismas? ¿Qué aspectos reclaman ser leídos, escuchados en un encuentro grupal?

Dicha autora propone que las intervenciones de la coordinación no develan sentidos ocultos, sino que intentan promover la potencia del texto que se enuncia en sus múltiples

significaciones; en sus multiplicaciones posibles. Sentidos diversos que operarán singularmente en cada quien, anudándose de manera particular a su historia, a las marcas de cada sujeto que en dicho encuentro con otros se enfrenta con lo propio desconocido (Fernández, 2002).

Esto me invita a pensar acerca del tejido de una trama al que se refiere Jasiner (2021). Construir una trama en la que se puedan hilvanar las singularidades de cada quién, su estilo, su posición ante la tarea, sus reflexiones, sus limitaciones, y que en ese hilván se arme una red, que sostenga y propicie el trabajo conjunto, constituyen aspectos que el trabajo de la coordinación intentará propiciar. La autora afirma que en los tiempos iniciales del quehacer grupal las intervenciones de la coordinación estarán orientadas hacia la producción de alojamiento subjetivo; tiempo de urdir una red que favorezca la producción de efectos subjetivos de amarre.

Durante los meses en los que se trabajó, que se podría nombrar como tiempo inaugural, se trató de la construcción de lazos, de encuentros favorecedores para armar ligaduras con otros. En ese primer tiempo, delimitado a posteriori, los elementos relativos al encuadre oficiaron de borde para que pudiera desplegarse allí una labor que se fue cimentando en cada encuentro. Trazar un marco compuesto por un día, un lugar, un tiempo, y disponerse a escuchar las voces singulares y alojar los ritmos particulares, supuso proponer algunos mojones por los cuales las palabras pudieran empezar a andar y a esbozar recorridos singulares que atravesaban y permeaban los modos de discurrir de otredades.

Coordinar deviene así, especialmente en los tiempos iniciales de armado grupal, en el ofrecimiento de una morada en la cual cada quien pueda encontrarse con lo ajeno y lo propio en el trabajo con otros, para propiciar el advenimiento de alguna pregunta. Al

referirse a las intervenciones posibles de la coordinación, Jasiner sugiere: “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.” (2021, p. 171)

La idea, entonces, no es eliminar lo paradójico, sino abordarlo de modo tal que se convierta en un estímulo para pensar. Si algo produce asombro, que ese asombro devenga deseo de saber. Éste resulta ser un tema importante en la formación de un coordinador de grupos, ya que hay una cierta ‘actitud del coordinador’, en su posibilidad de demora, de encuentro con un vacío en su coraje de violentar el sentido común, en su posibilidad de soportar una tensión más que de conquistar una respuesta, o sea, en el animarse a sostener una paradoja, que puede posibilitar, la producción de una trama grupal, propiciatoria de ‘anudamientos’ de subjetividades. (Jasiner, 2021, p. 166)

Desde la perspectiva propuesta, la coordinación de grupos supone una orientación en la que lo ambiguo y lo incompleto de las intervenciones procuran producir fisuras en los saberes que se muestran acabados, en los que el sujeto queda atrapado en sentidos cristalizados que le resultan angustiantes, sufrientes y muchas veces lo condenan al padecimiento. (Jasiner, 2021)

Importa entonces diseñar y ofrecer espacios clínicos sostenidos en posicionamientos teóricos, técnicos y éticos desde los que el rol de coordinación aloje la construcción de lazos colectivos, a partir de los cuales la producción de modos singulares de habitar la vida devenga como posibilidad.

5. Reflexiones para finalizar

Concluir este trabajo de sistematización y análisis del proceso de instalación de un dispositivo grupal supone ponerle un fin, para finalizarlo pero también para darle sentido a su finalidad. Ponerle un punto final es un ejercicio siempre arbitrario y necesario para que otras reflexiones sean posibles y para que la escritura recobre su potencia en tanto pueda ser leída por otros interlocutores.

Cuando se inició el proceso de escritura se conocían los mojones que oficiaban de punto de partida para la reflexión, pero se desconocían sus derroteros.

Ahora es posible trazar algunos puntos que el recorrido fue señalando como significativos en el proceso realizado. El Proyecto de intervención llevado a cabo supuso accionar fuerzas que empujaron hacia la reorganización de la asistencia en el Centro de Salud Ciudad Vieja, partiendo de un período previo en el que los pedidos de atención psicológica eran respondidos de un modo caótico, que fue nombrado por quien escribe como “dejar a la deriva” a quiénes acudían a consultar.

Ese fue el motor explícito que propulsó los movimientos que tuvieron lugar. Sin embargo, el tiempo posterior a la experiencia dio paso a otras líneas para la comprensión de dimensiones institucionales que operaban de forma tácita, instando hacia modos de responder a esas solicitudes que omitían del campo de reflexión ciertos mandatos y encargos (Baremlitt, 2005; Manero, 1990) que provocaban efectos cercanos al activismo (Bibbó, 2015) pragmático y burocrático de las prescripciones dominantes en las organizaciones sociales y sanitarias (Castro, 1995).

