



**Determinantes Sociales de la Salud en dos  
dispositivos grupales del Centro de Salud Ciudad Vieja**

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Articulación teórico clínica

**Estudiante:** Walkiria Celeste Arijón Olivera

**C.I.:** 5.007.369-9

**Tutora:** Prof. Agda. Graciela Loarche

**Revisora:** Prof. Adj. María Alejandra Arias

Montevideo, Uruguay

Abril, 2025

*The meeting of two personalities is like the contact of two chemical substances: if there is any reaction, both are transformed. [...] The fact of mutual influence and all that goes with it underhes the stage of transformation.*

(Jung, 1933, pp. 57-58)

*“¿de quién es la salud de cada persona?”*

(Saforcada, 2012. p. 9).

### **Lista de abreviaciones/siglas**

APS: Atención Primaria en Salud

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

CSCV: Centro de Salud Ciudad Vieja

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

INAU: Instituto de Niños y Adolescentes del Uruguay

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SVES: Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud

TFG: Trabajo Final de Grado

UdelAR: Universidad de la República

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen y Palabras clave.....</b>                        | <b>5</b>  |
| <b>Introducción.....</b>                                    | <b>6</b>  |
| Convenio Facultad de Psicología - ASSE.....                 | 9         |
| Antecedentes del Centro de Salud Ciudad Vieja.....          | 10        |
| Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud..... | 11        |
| Salud Mental en el Centro de Salud Ciudad Vieja.....        | 12        |
| Dispositivos grupales.....                                  | 15        |
| <b>Preguntas y objetivos planteados para el TFG.....</b>    | <b>19</b> |
| <b>Líneas de análisis.....</b>                              | <b>21</b> |
| <b>Articulación teórico-clínica.....</b>                    | <b>22</b> |
| Entrevistas de recepción grupal.....                        | 22        |
| Grupos Terapéuticos.....                                    | 30        |
| <b>Conclusiones.....</b>                                    | <b>39</b> |
| <b>Referencias.....</b>                                     | <b>42</b> |
| <b>Figuras.....</b>   | <b>49</b> |

## Resumen y Palabras clave

Este Trabajo Final de Grado consta de una articulación teórico clínica a partir de una experiencia de práctica en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, convenio de la Facultad de Psicología (UdelaR) junto con la Administración de Servicios de Salud del Estado. Esta práctica se ubica en el Centro de Salud Ciudad Vieja, durante el período febrero 2024 - enero 2025. Allí coordiné, junto a una referente y la residente, diferentes dispositivos grupales. Se realiza un análisis de las temáticas más recurrentes que surgieron en las entrevistas de recepción grupal y el grupo terapéutico. Estas son incluidas dentro de los Determinantes Sociales de la Salud, que son aquellas condiciones y sistemas que influyen en la vida de las personas e inciden en los procesos de salud y enfermedad. Estas fueron la *protección social y políticas sociales*, las *condiciones de vida y de trabajo*, los *hábitos de vida*, las *redes y el apoyo social*, el *territorio o vivienda* en donde se habita, los *ingresos*, la *educación*, la *edad*, y el *sistema de salud*. Uno de los DSS que emergió insistentemente da cuenta de las redes de apoyo y los vínculos, por ello se reflexiona sobre los beneficios de estos dispositivos grupales a partir de una mirada sobre la salud integral de las personas.

**Palabras clave:** dispositivos grupales, determinantes sociales de la salud, salud integral.

## Introducción

Este Trabajo Final de Grado (TFG) pertenece a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La modalidad elegida es articulación teórico clínica, a partir de mi tránsito por el Practicantado de Psicología, enmarcado en el Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud, convenio de la Facultad de Psicología junto con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) (Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009). La práctica se llevó a cabo en el Centro de Salud Ciudad Vieja (a partir de ahora CSCV) de Montevideo, Uruguay, durante el período febrero 2024 - enero 2025.

Es seleccionada dicha modalidad debido a que permite visualizar la experiencia de la práctica pre profesional y mi rol como practicante, así como la posibilidad de ajustar la teoría con las mismas.

En el informe final del Practicantado (Arijón, 2025) comencé a pensar sobre los dispositivos grupales que se llevaron a cabo en el CSCV en el período que realicé mi práctica. Allí relaté sobre el dispositivo grupal infantil, la entrevista de recepción grupal y el grupo terapéutico, siendo estos últimos dos en los que se hará énfasis en esta ocasión.

En el apartado sobre dispositivos grupales se explica el porqué de esta denominación. Por ahora nos quedaremos con que cada dispositivo opera en una virtualidad específica que es propia de ese grupo y no de otro (Fernández y Del Cueto, 1985, p. 18), lo que quiere decir que cada grupo crea sus propias dinámicas y su realidad, por ello el nombre de “dispositivos grupales”.

En estos dispositivos fueron diversos los elementos, inquietudes y malestares psíquicos que se compartieron. Se realizará un recorte de lo sucedido dado que analizar todas las aristas sería exceder los objetivos propuestos. En este trabajo me centro en los factores del entorno que inciden en la vida y por tanto en la salud de los usuarios. Es así que la apuesta es realizar un

análisis de la dimensión de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que repercuten en sus vidas.

Para hablar sobre salud, se parte de dos conceptos. El primero, el básico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946/2014, párr. 2). En segunda instancia, el concepto desarrollado por el Dr. Hugo Villar refiere que esta es un derecho humano fundamental, como establece la OMS (1946); es una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad; que resulta de la interrelación entre los individuos y su medio; que condiciona niveles de bienestar físico, mental y social; que permite desarrollar plenamente una actividad social y económicamente productiva. Además indica que la salud constituye un inestimable bien social (Villar, 1992).

Según el investigador Noé Alfaro (Alfaro, 2014), el primer concepto de la OMS (OMS, 1946) permitió abordar otros aspectos más allá de los biológicos y comenzar a prestar atención a los componentes sociales de la salud como lo son los DSS. Esto se puede observar en el concepto de Villar (Villar, 1992). Se toman ambos conceptos ya que incluyen elementos para hablar de la salud de una manera amplia y justifican la importancia de analizar los elementos sociales que inciden en ella.

Se entiende a los DSS como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OMS/OPS, s.f.a, párr. 1). Y la vida cotidiana como aquella experiencia de cada instante en contacto con el mundo que nos rodea (Carrasco, 1981/2006, p. 82) Se relacionan con la existencia de diversos componentes, desplegados para pensar posibles explicaciones de los procesos de salud-enfermedad de las personas, así como con diversos mecanismos que se traducen en impactos en la salud.

Adicionalmente se toman aportes de la Psicología Crítica Alternativa desde la perspectiva del Profesor Juan Carlos Carrasco (1981/2006) para pensar la concepción de sujeto. Advierte al sujeto como “ser en situación”, lo que significa que la persona es inseparable de la situación en la que vive. Esto implica variables correlacionadas entre sí y subordinadas al proceso histórico que precede y determinan la situación: el lugar, el momento, los hechos y los acontecimientos (Carrasco, 1981/2006, p. 82).

A pesar de que tanto en las entrevistas de recepción como en el grupo terapéutico los motivos de consulta eran heterogéneos, múltiples y variados, se pudo observar que se reiteraban determinadas temáticas tales como la *protección social y políticas sociales*, las *condiciones de vida y de trabajo*, los *hábitos de vida*, las *redes y el apoyo social*, el *territorio o vivienda* en donde se habita, los *ingresos*, la *educación*, la *edad*, y el *sistema de salud*, aspectos que se engloban dentro de la categoría de DSS para la OMS y para el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (a partir de ahora SVES) (OMS/OPS, s.f.a; MSP/SVES, 2015). Debido a la recurrencia de su aparición es que se hará énfasis en ellos.