No obstante, el andar de la experiencia arrojó posibilidades de movimientos creativos. Las composiciones grupales fueron produciendo efectos novedosos en coordinadores y coordinados. Efectos de multiplicidad de sentido que permitieron que otros modos de pensar tuvieran lugar; otras formas de lidiar con el padecimiento para quienes llegaban buscando alivio a su sufrimiento y otras formas de pensar lo grupal para quienes ofrecíamos ese espacio y tiempo como alojamiento para aquello que se encontraba a la intemperie en cada sujeto.

Revisitar aquellos objetivos propuestos inicialmente interesa para que otras lecturas sean posibles y para que otros devengan lectores de esta producción escrita.

Revisar las tensiones que se produjeron entre el Proyecto diseñado y el proceso transitado a partir de la implementación de algunos instrumentos que dispusimos para trabajar permite puntualizar que el encuentro con cuantiosas solicitudes de atención psicológica en un servicio del Primer Nivel de Atención promovió otros encuentros imprevistos.

Encontrarnos con lo ofertado y desnaturalizarlo favoreció trazar líneas de reflexión acerca de aquello que las organizaciones sanitarias promueven en quienes acuden a ellas como usuarios y allanan algunos caminos por donde encauzar las necesidades de esa población.

Desplazar la mirada hacia dimensiones institucionales que habitualmente permanecen silenciadas y produciendo efectos insondables, permitió analizar algunos vectores de las políticas públicas en salud mental en Uruguay que encomiendan (Manero, 1990) a los profesionales que las ejecutan algunas prescripciones implícitas que reposan en el mandato de la eficacia y eficiencia de la productividad mercantiles; optimizar recursos

pudo ser leído como invertir lo menos posible desde el punto de vista profesional y material, para alcanzar a la mayor cantidad posible de usuarios.

Centralizar en el Primer Nivel de Atención el impulso de implementar luego de varios años vigente el Plan de Prestaciones (MSP, 2011) supone a nivel explícito promover una mejor calidad de vida de la población y prevenir procesos de enfermedad; pero también a nivel tácito, evitar que esa población alcance niveles de atención que requieren de recursos que resultan más onerosos para el Estado.

Estas líneas de análisis alcanzaron el plano del pensamiento en un tiempo posterior a la experiencia realizada evidenciando los impensables que nos habitaban, los instituidos dominantes de las instituciones sanitarias que transitamos, las hegemonías academicistas y profesionalistas.

En tanto agentes socio-sanitarios, ejecutores de dispositivos de atención en salud mental que como tales ponen en convivencia planos de coerción y disciplinamiento, junto con planos de potencialidad (Percia, 2019) transitamos tensiones que, al no ser reconocidas en sus dimensiones institucionales, quedaban reducidas al terreno de las relaciones interpersonales (Bibbó, 2015). Enunciarlas en el proceso de escritura favoreció la comprensión de los malestares y conflictos que habitaron nuestros cuerpos durante el proceso y que fueron componiendo nuestros modos de estar en equipo.

Pensar las relaciones trabajo de equipo/equipo de trabajo (Marqués, 1996), situarlas en sus vertientes sociales, históricas, políticas y éticas permitió interrogar los encargos institucionales de trabajar con grupos y en equipo, para instalar vectores de indagación acerca de las producciones que fueron posibles para este equipo. Situarlo en el marco de la implementación del Proyecto mencionado, poblado por mandatos académicos, salubristas y

disciplinares, que se componían en la tarea de coordinación del dispositivo grupal, proporcionó elementos para discurrir acerca de las producciones que resultaron posibles.

Coordinar devino así en un desafío a emprender; un convite a saber acerca de un hacer que se presentaba como enigmático. Una tarea a inventar ante la sospecha de que el deseo de realizarla era insuficiente para aventurar sus posibilidades. Una invitación a despabilar los prejuicios y a prioris que nos ocupaban y nos mantenían desconfiados de los efectos posibles en quienes participaban de aquellas grupalidades. Pero, sobre todo, de los efectos insondables en nosotros.

Abandonar los modos de coordinar que se reclinan sobre las interpretaciones clarificantes, cercanas a los vaticinios. Sortear la fascinación omnipotente que se apoya en intervenciones idealizadas, completas y acabadas que no dejan margen a la duda, ni al equívoco.

Hacerle lugar a lo polisémico y ambiguo, para que alguna ruptura a los sentidos coagulantes del sufrimiento bordee otros modos posibles de transitar la vida. Urdir lazos de convivencia con otros que forjen una malla que funcione como soporte para lo extraviado, lo que está a la deriva, lo deshilvanado de cada quien. Y que en esa malla algo de lo colectivo se multiplique en las resonancias singulares de la experiencia compartida.

Estas líneas finales no pretenden ser concluyentes, sino circunscribir un proceso reflexivo y creativo que apuesta a la multiplicidad de lecturas que podrán advenir para que otros sentidos tengan lugar.

Finalizar supone también delimitar un trabajo que no empieza ni termina en esta escritura, pero que se valió de la misma para descubrir la potencia de lo grupal; las

producciones que fueron posibles, los modos diversos de estar con otros y trabajar conjuntamente; la heterogeneidad del trabajo de equipo, los diversos modos de habitarlo.

Concluir también como oportunidad para que el texto provoque nuevas búsquedas y aperturas en quien lo escribe.

6. Referencias bibliográficas

- Administración de Servicios de Salud del Estado. (2009). *Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología*. https://psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf
- Administración de Servicios de Salud del Estado. (2014). *Perfil y Rol del/a Psicólogo/a de Área*. [Documento inédito].
- Administración de Servicios de Salud del Estado. (2019). *Psicología en Territorio*. [Documento inédito].
- Ardoino, J. (1997, noviembre 4). *La implicación: Noción y concepto* [Conferencia], Centro de Estudios de la Universidad, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México. <https://docer.com.ar/doc/nvvx8xc>
- Baremlitt, G. F. (1983). *El inconsciente institucional*. Nuevo Mar.
- Baremlitt, G. F. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Madres de Plaza de Mayo.
- Bauleo, A. (2011). Mesa tres: Articulaciones crítico-productivas entre intervención individual, grupal e institucional. En G. F. Baremlitt (Coord.), *El inconsciente institucional* (s.p.). Nuevo Mar.
- Bauleo, A. (1989). Corredores terapéuticos. Esbozo de carta abierta a un querido amigo discutiendo. En V. L. Batista, A. Bauleo, H. Conde, J. C. De Brasi, A. M. Fernández,

- C. Pavlovsky, M. Percia y O. Saidón, *Lo grupal* 7. (pp. 107-113). Búsqueda de Ayllu.
- Bauleo, A., Duro, J. C. y Vignale, R. (1989). La idea y la práctica de “Los Corredores terapéuticos”. En V. L. Batista, A. Bauleo, H. Conde, J. C. De Brasi, A. M. Fernández, C. Pavlovsky, M. Percia y O. Saidón, *Lo grupal* 7. (pp. 115-120). Búsqueda de Ayllu.
- Bibbó, L. (2015). *Expresiones de la angustia en los equipos técnicos: El sufrimiento institucional*. <https://vidayeducacion.files.wordpress.com/2016/10/expresiones-de-la-angustia-en-los-equipos-luis-bibbo.pdf>
- Bleger, J. (2007). *Temas de psicología: Entrevista y grupos*. Nueva Visión.
- Bozzolo, R. (2000). Grupos y sujeto político: El “grupismo” como obstáculo, ¿Los grupos como lugar de resistencia?. *Campo Grupal*, 3(18), 5-7.
<https://docplayer.es/94969366-Dialogo-con-hugo-mujica-el-psicoanalisis-quiere-entender-mucho-y-tal-vez-no-hay-tanto-que-entender.html>
- Castro, S. (1989) Equipos interdisciplinarios en salud mental. *Revista Universitaria de Psicología*, IPUR, 1(s.d.), s.p.
- Castro, S. (1995). La grupalidad en el horizonte de sucesos. En S. Castro, J. C. De Brasi, L. Elola, G. Galli, A. Lans y A. Raggio, *Dimensiones de la grupalidad* (pp. 5-24). Multiplicidades.
- De Brasi, J. C. (1986). Prólogo. En A. Bauleo, H. Kesselman, E. Pavlovsky, J. C. De Brasi, O. Albizuri de García, A. M. Fernández, A. M. Del Cueto, D. Bermejo, N. Fatala,

D. Janin, M. A. Massolo, L. Herrera, M. Percia y D. Szyniak, *Lo Grupal* 3 (pp. 9-11). Búsqueda de Ayllu.

De Brasi, J. (1995). Grupo: Multiplicidad. En S. Castro, J. C. De Brasi, L. Elola, G. Galli, A. Lans y A. Raggio, *Dimensiones de la grupalidad* (pp. 91-108). Multiplicidades.

Deleuze, G. (1999). ¿Qué es un dispositivo? En A. L. Bixio (Trad.), E. Balbier, G. Deleuze, H. L. Dreyfus, M. Frank, A. Glücksmann, G. Lebrun, y F. Wahl, *Michel Foucault: Filósofo* (pp. 155-163). Gedisa.

Deleuze, G. (s.f.) *Lógica del sentido*.

<http://www.philosophia.cl/biblioteca/deleuze/L%F3gica%20del%20sentido.pdf>

Fernández, A. (1988). ¿Legitimar lo grupal?: Hegemonía y contrato público. En E. Pavlovsky, G. Barembliitt, H. Kesselman, C. Avillar, N. Caparrós, J. C. De Brasi, A. M. Fernández, A. Bauleo y H. R. Marín, *Lo Grupal* 6 (pp. 125-136). Búsqueda de Ayllu.