Se toman las palabras de Roberto Castro para insistir en la importancia de pensar los DSS en el marco de la Licenciatura en Psicología y de la Psicología como ciencia:

“Su estudio se justifica no sólo por el esclarecimiento que se logra sobre los procesos de morbi-mortalidad en sí mismos, sino también porque a través de ellos se accede a un mejor entendimiento del funcionamiento de los grupos sociales, su articulación en torno a la estructura de poder, y su papel en la construcción de representaciones ideológicas que tensionan, en diferentes direcciones, al orden social mismo.” (Castro, 2013, p. 34)

Bajo esta perspectiva de producción de conocimiento situado y de pensar los sujetos en situación, se destaca el pensar una Psicología situada, en donde no existan “abstracciones teóricas protocolizadas en sujetos universales y/o realidades colectivas estandarizables, pasibles

de igual intervención sin importar los textos y contextos” (Castro, Gutiérrez y Viera, 2016, p. 66). Por ello el interés en analizar los DSS que surgen en estos dispositivos grupales específicos, contextualizados e inmersos en circunstancias sociales e institucionales que se detallarán en el desarrollo del texto.

A su vez se toma la concepción de DSS para reflexionar sobre los beneficios de los dispositivos grupales para la salud de las personas.

### **Convenio Facultad de Psicología - ASSE**

En 2009 se firma el convenio entre ASSE y la Facultad de Psicología de la UdelaR, el cual tiene como principal objetivo la conformación de Psicólogos en servicios de salud, formando a practicantes y residentes en el país, de acuerdo con los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Convenio ASSE-UdelaR; ASSE, 2009).

En dicho Programa se dispone a estudiantes avanzados de la Licenciatura en Psicología a insertarse como practicantes en determinados servicios de salud, pudiendo ser de los tres niveles de atención (primer, segundo o tercer nivel). Se trabaja con equipos de atención, prevención y promoción en Salud Mental de ASSE.

Se trata de una práctica pre profesional que transcurre durante un año completo. El 1ro de febrero de 2024 cuando comenzó la inserción de practicantes fue mi caso en el CSCV, donde transité un año hasta el 31 de enero de 2025, siendo correspondiente a mi Práctica de Graduación. En esta experiencia se habilita a un proceso de aprendizaje constante donde somos acompañados y orientados por uno o más Psicólogos/as referentes del servicio de salud, y a su vez por un equipo de docentes de la Facultad.

## **Antecedentes del Centro de Salud Ciudad Vieja**

Para realizar una breve ubicación histórica, en la década del 70 del siglo pasado, Uruguay suscribió a la Declaración de Alma Ata (OMS y UNICEF, 1978), en la que acordó velar por el desarrollo de políticas de salud, económicas y sociales adecuadas, comprometiéndose a la organización de sistemas de salud centrados en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). La APS es entendida 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 y UNICEF, 2018, p. VIII)

En este contexto, el sistema de salud del país construyó el Centro Materno Infantil o “Maternalito” a comienzos de la década de los 90’, como anexo del Hospital Maciel. El hecho de ser anexo es el motivo que justifica su proximidad geográfica: las puertas de acceso de ambas instituciones se encuentran casi enfrentadas, por la calle 25 de Mayo, entre Guaraní y Francisco Maciel, en el barrio Ciudad Vieja de Montevideo.

En 2005 el gobierno uruguayo comienza progresivamente un proceso de reforma de los servicios de salud que se consolida en la Ley N°18.211 de 2007 que insta a la creación, funcionamiento y financiación del SNIS, en el marco de las estrategias de APS (Uruguay, Ley N°18.211). Se trata de un sistema que tiene su fundamento en la garantía de los derechos de la salud de todos los habitantes del país, independientemente de que su prestador de salud sea privado o público.

Dentro de los objetivos del SNIS se encuentran: alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población; implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, gestionar políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios; e impulsar la descentralización (Uruguay, Ley N°18.211).

En marco de estas reformas, en 2007 el Centro Materno Infantil pasa a ser el CSCV brindando prestaciones correspondientes al Primer Nivel de Atención (PNA). En este nivel “se organizan los recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación” (Vignolo et al., 2011, p. 12).

### **Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud**

Se entiende a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Uruguay, Ley N°19.529. Cap. I, Art. II).

En el SNIS existen tres modelos de atención en Salud Mental: el el modelo asilar, el hospitalocéntrico y el comunitario (MSP, 2020). Dentro de estos modelos existen tres modos de abordaje, los cuales incluyen intervenciones grupales e individuales.

Según el Decreto N° 305/011, los prestadores deben asegurar: En el modo 1 la atención en grupo con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario. En el modo 2, la atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario. En el modo 3, la atención individual y/o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, la cual podrá renovarse hasta 144 sesiones (Uruguay, Decreto 305/001, 2011).

Esta Ley de 2017 aporta 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” (Uruguay, Ley N°19.529. Cap. I, Art. II). Así el país va avalando paulatinamente el acceso universal y equitativo a las prestaciones en salud mental.

En este marco es que se inscriben las intervenciones psicológicas grupales. Los grupos principalmente son abiertos a la entrada y salida de participantes, con un máximo de 15 personas y son coordinados por una dupla de profesionales de Psicología y/o Psiquiatría, o de Trabajo Social, Enfermería u Operadores Terapéuticos (MSP, 2011). Aún así, cada grupo terapéutico, al estar inmerso en un determinado servicio de salud, tiene características propias que se relacionan con el momento de surgimiento, la infraestructura, la institución, su dirigencia, y los técnicos que lo coordinan. En relación a los técnicos, implica su marco teórico de referencia, su interés y disposición en realizar intervenciones grupales, la agenda personal/institucional, entre otras condicionantes.

### **Salud Mental en el Centro de Salud Ciudad Vieja**

En el CSCV se dispone de una forma de abordaje de la salud mental que parte de un acuerdo entre la Dirección del CSCV, y la propia experiencia del equipo de Psicología. Se destaca porque a pesar de que existen los diferentes modos de atención estipulados en el Decreto 305/011, los grupos que se desarrollan en este Centro de Salud no corresponden a ninguno de ellos. Por lo tanto, no se toman como criterio. Estos modos proponen grupos temáticos (por ejemplo familiares de personas con uso problemático de sustancias, familiares de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, usuarios que hayan sufrido de la muerte de un familiar, ya sea inesperada o un intento de autoeliminación, entre otras), lo cual diferencia al abordaje en el

CSCV ya que comprenden a personas con sintomatología o padeceres variados, con la justificación de enriquecer la experiencia grupal.

Sobre el rol del Psicólogo en este nivel de atención, señalan Dogmanas, Rydel y Casal, que “los psicólogos suelen integrarse a este nivel realizando tareas de consulta psicológica (individual, de pareja, familiar) y actividades comunitarias variadas (talleres de psicoeducación, trabajo en redes comunitarias, terapia grupal)” (En Tortorella, 2023, p. 38). En el PNA las actividades se dirigen “a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente” (Uruguay, Ley N° 18.211. Cap. IV, Art. 36). Por tanto, las actividades que realiza el equipo de Psicología son diversas, dependiendo de la formación y experiencia, así como de las exigencias institucionales o de las demandas de la población, ya que aún no están normatizadas (Casal, Rydel, Dogmanas e Hidalgo. En Tortorella, 2023).

En el CSCV el equipo de Psicología forma parte de varios dispositivos y actividades. La principal consta de la consulta o atención psicológica, entendida como la conceptualizan Casal y Contino (En Tortorella, 2023), como una consulta por el que una persona recurre a un profesional de la Psicología en busca de una respuesta, orientación o solución de su padecer psíquico, aunque este haya sido derivado; pudiendo ser de modalidad individual, familiar o grupal. Las tres Psicólogas de este centro se distribuyen para que al menos una de ellas esté incluida en cada actividad. Estas son el Espacio Adolescente; el Equipo de Referencia en Violencia; el equipo de Interrupción Voluntaria del Embarazo; el Grupo de personas mayores. A su vez se realizan entrevistas de recepción grupales e individuales; actividades comunitarias en centros educativos de tipo taller; actividades conmemorativas en eventos de salud del calendario anual.

Para acceder al servicio de Psicología el usuario debe concurrir a una consulta con algún miembro del equipo de salud, ya que es este quien puede realizar una interconsulta con

Psicología. La demanda puede estar depositada en el usuario, o puede ser una orientación por parte del técnico, quien, según su evaluación, puede determinar que esto sería beneficioso para su salud. De esta manera se registra en el sistema de gestión que el usuario tiene pendiente atención psicológica, con resolución a cargo del CSCV, pasando a formar parte de la lista en espera.