Fernández, A. M. (1989). La dimensión institucional de los grupos. En V. L. Batista, A. Bauleo, H. Conde, J. C. De Brasi, A. M. Fernández, C. Pavlovsky, M. Percia y O. Saidón, *Lo grupal* 7 (pp. 49-64). Búsqueda de Ayllu.

Fernández, A. M. (2002) *El campo grupal: Notas para una genealogía*. Nueva Visión.

Fernández, A. M. (2015). La multiplicación dramática en la enseñanza universitaria de lo grupal. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 23(1), 23-32.

- Freud, S. (1991). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia: Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 159-174). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1958)
<https://www.bibliopsi.org/docs/freud/12%20-%20Tomo%20XII.pdf>
- Herrera, L. y Percia, M. (1987). Prólogo: Logos en pro de lo grupal. En H. Kesselman, E. Pavlovsky, G. Baremlitt, J. C. De Brasi, A. Bauleo, y M. De Brasi *Lo Grupal 5* (pp. 9-16). Búsqueda de Ayllu.
- Jara, O. (1994). *Para sistematizar experiencias: Una propuesta teórica y práctica*. Alforja.
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano.
- Jasiner, G. (2020). *La trama de los grupos: Dispositivos orientados al sujeto*. Lugar.
- Jasiner, G. (2021). *Coordinando grupos: Una lógica para los pequeños grupos*. Lugar.
- Kaës, R. (1994). *La invención psicoanalítica del grupo*. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Kesselman, H., Pavlovsky, E. y Frydlewsky, L. (2007). *Las escenas temidas del coordinador de grupos*. Galerna.
- Korona, M., Martínez, P., Sabani, A. y Santana, E. (2019-2020). *Reorganización de la asistencia en el primer nivel desde el rol de la psicología de territorio*. [Documento inédito].
- Lourau, R. (1970). *El análisis institucional*. Amorrortu.

- Manero Brito, R. (1990). Introducción al análisis institucional. *Tramas, subjetividad y procesos sociales*, (1), pp. 121-157.
- Marqués, J. (1996). El trabajo de equipo. En Universidad de la República, Facultad de Psicología, *Historia, violencia y subjetividad*, (pp. 123-126). Multiplicidades.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- Morey, M. (1987). Prólogo. En G. Deleuze, *Foucault* (pp. 11-21). Paidós.
- Muniz, A. (2013, mayo). Propuesta de especialización de psicología en servicios de salud. <https://psico.edu.uy/ensenanza/posgrado/especializacion-en-psicologia-en-servicios-de-salud>
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* (1978, setiembre 6-12). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Atención primaria en salud*. Recuperado el 25 de noviembre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud#:~:text=OMS%20y%20UNICEF.%20A%20vision%20for%20primary%20health%20care%20in%20the%2021st%20century%3A%20Towards%20UHC%20and%20the%20SDGs>

Percia, M. (2009). *Notas para pensar lo grupal*. Lugar.

Percia, M. (2010). *Lo grupal, la cuestión de lo neutro*.

<https://es.scribd.com/document/337961221/PERCIA-Lo-Grupal-y-La-Cuestion-de-Lo-Neutro>

Percia, M. (2011). *Inconformidad arte política psicoanálisis*. La Cebra.

Percia, M. (2019). Entrevista. *Clepios 79: Revista de profesionales en formación en salud mental*, 25(2), 68-71. <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios79.pdf>

Pichon Rivière, E. (1985). *El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión.

Saidón, O. (1989). Hacia una clínica institucional. En V. L. Batista, A. Bauleo, H. Conde, J. C. De Brasi, A. M. Fernández, C. Pavlovsky, M. Percia y O. Saidón, *Lo grupal 7* (pp. 33-47). Búsqueda de Ayllu.

Sobrado, E. (1980). La observación del observador: ¿Un problema de la técnica?. En A. Bauleo (Comp.), *Grupo Operativo y Psicología Social* (pp. 97-100). Imago.

Uruguay (2007, diciembre 13). Ley N° 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Uruguay (2017, setiembre 19). Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>

Von Foerster, H. (1998). Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden. En D.

Fried Schnitman (Comp.), *Nuevos Paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 91-113).

Paidós.

Anexos

1. Proyecto

***Reorganización de la asistencia en el Primer Nivel de Atención desde el Rol de la
Psicología de Territorio***

Centro de Salud Ciudad Vieja

AP-ASSE

2019-2020

Ps. de Territorio Lic. Ps. Patricia Martínez Vecinday

Residente Lic. Ps. Aline Sabani

Practicante Br. Maite Korona

Practicante Br. Ernesto Santana

Propuesta de Proyecto

“Reorganización de la asistencia en el Primer Nivel de Atención desde el Rol de la Psicología de Territorio”

Descripción del Proyecto

La psicología en el territorio está siendo reformulada en función de varios objetivos priorizados en el primer nivel de atención en salud. Siguiendo estos nuevos lineamientos de la Dirección de RAP y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables es que se diseña el presente proyecto de reorganización del servicio de Psicología en el territorio de Ciudad Vieja para lograr una mejora en la asistencia, la continuidad de la misma y su adecuación con el modelo de rehabilitación propuesto, articulando acciones con la comunidad.