En esta lista en espera se recopilan datos del usuario: nombre, cédula de identidad, fecha de nacimiento, técnico del equipo de salud que deriva, fecha y motivo de derivación. Conforme cada miembro del equipo de Psicología va cerrando procesos con usuarios, se va abriendo la posibilidad a que otros puedan tener su espacio de atención psicológica. Así cada uno proporciona respuesta de acuerdo a la demanda, a las necesidades y urgencias del usuario, acorde a un criterio clínico. Este proceso también se ajusta a la línea de trabajo y/o interés del técnico, teniendo en cuenta preferencias de trabajo, formación realizada, disponibilidad de tiempos y por lo tanto de su agenda, entre otros aspectos (Arijón, 2025).

A partir de un proceso de selección basado en la revisión de la demanda en espera, y con un criterio clínico, se llevó a cabo la conformación de un listado de usuarios que podrían beneficiarse de una primera entrevista de recepción grupal considerando motivos de consulta, signos y síntomas descritos.

Fueron contactados un total de 72 usuarios de entre 19 y 68 años, de los cuales varios se dieron de baja en el sistema de gestión de consultas debido a no responder a los contactos realizados, no estar interesado en ese momento en concurrir a un espacio de Psicología, no asistir a la entrevista y no contactarse con la institución. El otro grupo se dividió en usuarios que asistieron a alguna de las entrevistas de recepción grupal o individual (Arijón, 2025).

Las entrevistas de recepción dan paso a la conformación de las consultas psicológicas individuales o grupales, en el marco de una estrategia terapéutica pensada para cada usuario,

acorde a lo que establecen las estrategias de APS, vinculadas a la atención centrada en las necesidades de la gente (OMS, UNICEF, 2018). A continuación se desarrollan las entrevistas de recepción realizadas así como el grupo terapéutico.

### **Dispositivos grupales**

Michael Foucault refiere que un dispositivo se trata de “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1977/1984, p. 128). Además es también la naturaleza del vínculo que puede haber entre esos elementos.

A partir de este desarrollo foucaultiano, Deleuze expone que se trata de un conjunto multilineal, cuyos componentes son líneas de variabilidad, de enunciación, de fuerzas, de subjetivación, de ruptura. Cada línea se somete a variar su dirección porque además de ser de diferente naturaleza, no tienen coordenadas constantes (Deleuze, 1989). Estas pueden asemejarse a un ovillo de lana: se tocan, se alejan, se superponen, se cruzan, se vuelven a alejar, creando una multilinealidad singular.

El dispositivo grupal entonces se proclama como “un complejo entramado de múltiples dimensiones” al decir de Fernández y Del Cueto (Fernández y Del Cueto, 1985, p. 17). Señalando tanto su complejidad como su singularidad.

El primer dispositivo en el que se hará énfasis es en la entrevista de recepción. Es entendida como una “herramienta para el relevamiento de datos e información proporcionada por el consultante y la consecuente comprensión de la situación clínica que se presenta” (Couso y Contino, 2023. En Tortorella, 2023, p. 69). Se realizaron tres entrevistas de recepción grupales, lo que implica que, en relación con cada usuario, “nuestra vinculación con él tiene un comienzo

en un contexto grupal” (Bauleo, Duro y Vignale, 1989, p. 110). A estas entrevistas concurrieron 10 usuarios a cada una. Las dos primeras se realizaron dos semanas consecutivas los martes, en el horario que se dispondría para el futuro grupo terapéutico. Pasado un mes del comienzo del grupo se realizó otra (a la que asistieron 8 personas) para completar bajas. De forma general, a las tres concurrieron usuarios de entre 18 y 68 años, predominando el género femenino, y con un nivel socioeducativo tendiendo a bajo. Varias de ellas no contaban con trabajo o tenían trabajos irregulares, temática que se ahondará en profundidad más adelante.

Cada espacio de atención psicológica cuenta con un encuadre determinado, lo que quiere decir que hay variables que se transforman en constantes en el espacio terapéutico; estas han de ser controladas “para que el campo clínico pueda ser estructurado por el consultante y no por las otras circunstancias que rodean a la situación del encuentro” (Tortorella, 2023, p. 140).

Un elemento que se incluye en el encuadre es el espacio, que es el salón Lila del CSCV. Otro elemento es la existencia de tres coordinadoras con roles definidos: la referente dando la palabra y realizando preguntas o señalamientos, la residente haciendo algunas preguntas desde un rol más pasivo y yo realizando el registro. Esto responde a una modalidad semidirigida, lo cual quiere decir que el entrevistado puede expresarse libremente, y el entrevistador habilita y busca esclarecer algunos puntos que no hayan sido tan claros (Albajari, 1996).

El encuadre tiene que ver además con la grupalidad misma. Implica que en ese lapso de tiempo todos deberían hacer uso de la palabra, respetar las normas y la confidencialidad.

Sobre los objetivos de las entrevistas (que son parte del encuadre), el primero trata sobre la exploración de los motivos de consulta. Resulta necesario “explorar sobre eventos relevantes en la historia del sujeto y su trayectoria vital, lo que permite dar sentido a las preocupaciones, angustias, ansiedades, miedos, conflictos y sintomatología que puede presentar” (Couso y Contino, 2023. En Tortorella, 2023, p. 72). Es importante recepcionar los sufrimientos y relatos,

identificar las necesidades y vulnerabilidades y preguntar qué piensa sobre la derivación realizada.

El segundo objetivo está directamente ligado con el anterior. Se exploran los motivos de consulta para diseñar una estrategia terapéutica adecuada para cada usuario. Esta estrategia puede dar como resultado derivaciones (a otros espacios u otros técnicos en salud), orientaciones o indicaciones; y además el tipo de abordaje pertinente para cada caso, pudiendo tratarse de asistencia psicológica individual o grupal. Al decir de Couso y Contino (2023), “se elaboran hipótesis sobre la etiopatogenia de la problemática, el funcionamiento de la subjetividad implicada en la situación (nivel de diagnóstico dinámico), para definir la mejor estrategia de resolución, generando una orientación o derivación pertinente” (En Tortorella, 2023, p. 70).

Realizadas las entrevistas se contacta con los usuarios. Con criterio clínico se diseñan las estrategias terapéuticas adecuadas para cada caso. Se define que para algunos de ellos la mejor opción psicoterapéutica sería asistir a consultas psicológicas grupales, y otros a consultas psicológicas individuales.

De esta manera, con 8 usuarios confirmados de entre 34 y 68 años (3 hombres y 5 mujeres), en abril se dio comienzo al grupo terapéutico.

La atención psicológica grupal o grupo terapéutico es un tipo de intervención psicológica llevada a cabo en un contexto de grupo. Claudia Salazar, investigadora mexicana, plantea que:

“[...] el grupo es, en principio, un dispositivo de intervención desde el cual, eventualmente, pueden observarse algunos aspectos del psiquismo de los participantes por vía de la transferencia; aspectos que revelarán ciertas peculiaridades relacionadas con el propio dispositivo, puesto que los vínculos desarrollados entre los participantes posibilitarán una reflexión más allá de lo esperado, más allá de lo estrictamente relativo al psiquismo de los sujetos.” (Salazar, 2004, p. 184)

Fernández y Del Cueto (1985) señalan que para que se constituyan las condiciones necesarias de creación de un grupo se necesita un tiempo, un espacio, un número de personas y algún objetivo común, y con esto dejaría de ser un mero agrupamiento de personas.

El grupo se encuadra en la metodología denominada “corredor terapéutico” cuya característica principal es la entrada y salida de participantes (Bauleo, Duro y Vignale, 1989, p. 108), pudiendo definirlo como un grupo semiabierto. A medida que los participantes toman la decisión de no asistir más al grupo, se realizan nuevas entrevistas para que ingresen otros en su lugar, motivo por el cual el “corredor” oficia como un lugar de pasaje, de tránsito (Bauleo, Duro y Vignale, 1989), y no se puede volver a ingresar a menos que se realice otra entrevista previa.

Sobre el encuadre, el grupo terapéutico funcionó con frecuencia semanal (los martes), con una hora y media de duración (13:30 a 15:00 horas), en el salón Lila del CSCV. Se tiene en consideración que el día y el horario podrían ser un obstáculo para la participación en el grupo, ya que coincide con un horario laboral habitual. He de destacar que varios de ellos no contaban con trabajo o tenían trabajos irregulares, y junto a ello, el nivel socioeducativo del grupo tendía a bajo. Este motivo posibilitó de cierta manera la adherencia de los participantes. Solo uno de ellos por motivos laborales tuvo que abandonar el grupo, con lo cual se realizó una incorporación; y en ese mismo periodo falleció una de las participantes debido a una enfermedad crónica. Con este escenario, el grupo permaneció con 7 participantes durante los últimos seis encuentros.

Los roles de las coordinadoras permanecían iguales a las entrevistas de recepción, ya que fuimos tres todo el proceso y durante todos los encuentros. El registro de emergentes fue rotando aleatoriamente, al comienzo entre la residente y yo, y luego siguieron los miembros del grupo. Se pudo observar que esta acción les hacía ilusión y permitió ver qué era lo que ellos registraban, no solo con la escucha, sino en el papel. Esto habilitó a la apropiación del espacio de grupo y no fue obstáculo para la participación de aquellos que registraban.

Se constituyeron de forma colectiva pautas y normas de trabajo que permitirían la continuidad y coherencia del dispositivo grupal. Entre las disposiciones acordadas se establece no utilizar el celular en horario de consulta; evitar realizar opiniones o dar consejos; en relación al principio de confidencialidad y el secreto profesional se solicitó no compartir información sobre el grupo por fuera del mismo; procurar preservar la identidad de los participantes. Estas medidas, entre otras, buscaron sostener el encuadre del espacio terapéutico.

El objetivo principal del grupo terapéutico es producir un cambio. En este caso, tomando los aportes de Muzlera (Muzlera, 2021) el cambio sería en el mundo interno, y por consiguiente en el mundo vincular de los miembros.

### **Preguntas y objetivos planteados para el TFG**

Este TFG se delimita en el análisis de los DSS que surgieron en los dispositivos grupales de entrevista de recepción y grupo terapéutico. Estos fueron la *protección social y políticas sociales*, las *condiciones de vida y de trabajo*, los *hábitos de vida*, las *redes y el apoyo social*, el *territorio o vivienda* en donde se habita, los *ingresos*, la *educación*, la *edad*, y el *sistema de salud*. Se incluyen dentro de los DSS ya que son aquellos elementos, condiciones y sistemas que influyen en la vida de las personas y determinan, como su nombre lo indica, los procesos de salud y enfermedad.

El análisis planteado de esta manera permite revisitar los relatos de los usuarios y abordar dos aspectos centrales.

Por una parte, si en el PNA se organizan los recursos que buscan resolver necesidades de atención básicas y más frecuentes (Vignolo et al., 2011), la pregunta que surge es ¿qué subyace a que estos elementos surjan con frecuencia en los espacios terapéuticos por diferentes personas? y

¿qué hace que sean percibidos como particularmente relevantes para los usuarios? Se insiste en las diferencias de los relatos como expresión de cada singularidad, configurada por circunstancias de vida y trayectorias realizadas. A esto se suma que no circulaban por los mismos entornos o círculos sociales, ni existía entre ellos conocimiento previo de los demás. El único punto de convergencia identificado, al menos en una primera instancia, fue la coincidencia temporoespacial en el dispositivo grupal.

A partir de estas preguntas se seleccionaron fragmentos de los dispositivos para ser analizados desde la perspectiva de los DSS. Se busca el diálogo con aportes presentados por diversas/os autoras/es, con el fin de enriquecer su comprensión y sus influencias en el ámbito de la salud, ya que se sostiene que la salud resulta de la interrelación entre los individuos y su medio (Villar, 1992; Carrasco, 1981/2006).

Por otra parte, dado que uno de los DSS que emergió insistentemente da cuenta de las redes de apoyo y los vínculos, un segundo objetivo es reflexionar sobre los beneficios de estos dispositivos grupales para los usuarios, a partir de una mirada amplia sobre la salud de las personas. ¿Cómo se puso a jugar el tema de los vínculos en estos encuentros y al final tejieron entre ellos otras tramas vinculares? ¿Qué fue lo que se habilitó para que circularan los afectos? ¿Es posible pensar este dispositivo grupal como una de las acciones de protección de la salud mental que propone la Ley N°19.529?

Se toma el supuesto que desde algunas disciplinas como la Sociología, las Ciencias Políticas y la Antropología (y la Psicología, incluiría yo), se postula un modelo social sobre la salud de las personas, el cual sostiene que “los factores culturales y socioeconómicos juegan un papel más importante que los biológicos en la producción de las variaciones en los niveles de salud que se advierten en las diversas sociedades” (Castro, 2013, p. 15).

Para este TFG, entonces, el punto de imbricación son los dispositivos grupales y los DSS. No se trata de un análisis de todas las influencias del medio que recibimos las personas conforme a nuestro proceso de salud-enfermedad, pero sí de aquellos determinantes que tienen que ver con procesos sociales y que los usuarios trajeron a estos espacios para compartir, a partir de sus inquietudes y malestares psíquicos.

### **Líneas de análisis**

Durante el transcurso de la práctica realicé un proceso de reflexión sobre mi inserción. Realizando este TFG vuelve a surgir el tema sobre mi propia implicación, sabiendo que esta es inconsciente y algo que simplemente se padece (Ardoino, 1997), que hace carne en mí y en mis prácticas, y que me posiciona con determinadas ideas, concepciones, visiones y supuestos, en determinado momento temporoespacial.

Estas condiciones que tienen que ver con el lugar desde donde escribo y desde donde actúo, se relacionan en parte con el rol como practicante (que es una suerte de zona liminal del ejercicio profesional), con la coyuntura histórica, con mi relación con el sistema de salud, con las condiciones de posibilidad de la experiencia, con la incorporación a los dispositivos grupales que se habilita desde el CSCV y del equipo de Psicología, con mi perspectiva de lo que la Psicología es y puede brindar, y sobre todo con mis expectativas que son motor para el aprendizaje.

Cuando comencé la práctica se me preguntó por qué había tomado la elección de realizar allí mi inserción. Respondí ingenuamente que fue más bien por el contexto en el que se inscribe el CSCV, por cercanía geográfica y porque tenía interés en trabajar en el PNA. Esto llamó la atención ya que históricamente dentro de las actividades que se desarrollan con vinculación de la Psicología lo que más interesa a los practicantes son los grupos terapéuticos. Es así que los

grupos han estado ligados con la inserción de practicantes y residentes, siendo parte de la planificación y coordinación.

Hoy sé que algo de lo inconsciente nutrió a mi imaginario sobre la poca efectividad del dispositivo grupal. Pero por otro lado, como practicante, mi búsqueda principal fue la de adquirir el máximo de aprendizajes posibles. Entonces, a pesar de que no me encontraba afín con la asistencia psicológica grupal, tomé el desafío de formar parte y no me arrepiento. La experiencia en sí misma y los logros acumulativos dieron paso a que el Programa de Practicantes y Residentes cobre una relevancia especial para hacer foco en este TFG.

Mi participación me habilitó a una suerte de “autonomía progresiva”, por ejemplo en los espacios de consulta psicológica al comienzo fui observadora, luego realicé algunas preguntas o señalamientos pertinentes, hasta poder tener consultas sola con los usuarios. De igual manera en los dispositivos grupales: al comienzo me enfoqué en el registro de emergentes, progresivamente me fui sintiendo más segura para realizar orientaciones, preguntas u otro tipo de intervenciones y pasando a tomar un rol más activo.

En otro aspecto, los espacios de supervisión de Facultad y los de co-visión con las referentes y la residente fueron primordiales para este transitar. Poder compartir situaciones, debatir sobre tratamientos oportunos, recursos disponibles, así como el efecto que esta situación novedosa generó en mí fue fundamental.

### **Articulación teórico-clínica**

#### **Entrevistas de recepción grupal**

Desde el comienzo se tuvo en consideración que los relatos iban a ser variados, debido a que no se conformarían grupos temáticos como se expresan en los modos de atención (Uruguay,

Decreto 305/001, 2011). Esto quiere decir que los grupos serían heterogéneos en el género, en los motivos de consulta, en las vivencias.