Este proyecto tiene como propósito mejorar la capacidad de recepción y respuesta asistencial, aspecto que se espera impacte positivamente en las vidas de los usuarios, así como en los vínculos con los integrantes del equipo de salud, haciéndolos más saludables y activos.

Se propone contemplar una serie de herramientas de aplicación individual y/o grupal para su uso en la promoción de la Salud y la derivación oportuna a través de temas como la inclusión y participación social, habilidades para la vida, apoyo a la parentalidad y salud mental con un enfoque en la inserción comunitaria y grupal, el envejecimiento saludable y calidad de vida. Las propuestas de acciones están diseñadas desde una perspectiva de ciclo de vida, por tanto, se consideran factores determinantes para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud psicoafectiva y social, basados en la fortaleza de los espacios de

participación y escucha como herramientas en aprendizaje de nuevas modalidades de afrontamiento individual y colectivo.

Con ello pretendemos contribuir a la implementación de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue identificada como una prioridad para este período por las mencionadas Direcciones.

El proyecto se apoya en la propuesta que la Coordinación Técnica de Salud Mental de la RAP y la Dirección de la RAP realizaron durante las reuniones mensuales de Psicólogos de Territorio, tendiente a unificar las acciones relacionadas al campo de la Salud Mental en la Región Sur. Acciones y modalidades de intervención, horarios, descripción de las funciones de la psicología en los territorios, vienen siendo reformulados en base a las experiencias y aprendizajes, variables y dispersos de los Psicólogos de Área en cada territorio, teniendo como uno de sus propósitos unificar y/o estandarizar los mecanismos de respuesta a y de acceso de los usuarios, los materiales de referencia y generar espacios donde compartir experiencias y buenas prácticas.

Se entiende fundamental integrar a esta reorganización aspectos que transversalicen y den capacidad de adaptación y flexibilidad a todo el proceso, generando instancias de revisión y evaluación permanente, así como una revisión al final del período propuesto.

La presente propuesta será modificada en función de su análisis y discusión con los actores que participan en ella, generando los acuerdos necesarios para su mejora e implementación.

La iniciativa proyecta ejecutarse en dos años (2019-2020) identificándose dos fases:

PRIMERA FASE, 2019: implementación de cambios en la estructura de funcionamiento, agenda, instalación de grupos según plan de prestaciones, coordinaciones y acciones interinstitucionales, identificación de espacios de trabajo grupal alternativos en la comunidad. Evaluación de impacto y efectos de la implementación.

SEGUNDA FASE, 2020: redefinición de objetivos en base a evaluación, seguimiento de los espacios que se logren establecer, orientación y apoyo para la autogestión de proyectos grupales y/o comunitarios, a través de los cuales se implementen acciones en la comunidad en prevención, control y promoción.

Antecedentes, contexto y origen de la iniciativa

Una primera aproximación al servicio en Junio de 2018 mostró que el rol de Psicóloga de Área no había sido cubierto por el período de aproximadamente un año, lo que generó una demanda de asistencia en espera significativa, a lo que se intentó dar respuesta durante el resto del 2018 en abordaje individual en todas las franjas etarias. Esto implicó el uso mayor del tiempo asistencial, ocupando el grueso de la agenda y generando la necesidad de iniciar desde cero la construcción de materiales y herramientas (caja de juego para niños, elementos de encuadre, espacios físicos de atención, coordinación interna con el servicio e interinstitucional).

Durante el mismo período se llevó adelante la tarea de Referente para una Residente (Lic. Ps. Aline Sabani) quien permanecerá vinculada al Centro durante el 2019 y una Practicante (Br. Maite Korona) quien cierra su actividad en el Centro el 31/1/19. Se realiza la integración de

otro estudiante Practicante en Febrero de 2019 (Br. Ernesto Santana) Esta tarea de Referente en Psicología se realiza en el marco del Convenio ASSE- Facultad de Psicología. Esto generó la búsqueda de un tiempo semanal de intercambio técnico-operativo compartido donde poder pensar la práctica, las intervenciones y situaciones que se afrontan, así como la inserción y los roles de cada uno.

A raíz de la presencia en el servicio de dos psicólogas más (una en función de Agente Socioeducativo en el Espacio Adolescente y asistencia individual de adolescentes y otra en asistencia individual directa de niños y adultos) se consideró la necesidad de establecer un espacio quincenal de encuentro y actualización de la información y criterios de acción, así como de derivación en algunos casos específicos. Fue propuesto y comenzó a funcionar en el mes de Setiembre. El presente proyecto integrará en forma complementaria las propuestas de estas colegas, a efectos de optimizar las acciones y recursos del servicio.