A pesar de la heterogeneidad, se pudo observar la recurrencia de algunas temáticas en estas entrevistas, las cuales se toman dentro de la dimensión de los DSS, en las cuales se hará énfasis: el *mercado de trabajo, protección social y políticas sociales, la educación, las condiciones de vida, las redes sociales y de apoyo.*

El marco conceptual de los DSS ha ido cambiando con el transcurso de la historia y con los diferentes posicionamientos respecto al sistema sanitario (Otero-Puime y Zunzunegui, 2011). Las bases pedagógicas actuales tienen sustento en gran medida en el modelo difundido por Marc Lalonde, ministro de sanidad de Canadá, en 1974 (Lalonde, 1974). En este se hacía énfasis en que una parte importante de las muertes prematuras y de las incapacidades que sufrían los ciudadanos de dicho país eran prevenibles a través de medidas que iban más allá de la acción de los servicios médicos. Se agruparon los distintos determinantes que se entendía que eran influyentes. Se realizó una categorización en cuatro apartados: biología humana, estilo de vida, medio ambiente y sistema sanitario (Lalonde, 1974).

A partir de un enfoque más actualizado, los DSS expresan al conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen influencia en el estado de salud (OMS, 2009). Para favorecer su comprensión, la OPS/OMS realiza un modelo que se representa en la Figura 1 (OMS/OPS, s.f.a) (se puede visualizar en el listado de Figuras), en donde se plantea que los DSS están directamente vinculados con la inequidad en la salud de las personas. Refiere que algunos de estos son estructurales, y por tanto son causa de una parte de las inequidades sanitarias no solo entre países sino también dentro de cada país, y que un abordaje oportuno de la salud debe incluirlos necesariamente.

Con este antecedente, el Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (SVES) del Ministerio de Salud Pública en Uruguay realiza una adaptación a este marco conceptual (MSP/SVES, 2015), que se plantea en la Figura 2.

Lo que exponen tanto la OMS como el MSP responde a dos niveles: los determinantes estructurales de las inequidades en salud, y los determinantes intermedios de la salud. Esta interacción da como resultado impactos en las desigualdades en salud y bienestar. Ambas perspectivas se fundamentan en la premisa de que los procesos de salud y enfermedad deben ser abordados desde una mirada amplia para comprender su complejidad.

Dentro de los determinantes estructurales de la salud plantean el *contexto socioeconómico y político*, definido ampliamente para que incluya los mecanismos sociales y políticos que generan y mantienen las jerarquías sociales, entre ellos las *políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo, las políticas públicas, las políticas sociales, y los valores culturales y sociales* (OMS/OPS, s.f.a; MSP/SVES, 2015). Esto se observa en las expresiones desiguales de distribución del ingreso, por motivos de *género*, de *etnia*, de *educación*, de *ocupación*, de *territorio* (OMS/OPS, s.f.a; MSP/SVES, 2015).

Se tiene en cuenta que en cada sociedad se presentan modos de vida, de ser y estar en el mundo, que son producto de procesos que dependen del medio en que se encuentra, de su organización económica y política, de la forma de relacionarse con el medio ambiente, de la cultura que prime, de la historia y de otros procesos generales que conforman la identidad de la sociedad en sí misma (Castellanos, 1998. En Martínez, Castellanos y Mermel, 1998). Por ello, lo estructural se podría explicar como las causas de las causas y que posiciona a las personas en circunstancias particulares en términos sociales y de salud.

En el nivel intermedio se encuentran: las *condiciones de vida*, entre ellas el *territorio* o la *vivienda* en donde se habita, el *trabajo*, los *ingresos* como acceso a medios financieros para

adquirir alimentos saludables o vestimenta apropiada; las *condiciones de trabajo*; las *condiciones psicosociales* que tienen que ver con aspectos como la exposición a la violencia; *factores conductuales y biológicos*; los *hábitos de vida* (hábitos alimentarios, actividad física, consumo problemático de tabaco y/o alcohol); las *redes y apoyo social*; y los *sistemas de salud y atención sanitaria*, entre ello el *acceso a servicios de salud*, y *sistemas de financiamiento* (OMS/OPS, s.f.a; MSP/SVES, 2015).

Uno de los determinantes estructurales que emergió insistentemente en las entrevistas de recepción se asocia con el *mercado de trabajo*. La desocupación resultó como uno de los principales estresores en la vida de los usuarios. Según la OPS el desempleo puede afectar al acceso de alimentos, vivienda y atención médica, causando estrés y problemas de salud mental (OMS/OPS, s.f.a). Este problema se podría asentar en la relación con el sistema capitalista, donde prima la capacidad económica basada en la producción como forma de generar ingresos y acceder a diferentes servicios.

Se comparte la posición de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y del Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, quienes detallan que “viviendo en el imperio del mercado sería impensable que a los agentes económicos se les escaparan los territorios de la salud, la enfermedad y la muerte como campos privilegiados de su realización y de mayor acumulación de las ganancias consiguientes” (ALAMES y CEBES, 2011, p. 4). Asimismo, se hace énfasis en que “solo una transformación del sistema capitalista permitirá cambios de fondo en las inequidades en salud” (González Guzmán, 2009. Citado en Castro, 2013, p. 17).

Algunos de los determinantes estructurales si bien no surgieron como motivos de consulta como tal, por momentos se presentaron como observaciones o reflexiones por parte de los usuarios. De igual manera, se tiene presente que, por ejemplo, sobre el *poder político, el gobierno o la gobernanza* (OMS/OPS, s.f.a; MSP/SVES, 2015) podría ser que no se hablara ya

que una de las normas del grupo era no hacer mención a posturas políticas o religiosas, lo cual excluía a estas temáticas de los espacios.

Dentro de los determinantes estructurales y a su vez, dentro de la *posición socioeconómica*, uno de los elementos que mencionan tanto el SVES (2015) como la OMS/OPS (s.f.a) es la *educación*. Emergió como otro DSS a considerar, tanto como problemática en sí misma así como asociada a otras.

Algunos de los usuarios se encontraban desarrollando sus estudios de ciclo básico o bachillerato, re-vinculándose tardíamente para terminar sus itinerarios educativos, ya que sus trayectorias se vieron interrumpidas. Siendo las más frecuentes las cuestiones laborales, vinculares o familiares (Consejo Directivo Central, 2016).

Otros de los usuarios estaban realizando estudios terciarios, y una de las problemáticas que traían al espacio era la forma en la que la continuidad les generaba dificultad.

Se relevaron relatos que evidencian múltiples factores que complejizan la experiencia educativa: el estrés y las exigencias propias del ámbito académico, la ansiedad ante instancias de evaluación, la tensión entre la masividad de estudiantes y la falta de grupos de pares, vínculos con docentes, la desmotivación, experiencias negativas de prácticas preprofesionales, desafíos en cuanto al traslado desde otras partes del país (y del mundo) para seguir con los estudios, la exigencia de estudiar y trabajar al mismo tiempo, incertidumbres sobre el rendimiento académico, la vocación y el futuro profesional.

Asimismo emergieron problemáticas de carácter más complejo, donde los límites de causas y efectos eran difusos, similar al dilema del huevo y la gallina. La dificultad en la conciliación y el mantenimiento del sueño, inconvenientes en la concentración, desorganización en rutinas de descanso y estudio, cefaleas, contracturas, ansiedad, estrés, y cómo eso se convertía en obstáculos para el proceso de aprendizaje.

Surgieron narrativas en torno a los determinantes estructurales de *protección social y políticas sociales*, junto al determinante *condiciones de vida*. Y dentro de las *condiciones de vida*, la *vivienda*. Este elemento es complementario al nivel socioeconómico de los usuarios, que justifica los antecedentes en relación al amparo estatal. Se trata de usuarios que a lo largo de su vida habitaron y habitan en hogares proporcionados por el Estado, primero del Instituto de Niños y Adolescentes del Uruguay (INAU), luego en refugios y hogares para personas mayores de 18 años. Esto implica asistencias habitacionales, económicas, alimenticias, entre otras.

Algunos usuarios viven actualmente en estos hogares, lo que genera una ambivalencia notable en los relatos, evidenciando tensión entre el estrés por esta modalidad de vivienda, junto al agradecimiento por la ayuda estatal.

Dentro de los aspectos negativos identificados se encuentra la sensación de falta de privacidad, vinculada a la convivencia en espacios comunes y la ausencia de ámbitos privados. Esta situación se asocia con la imposición de normas que a su vez generan la sensación de falta de control sobre la propia vida y la de los hijos. Entre estas restricciones se mencionan horarios poco flexibles, la imposibilidad de elegir los alimentos debido a la distribución de viandas, la prohibición de recibir visitas, el control sobre la salud y la educación de los hijos.

En los relatos se expresaba la sensación de no sentir ese lugar como un hogar propio, lo que conlleva a la ausencia de sentimientos de pertenencia y seguridad, que se podría vincular con la identidad personal. A su vez se percibía el temor a no lograr desvincularse de ese lugar, junto a la preocupación por la obtención de un trabajo remunerado y la incertidumbre respecto al futuro.

En contraste, se presentan usuarios que habiendo residido en estos hogares, lograron obtener una vivienda propia. Esta situación planteada trae para ellos la duda sobre su capacidad económica para sostenerla a largo plazo. Para aquellos que aún permanecen en hogares, este relato presenta un mensaje de aliento y de progreso.

En términos positivos, se destacó la creación de una suerte de comunidad, donde se construyeron vínculos de apoyo, de cuidados y recreación, fomentando el intercambio afectivo. A su vez, la pertenencia a esa comunidad, caracterizada por historias de vida similares (como la experiencia de violencia, la situación de calle, la falta de trabajo estable, la escasez de redes de apoyo, la dependencia económica) favoreció la generación de un espacio de solidaridad.

Por otro lado, la convivencia adquiere una nueva dimensión. No se trata de la convivencia familiar, sino de una cohabitación orientada a la reducción de costos de vivienda. Los relatos oscilan entre experiencias de buena convivencia y aquellas donde surgen conflictos. Por ejemplo, la señora que alquiló un dormitorio de su casa a un joven, comparte que esto le ha traído alegría a sus días, ya que ahora cuenta con alguien para conversar y con quien compartir los domingos. En contraste, otro relato de convivencia con un amigo cercano, donde la relación se ha deteriorado, debido a la falta de alineación de normas y valores, lo que ha generado un ambiente de malos tratos y ausencia de organización en el hogar. Otro ejemplo es de aquel que vive solo y viaja al interior del país a diario a visitar a su madre quien vive sola también. O aquella que vive sola y lo disfruta. Por contraposición aquella que convive con varios familiares, entre ellos su cuñado, con quien la convivencia se ha vuelto el principal estresor de su vida.

Según Alfaro “la vivienda, más allá de asegurar un ambiente físico apropiado incluye la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social” (Alfaro, 2014, p. 37). ¿Cuáles son los costos de vivir en lugares inapropiados para la salud? Los usuarios relatan estrés, agobio, angustia, enojos, inseguridad e incomodidad. Y a la inversa, ¿qué sucede cuando se habita en un lugar ameno? se experimenta bienestar, tranquilidad, seguridad.

El espacio opera entonces como un factor primordial para la salud integral. La experiencia residencial se configura a partir de múltiples aspectos interrelacionados como la infraestructura, los convivientes, las dinámicas de convivencia, la situación económica, los

modos de vida que allí se desarrollan. Señala Alfaro que “la vivienda, el empleo y la educación adecuados son prerequisites básicos para la salud de las poblaciones” (Alfaro, 2014, p. 37).

Dentro de las *condiciones de vida* se incluyen también las diferentes formas de violencia que emergieron como relato en las entrevistas. La violencia es entendida como:

“Uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo.” (OMS/OPS, s.f.b, párr. 1)

La violencia que se escuchaba en estos relatos era en diversas expresiones, y las marcas que deja no son necesariamente visibles. Historias de abuso sexual, de negligencia, de violencia psicológica, económica, física. Relatos acompañados de llanto, angustia, desazón, desconcierto. Sucesos que, cronológicamente hablando, fluctuaban en el pasado y el presente, pero en el aquí y ahora de las personas el sufrimiento seguía siendo actual.

La violencia puede tener como consecuencia lesiones físicas, discapacidades, enfermedades mentales, de transmisión sexual, del corazón; puede generar una tendencia al suicidio; puede aumentar riesgos como el consumo de drogas o alcohol; puede provocar problemas sociales como el crimen o el aumento de la violencia (OMS/OPS, s.f.b). Esto quiere decir que puede generar problemas de salud múltiples o contribuir a que se prolonguen. Más allá de ese maltrato inicial, incide en múltiples áreas de la vida de las personas, dejando cicatrices.

Existe un detalle que no es menor, y es que las personas que realizaron relatos en donde fueron víctimas de algún tipo de violencia se identificaban con el género femenino. En este sentido, la OMS declara que 1 de cada 3 mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual a lo largo de su vida (OMS/OPS, s.f.b).

De alguna manera vinculado al tema anterior, las *redes sociales y de apoyo* estuvieron presentes insistentemente. Las inquietudes que suscitaban tenían que ver con las relaciones

interpersonales en diferentes espacios reales y simbólicos. Se desarrollará en profundidad en el apartado siguiente, ya que en el desarrollo del grupo terapéutico se pudieron recabar elementos significativos sobre la temática.

En esta exposición se puede observar que el efecto de unos determinantes sobre otros es tanto que es muy difícil disociarlos. El concepto de salud en sí mismo es tan complejo que invita a hablar de los DSS que van surgiendo como el ovillo de lana de Deleuze (Deleuze, 1989), en donde estas tramas se entrecruzan, se superponen y se separan de diversas formas y van influyendo en la salud de las personas.

### **Grupos Terapéuticos**

Este grupo opera como un lugar de enunciación y escucha, tanto propia como colectiva. Se configura como un ámbito propicio para la identificación de sentires, de patrones, de experiencias, de aquellos elementos simbólicos que se asientan en el espacio grupal. Cómo el relato del otro repercute en cada uno, qué sentires moviliza, qué habría hecho cada quién ante determinada situación. Se toman las palabras de Silvia Muzlera (2021) quien menciona que:

“Cada sujeto es *sujeto en condición de agrupado*, es *sujeto de grupo*, está *sujetado* a la condición de la situación grupal y, por lo tanto, lo que sienta, piense o haga va a estar en relación con la multiplicidad de estímulos que recibe, emite y que procesa consciente e inconscientemente.” [Cursivas de la autora] (Muzlera, 2021, p. 14)

En el primer encuentro comienzan a circular elementos. Primero la palabra. Luego el silencio. Nos presentamos las coordinadoras y damos paso a que se presenten ellos, algunos se conocían de la entrevista de recepción, otros no, ya que asistieron a diferentes entrevistas. Cada uno habló de su vida, de sus sufrimientos, malestares e inquietudes, de aquello en lo que querían

hacer énfasis en el espacio terapéutico. Mediante escasas intervenciones puntuales de las coordinadoras circuló la palabra.

Después el silencio. Un silencio que funcionó como abrazo y que habilitó la elaboración de aquello que había pasado. Se trató de un primer encuentro inédito que iba a dar paso a un espacio de contención que se mantendría durante 9 meses.

En este primer encuentro ya se permitió entrever, entre las rendijas y la singularidad de las narrativas, lo común de las mismas. Aparecen nuevamente, así como en las entrevistas de recepción, los DSS.

Un aspecto a destacar es la llegada de los usuarios aquel primer martes, sintiendo una suerte de desamparo por parte del sistema de salud. El determinante que implica al *sistema de salud* específicamente, incluye, según el SVES, a la cobertura poblacional y financiera, a la disponibilidad de recursos, a la accesibilidad y aceptabilidad, a los contactos o utilización y a la cobertura efectiva (MSP/SVES, 2015). Las esperas para acceder al equipo de Psicología en el CSCV no son necesariamente cortas, y esto provoca cierta desazón anexada al propio malestar psíquico. Todos mencionaron que hacía meses estaban esperando por atención psicológica por parte de ASSE y esto podría fundamentarse en la falta de recursos. De alguna forma, lo que queda detrás es la idea de que habría que esperar para sanar, e incluso se mencionó que aquella problemática por la cual habían sido derivados ya no era la misma, sino que la situación había cambiado. Entonces surge la pregunta sobre la efectividad de la cobertura en salud mental.