En forma aleatoria y cuando las agendas de asistencia lo permitían, se dieron encuentros de coordinación de acciones y derivación de usuarios con medicina general, medicina familiar, enfermería, pediatría, ginecología y partera. Para el 2019 se espera poder generar un espacio de coordinación con el Equipo Básico que sea fijo y permita el intercambio más fluido, al menos en forma quincenal, además de generar espacios de intercambio específico cuando sea necesario.

Durante el período junio- diciembre 2018 se generó una coordinación directa con la Psiquiatra Dra. Laura Mugica en el Servicio de Salud Mental del Hospital Maciel, realizando derivaciones mutuas directas. Esta acción buscó resolver una carencia en las definiciones y

rutas de derivación en salud mental en territorio, lo que se está buscando resolver a nivel macro desde la RAP Metropolitana. No obstante, proyectamos mantener esta articulación y mejorarla con encuentros mensuales de contra-referencia.

Durante el semestre se produjo un cambio en la Dirección del Centro de Salud Ciudad Vieja, en coordinación con ambas directoras hemos generado los espacios de intercambio con el resto del equipo del campo psi, y se propone realizar en el 2019 varios encuentros en el año del servicio de salud todo, lo que será un espacio valioso de interacción, donde se pretende proponer algunos temas y diálogos con el equipo de salud que sean fortalecedores de la asistencia integral al usuario así como del relacionamiento y las buenas prácticas.

Se desarrolló en forma quincenal la asistencia a coordinación de la Red de Infancia y Adolescencia Acercándonos del Municipio B, así como la participación en las actividades propuestas. A partir del 2019 continúa esta coordinación quincenal, con la novedad que se han integrado a la coordinación las dos Redes con la misma temática que operan en el territorio del Municipio b: Enredos y Acercándonos, lo que completa la cobertura territorial.

En el último segmento, octubre-diciembre la Residente y Practicante del servicio llevaron adelante una intervención en la Escuela Chile, a solicitud de Socat Vida y Educación, en coordinación con la Dirección de la escuela, así como con el apoyo en el análisis y propuesta de acciones de las psicólogas del Centro de Salud. Esta intervención interpela al equipo en la necesidad de mayor acercamiento a los espacios socio-comunitarios y educativos de nuestro territorio, identificando potencialidades para la tarea de prevención y promoción de salud.

Se realizaron con Practicante y Residente visitas domiciliarias que requerían una intervención socio-familiar de soporte y acompañamiento tanto en lo psico-afectivo como en lo práctico. Con este fin se coordinaron acciones con el SOCAT Vida y Educación, Psiquiatra de Maciel y visitas, hasta que se logra un nuevo equilibrio funcional del grupo familiar.

En base a la actividad mensual de trabajo colectivo de los Psicólogos de Área (de ahora en más Psicólogos de Territorio) se inicia en la segunda mitad del 2018 una revisión de la implementación de los servicios de Psicología, en el marco de la reorganización general de los servicios de salud que venía proponiendo la RAP vinculado a los nuevos lineamientos de ASSE.

En función de dichos cambios, así como de los aprendizajes y nuevas comprensiones logradas en la tarea misma es que se origina esta propuesta.

Objetivo General

Contribuir a la reorganización del servicio de Psicología desde el rol de Psicóloga de Territorio en el Centro de Salud Ciudad Vieja, Rap Metropolitana, 2019-2020.

Objetivo Específico 1

Rediseñar el esquema de la agenda de asistencia para mejorar el acceso de los usuarios al servicio y proponer espacios grupales para implementar el Plan de Prestaciones en Salud Mental.

Acciones

1.- Establecer espacios en agenda:

de asistencia en abordaje grupal según Plan de Prestaciones en Salud Mental

de asistencia en abordaje individual en consulta psicológica en PNA

de articulación y derivación con los ECSM (Eq. Comunitarios de Salud Mental)

de coordinación técnica-operativa con los EBI

de coordinación interinstitucional y comunitaria

de actividades interinstitucionales, grupales, de redes o comunitarias

de gestión administrativa

de formación

de reunión general de Equipo de Salud Ciudad Vieja

2.- Diseñar un “Acuerdo Asistencial” a modo de encuadre con el usuario para ambas modalidades de abordaje asistencial

3.- Diseñar un formulario de recepción de consulta en espera, a efectos de priorizar y atender en forma oportuna población en situación de vulnerabilidad

4.- Presentar la propuesta de formulario de recepción de consulta psicológica en espera al equipo de Administración para validar la aplicación en forma conjunta

5.- Integración a los grupos de técnicos de otras disciplinas

6.- Continuar trabajando en coordinación con los equipos de los grupos estables del Centro (ODDH, Vejentud Alegre y Cesación de Tabaquismo).