El determinante estructural más recurrente en el espacio grupal fue respecto al *mercado de trabajo*. Este provocaba incidencias en el encuadre del grupo, ya que habían encuentros a los cuales algunos de los usuarios no podían asistir debido a exigencias de sus empleos: cambios de turnos o de horarios, algún trabajo informal que surgía de imprevisto, llegadas tardes, retirarse

unos minutos antes para llegar a tiempo al trabajo. Se puede observar cómo los DSS afectan no solo a la salud, sino también a la asistencia psicológica.

En vinculación con lo anterior, dentro de la *posición socioeconómica* como determinante estructural de las inequidades en salud, se incluye el territorio, el sexo, la etnia, la ocupación, la edad, la educación, los ingresos y la clase social (MSP/SVES, 2015).

Se tiene en consideración la forma en la que cada sujeto se asocia con su trabajo, con el lugar y objeto del mismo, las relaciones laborales. En consonancia también se observa la manera en la que la ocupación condiciona las relaciones sociales y los vínculos que se establecen por fuera, así como el disponer de tiempo y disposición para realizar actividades recreativas.

Asimismo, que el trabajo afecte a la salud también se relaciona con el desgaste físico, mental o psicológico. Según Julio César Neffa, existe una relación directa entre la vida y la salud del trabajador, agregando que “la esperanza de vida y el estado de salud dependen de muchos factores, pero en última instancia de las condiciones e intensidad con que se use la fuerza de trabajo” (Neffa, 2015, p. 17).

En el mismo orden, la *ocupación* y por tanto los *ingresos* que se reciben de esta, implica el contar con los recursos necesarios para el acceso al consumo de alimentos, de vestimentas adecuadas, de productos de higiene, que son variables para el mantenimiento de la salud, y su ausencia, un posible deterioro de la misma.

La otra cara del determinante ocupacional da cuenta de la *edad* (MSP/SVES, 2015) de algunos usuarios, relacionada con el período jubilatorio. Los usuarios que ya se encontraban en esta etapa, así como los que estaban próximos a ella, manifestaban otros sentires, además del factor económico. Antunes y Ojeda (2017) mencionan que la jubilación trae consigo diversas repercusiones para las personas, dentro de las cuales se encuentran cambios en la identidad y en las relaciones significativas, pérdidas financieras, alteraciones de salud en general, manejo del

tiempo libre. Se podían escuchar comentarios en relación al paso del tiempo y con ello el envejecimiento. Asimismo surgieron el deterioro físico, dolores o enfermedades crónicas.

Cuando las personas tienen sus necesidades básicas cubiertas es posible realizar acciones de acompañamiento terapéutico, sin embargo, ¿si no las tienen? Interpela al accionar de la Psicología frente a estas realidades. Es decir, se puede brindar una escucha activa, herramientas para abordar las situaciones, acompañar las afectaciones, buscar recursos. No obstante, si los contextos de las personas continúan limitando el acceso a condiciones básicas de vida digna, entonces ¿cómo intervenir de manera efectiva? Fue una pregunta que transversalizó mi pasaje por la formación en Facultad de Psicología, y vuelve a aparecer en este momento.

En esta línea, Pau Pérez-Sales menciona que, en los acompañamientos psicosociales debemos actuar ante las vulnerabilidades y no ante las necesidades (Pérez-Sales, 2003). Desde este enfoque de la mirada psicosocial, las vulnerabilidades son entendidas como el “conjunto de factores de larga evolución que hacen a una comunidad más frágil ante la adversidad y que dificultan su desarrollo” (Pérez-Sales, 2003, p. 7), pudiendo realizar una analogía con los determinantes estructurales de la salud. En cambio, las necesidades son “requerimientos inmediatos para la supervivencia o la recuperación de una crisis” (Pérez-Sales, 2003, p. 7). Entonces surge la pregunta sobre las vulnerabilidades de las personas, y esto me lleva directamente a pensar en los DSS que se han mencionado.

Como se señaló en el apartado anterior sobre entrevistas de recepción, uno de los DSS que sobresalió fue respecto a las *redes sociales y de apoyo*. En algunos casos fueron motivo de padecimientos puntuales, y en otros casos emergieron en función de otras narrativas.

Los temas e interrogantes fluctuaban entre dos polos: tener o no tener vínculos. ¿Qué papel juegan nuestros vínculos en el propio bienestar y en la salud mental? ¿Cómo se diferencia

nuestro estado interno cuando estamos rodeados de personas que influyen positiva o negativamente en nuestras cotidianidades?

Surgió el cómo ayudar a otro que está padeciendo y las afectaciones que genera para sí mismo, las discusiones, la duda sobre sostener determinado vínculo, la toma de decisiones que implica necesariamente a otros, el cómo tratar de relacionarse de una manera asertiva y empática.

En el otro extremo la ruptura de cierto vínculo, el duelo por la pérdida, el sentimiento de soledad, el no sentirse comprendido o escuchado por esos otros que se consideran importantes, el no entender las acciones de los demás y cómo eso afecta en cada quién, la angustia por no sentirse acompañado, la inexistencia de redes de apoyo y de cuidado.

La situación individual de salud si bien se relaciona con estilos de vida singulares y con procesos que pueden tender a pensar en un estado de “bienestar” al decir de la OMS (1946/2014), también se relaciona con referencias cotidianas respecto al entorno en el que uno nace, es decir las *normas y valores culturales* como determinante estructural. Normas de adultos que crían, inmerso en un sistema de cuidados que lleva implícito determinado concepto de salud-enfermedad que puede ser sinuoso, variar conforme al hogar, impactar de diferentes maneras, moldear sentires.

En este aspecto, el trabajo doméstico y reproductivo, así como el cuidar de otros tiene múltiples efectos en la salud y el bienestar, según el tipo de cuidado que se realice. Algunas de las usuarias del grupo (énfasis en el género), señalaban las dificultades en el cuidado de las infancias que tenían a cargo, el accionar adecuado, el repensar conductas, las rutinas marcadas por la urgencia. En consonancia, a partir de diversas investigaciones que ha realizado OSEKI, una iniciativa de la universidad del País Vasco en vinculación con agentes sociales, uno de los efectos más estudiados en relación al cuidado a menores es el cansancio derivado de las tareas,

así como los costos económicos y laborales que supone renunciar a empleos remunerado o reducir la jornada de trabajo (Mosquera, 2019).

Los usuarios asisten al grupo terapéutico en búsqueda de cambios respecto a su salud mental, y con el transcurso del mismo se empezaron a movilizar otros elementos. Se comienza a buscar la adquisición de hábitos que favorezcan la salud integral y que fomenten el bienestar. Tal es el ejemplo de la realización de ejercicio físico o la interrupción de patrones de consumo de alcohol y marihuana, así como las dietas con estilos alimenticios inadecuados (exceso de grasas, sales y azúcares), siendo prácticas que producen daños directos a la salud. Al concebir a las personas como “ser en situación”, Carrasco (1981/2006) menciona que se las concibe como sujeto y objeto de la historia, producto y productor de la misma, receptor y transformador potencial de la situación en la que vive (p. 82), lo que queda en evidencia en este aspecto señalado, dando paso al potencial cambio en sus vidas.

En este plano hablamos de los DSS vinculados a *hábitos de vida*. El SVES señala que entenderlos como un determinante intermedio implica “asumir que los mismos no son una expresión unívoca de la agencia de los individuos, sino que también se encuentran condicionados por las inequidades estructurales que le anteceden” (MSP/SVES, 2015, p. 29). Algo a destacar es que no emergieron como problemas como tal por parte de los usuarios, sino más bien que fueron surgiendo como intercambios mayormente asociados a la vida cotidiana.