7.- Participación en las actividades de formación propuestas desde ASSE, Facultad, y otros a efectos de potenciar las capacidades para dar respuesta a las situaciones de los usuarios

8.- Implementar un sistema de registro que permita caracterizar la población asistida por Psicología, a efectos de generar insumos útiles para el diseño de futuras acciones de respuesta y proyectos apropiados, eficaces y eficientes.

Indicadores

Realizados en base a una estimación que permita establecer una primera medición de atención semanal promedio para el primer año 2019 de:

- 10 usuarios en forma individual
- 15 usuarios en forma grupal en 1 grupo del plan de prestaciones
- indeterminado de usuarios en actividades interinstitucionales a coordinar

Para determinar la base de medición y establecer si se agrega un grupo más de usuarios en el año 2020 se evaluarán los indicadores de lo realizado en la primera fase en 2019, presentándose por escrito a inicios de 2020.

No. de personas asistidas en abordaje individual

No. de personas asistidas en modalidad 1 del Plan de Prestaciones en abordaje grupal

No. de grupos activos a fin del primer año

No. de grupos en que participa el Servicio de Psicología

No. de temáticas abordadas en grupos

No. de técnicos de otras disciplinas participantes de grupos

No. de intercambios de acuerdo de acciones con el equipo administrativo

No. de participaciones en actividades de formación

Evaluaciones cualitativas de usuarios

Objetivo Específico 2

Coordinar acciones de prevención y promoción de salud con las otras organizaciones del territorio, promoviendo el desarrollo de programas permanentes de participación e inclusión social intergeneracional, así como el trabajo en redes.

Acciones

- 1.- Realizar contacto con organizaciones en la primera fase, priorizando aquellas que intervienen sobre: personas migrantes, trabajo e inserción laboral, participación social y cultura, educación a todos los niveles, intergeneraciones, parentalidades, espacios de biblioterapia, espacios lúdico-recreativos para todas las edades.
- 2.- Participar en actividades de Redes y de formación específica generadas en estos ámbitos para fortalecer lazos de comunicación que favorezcan la asistencia integral del usuario.
- 3.- Proponer a SOCAT que se organice un encuentro informativo-práctico interinstitucional que integre los recursos territoriales que se ofrecen al usuario (trabajo, estudio, inserción social, protección social, NODOS, entre otros)

Indicadores

No. de organizaciones con que se realizan acciones

No. de acciones realizadas en forma coordinada

No. de recursos conocidos, integrados y compartidos con el equipo de salud

Participar de encuentro interinstitucional de Recursos Territoriales

Objetivo Específico 3

Implementar acciones de coordinación del equipo Psicosocial (Psicología y Trabajo Social al menos) con todos los técnicos del Centro de Salud que trabajan en Territorio, así como con los EBI, que sean fijas y periódicas como medio para fortalecer la continuidad asistencial, la derivación y el intercambio técnico-operativo.

Acciones

- 1.- Generar un espacio quincenal de coordinación con el EBI
- 2.- Establecer una agenda anual de reunión y de evaluación con el EBI
- 3.- Establecer criterios de derivación en ambos sentidos
- 4.- Participar de la reunión de Territorio del Centro de Salud y proponer actividades de difusión al resto del equipo de acciones y aprendizajes realizados
- 5.- Establecer conjuntamente las temáticas detectadas que requieren atención prioritaria para prevención y promoción de salud con los usuarios

Indicadores

No. de reuniones de coordinación efectivas.

No. de usuarios asistidos debido a estas coordinaciones.

No. de buenas prácticas identificadas en la evaluación del primer año de coordinación.

No. de otras actividades realizadas en forma conjunta con los EBI.

No. de reuniones de equipo Territorial realizadas

No. de temáticas prioritarias definidas en forma conjunta.

Evaluación cualitativa anual de lo realizado

Objetivo Específico 4

Participar en forma activa, proponiendo temas específicos, de los espacios de reunión general del Equipo de Salud del CSCV

Acciones

- 1.- Proponer temáticas y espacio para exponer y dialogar con el equipo en al menos dos instancias de reunión.
- 2.- Coordinar con los EBI y Dirección esta propuesta, así como la elección de temas y realización
- 3.- Generar un formulario de evaluación de las presentaciones y su pertinencia para llenar los participantes.

Indicadores

No. de presentaciones temáticas realizadas

No. de respuestas a la Evaluación de la Presentación

Evaluación cualitativa de lo realizado

Insumos necesarios

Descripción	Insumos
Acciones interinstitucionales y comunitarias	1. Horas de coordinación y acciones. 2. Espacios físicos de reunión. 3. Priorización de campos temáticos en acuerdo con Dirección CSCV , Equipo Psicosocial y EBI.
Establecimiento de Abordaje Grupal según Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental	1. Espacios físicos de reunión apropiados para las actividades. 2. Modalidad de registro de esta intervención. 3. Detección de temáticas a priorizar con los EBI. 4. Integración a los grupos de técnicos de otras disciplinas. 5. Materiales de papelería y otros. 6. Aval de Dirección CSCV para funcionar en otros espacios institucionales del territorio si no hubiera espacio adecuado en el servicio. 7. Horas de coordinación y planificación de la gestión grupal

Coordinación con los EBI y Equipo Psicosocial	1. Horas de coordinación y acciones. 2. Identificación de los EBI vinculados. 3. Agenda futura. 4. Espacio de exposición en las reuniones generales. 5. Modalidad de registro de esta tarea
Coordinación con ECSM	1. Construir las rutas de coordinación y derivación con ECSM del territorio. 2. Horas de coordinaciones
Espacios de Reunión Gral de Equipo CSCV	1. Solicitar espacio para exponer y dialogar con el equipo en al menos dos instancias. 2. Coordinación de temáticas y ejecución con los EBI.

Gestión de Materiales y Documentos	1. Contar con un espacio en donde se puedan guardar los materiales a utilizar en la asistencia (juguetes, carpetas, material gráfico, libros, manuales, etc.) el trabajo en grupo y en acciones comunitarias. 2. Acceso a Internet para búsqueda de materiales para la tarea grupal, o para búsqueda de información pertinente para atención psicosocial de usuarios.
Asistencia Directa individual	1. Espacios físicos de entrevista apropiados para el trabajo con niños. 2. Espacios físicos de entrevista apropiados para adultos.

Cronograma o construcción de Agenda

Se toma como ejemplo una semana de 24 horas, 96 horas mensuales que desde la Psicología en Territorio se propone discriminar en tres grandes campos: Asistencia Directa, Horas Técnicas y Horas Comunitarias.

Esta tabla que se presenta es un parámetro que pretende ser revisado y modificado en forma flexible en función de las necesidades específicas del servicio y el territorio.

Se entiende que las horas asistenciales se integran por las horas grupales (en Modo 1 del Plan de Prestaciones en Salud Mental) y las individuales, y en éstas últimas se propone un cupo porcentual aproximado de 80% para seguimientos y un 20% para primeras consultas.

Actividad	Hs semanales	Hs Mensuales
Formación, Reunión Ps. Territorio		4
Grupos y Acts Comunitarios	6	24
Interinstitucionalidad		4
<u>Comunitarias total:</u>		32
Equipos EBI y Psicosocial		2
ECSM		2
Covisión- Referentes		4
<u>Técnicas total:</u>		8
Asistencia Directa	14	56
Individual y Grupal M1		
Total		96

Se establecerá y compartirá a la brevedad un cronograma semanal con diseño de horarios específicos y necesidades para la actividad, como consultorio, salón de reuniones o salón para grupo, entre otros.

Evaluación Prevista del Proyecto

En el período establecido como Fase 1 se realizarían evaluaciones permanentes en forma bimensual, con los EBI en forma trimestral, y una evaluación final en Diciembre 2019 que permita proyectar la Fase 2.

Las características de estas evaluaciones serían elaboradas en conjunto con los EBI y Dirección, teniendo como base las referencias numéricas establecidas en los indicadores propuestos, así como aspectos cualitativos para lo que se diseñará un instrumento adecuado que implique posiblemente la participación de los usuarios además de las del equipo.

Material de Referencia:

Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud . MSP Agosto 2011.

La Psicología en los Territorios. ASSE, Rap Metropolitana- DSMPV Agosto 2018.

Presentación de Propuestas para Ley de “Rendición de cuentas” 2019-2020. Reorganización y fortalecimiento de los Servicios en el territorio. UE 02, Rap- Metropolitana, Región Sur. Enero 2018.

Ley de Salud Mental 19.529, cap V Abordaje. Setiembre 2017.

2. Formulario de recepción

ASSE- RAP

Región Metropolitana

Centro de Salud Ciudad Vieja

Formulario de Recepción para Consulta Psicológica (Año 2019, Versión 1)

Fecha: ____/____/____

Nombre:

Cédula de Identidad:

Edad:

Teléfonos: _____ // _____

Dirección:

Barrio/Zona:

Motivo de Consulta (marque los que considere más adecuados):

Sentimientos de tristeza o angustia frecuentes	
Sensación de nerviosismo o ansiedad constante	
Agresividad, impulsividad	
Duelo (pérdida de ser querido en los últimos meses)	

Enfermedad crónica				
Intervenciones quirúrgicas próximas				
Problemas en la alimentación				
Derivación de centro educativo (CAIF, escuela, liceo, club, etc.)				
Dificultades a nivel educativo				
Ideas de muerte				
Situación de calle				
Proceso migratorio				
Situación conflictiva familiar y/o de pareja				
Uso Problemático de Sustancias	Usted		Familiar cercano	
Estrés laboral				
Embarazo/lactancia				
Violencia familiar o de género				
Violencia sexual				

En tratamiento con psicólogo y/o psiquiatra		
Derivación de profesional (aclarar)		
Otros (aclarar)		
Comentarios:		
Estaría dispuesto a participar en espacio grupal		