En relación a los hábitos alimenticios, menciona Castro (2013) que es una problemática que se relaciona directamente con la globalización, ya que gracias a esta existen hoy en día más facilidades de acceso a la llamada “comida chatarra”, generando cambios en los hábitos alimenticios de grandes sectores. Refiere además que “con el consecuente incremento de problemas como obesidad, sedentarismo, diabetes, y otras enfermedades crónicas, y con la rápida expansión de epidemias” (Castro, 2013, pp. 17-18).

Por otro lado, respecto a los estilos de vida sedentarios, esta se puede relacionar con la escasez de participación en actividades recreativas y de ejercicio físico. López, Schnaider y Velasco (2022) mencionan que existen elementos que fomentan esta tendencia al sedentarismo, por ejemplo la disminución del uso de fuerza física en las actividades laborales, los diversos sistemas de transporte, así como el uso de nuevas tecnologías. Además, asocian la falta de ejercicio físico con el consumo de alimentos altos en calorías y el abuso de sustancias, que se indicaron anteriormente.

Los *hábitos de vida* señalados implicaban las decisiones que tomaba cada persona respecto a su salud y que conllevaba riesgos que se originaban en las conductas individuales (Lalonde, 1974. Citado por de Lellis, Interlandi y Martino, 2014). Actualmente se trata de un concepto que se encuentra en controversia ya que los patrones de conducta se generan en contextos específicos con determinados aspectos culturales, políticas, económicos y del ambiente (de Lellis, Interlandi y Martino, 2014), por lo cual no se podrían depositar estas decisiones exclusivamente en los individuos, sino que se conecta con las decisiones que se toman a nivel social y en cómo estas inciden en las personas individualmente.

Conforme transcurren los encuentros, se habilita a reflexionar sobre la multiplicidad de factores que influyen en la salud de las personas, del como “los hechos de la vida cotidiana, hasta los más mínimos e insignificantes [...] van conformando y elaborando la personalidad psicológica y la propia identidad” (Carrasco, 1981/2006, p. 82). De los intercambios con otros surgen efectos, y también oportunidades.

El grupo terapéutico podría officiar como sede de encuentros de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Mencionan de Lellis, Interlandi y Martino que la promoción de la salud es fundamental para promover acciones en dos niveles, uno que da cuenta de los DSS estructurales, en donde las acciones se piensan para la modificación de los ambientes (físicos,

sociales, culturales, políticos), y el otro en donde las acciones se dirijan a la búsqueda de cambios en los estilos o *hábitos de vida*, buscando influir en los determinantes de las condiciones de vida de las personas y por lo tanto de su salud (de Lellis, Interlandi y Martino, 2014). En ambos sentidos, la promoción en salud actuaría como acción con finalidad de transformación, influyendo en la producción de los sujetos y en las condiciones de vida.

Si la salud es fundamental para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad (OMS, 1946/2014, p. 1), esto podría reafirmar que el proceso de salud de las personas no solo implica la idea de la ausencia de enfermedades, sino que se debería mantener una mirada que integre los diversos elementos que conforman la vida, todo aquello con lo que nos vinculamos. Y que esta red de conexiones es extensísima y compleja.

Resulta conveniente señalar las relaciones que se generaron entre los miembros del grupo. El tiempo, la confianza, el compartir intimidades, habilitaron la circulación de afectos entre ellos y generó, sin ser objetivo del grupo, una red de apoyo. Llegando a la finalización del espacio terapéutico se reunieron por fuera, concretando reuniones de socialización, y las coordinadoras pasamos a una suerte de segundo plano.

Las relaciones interpersonales toman un lugar imperante en la vida de los sujetos y resultan un ejemplo de impacto relevante para la salud. Si el objetivo del grupo terapéutico es el cambio en el mundo interno y por lo tanto en lo vincular, y el grupo implica necesariamente a otros, las interacciones que allí se construyen pueden ser objeto de análisis para el propio usuario. Al decir de Muzlera (2021) “en un grupo terapéutico, el otro, y cada uno de los otros, es, para el sujeto, tanto pantalla de proyección de aspectos del mundo interno como otro ajeno, diferente al yo [...] efecto éste de características terapéuticas” (Muzlera, 2021, pp. 162-163).

Cabe aclarar que la proyección se trata de una “operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso

«objetos», que no reconoce o que rechaza en sí mismo” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 306).

Esta proyección es una más de las aristas que tiene como beneficio el grupo terapéutico, lo cual permite la incorporación de nuevas significaciones y posibilita la constitución del cambio.

Se puede inferir entonces que los vínculos que se crearon en este grupo terapéutico sobrepasaron los objetivos que estaban planteados al principio. La creación de un grupo de Whatsapp, las reuniones fuera del espacio terapéutico, el acompañar a la consulta médica a otro compañero, el apoyar los emprendimientos de los demás, la disposición y el tiempo para cuidar los hijos de otra persona, sostenerse cuando falleció M, querer estar en los encuentros aunque sea por zoom debido a lejanías, son algunos de los ejemplos que quedaron plasmados en mi memoria. Que se tejieron tramas vinculares, no cabe duda.

Algunas problemáticas como las que se mencionaron en el desarrollo del grupo surgen a partir de las dinámicas sociales. Estas problemáticas deberían atenderse en el PNA según Casal, Rydel y Dogmanas, quienes señalan además la relevancia de habilitar desde este nivel, la promoción de expresiones de salud a través de las tramas vinculares:

“Se concibe este nivel como estratégico en el proceso de asistencia a las problemáticas de origen social. Con ello se habilitan vínculos y modos de relacionamientos saludables, así como también la expresión de subjetividades, atravesadas estas por las diferentes dimensiones de género, generaciones y de derecho.” (Casal, Rydel, Dogmanas. En Tortorella, 2023, p. 38)

Se podría inferir entonces, que desde el equipo de Psicología del CSCV y sobre todo en los dispositivos grupales, se realizó un enfoque de la salud tal como determina la APS, “que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar” (OMS y UNICEF, 2018, p. VIII). Y como determina la Ley N° 19.529, al realizar acciones de protección de la salud mental en términos de promoción, prevención, tratamiento y

rehabilitación, encaminadas a la creación de buenas condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna (Uruguay, Ley N°19.529. Cap. I, Art. II).

En último término, quisiera cerrar este apartado mencionando que los aportes de la Psicología Crítica Alternativa son pertinentes para potenciar el análisis de este TFG, ya que esta tiene como objetivos analizar el grado y la naturaleza de la influencia que el contexto social ejerce sobre el funcionamiento psíquico y la determinación de la conducta; develar cuáles son los mecanismos de dependencia humana a los modelos sociales y económicos, el cómo y el por qué de dicha dependencia, etc., y cuales son sus consecuencias (Carrasco, 1981/2006, p. 79). Esto justifica el poder pensar los DSS como estrategia para la atención de la salud integral de los sujetos, quienes, como se puede apreciar en el análisis propuesto, reciben influencias directas del entorno en el que viven.

### **Conclusiones**

Retomando las preguntas orientadoras de este TFG, principalmente aquella sobre los factores que podrían explicar la frecuencia de ciertas temáticas en los relatos de los usuarios -la *protección social y políticas sociales*, las *condiciones de vida y de trabajo*, los *hábitos de vida*, las *redes y el apoyo social*, el *territorio o vivienda* en donde se habita, los *ingresos*, la *educación*, la *edad*, y el *sistema de salud*-, es que se hizo énfasis en los DSS: esos que hacen a las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen y que influyen en el desarrollo de la vida y de la salud, entendiendo que esta puede fluctuar.

La frecuencia de los temas señalados se podría relacionar con que varias de esas circunstancias son estructurales de los sistemas en que estamos inmersos e influyen en nuestros procesos de salud y enfermedad. Lo que subyace a que estos elementos surjan en los espacios

terapéuticos implica que la vida cotidiana y lo que sucede en ella se piense como construcciones sociales, históricas, económicas, culturales y políticas, vinculadas con sistemas globales, nacionales, familiares y singulares. Se puede percibir, a partir de los relatos, que los mismos usuarios comenzaran a darse cuenta cómo estos elementos condicionan o facilitan la conservación de la salud, y por ello la recurrencia en los espacios de atención psicológica.

Queda en evidencia que la salud guarda relación directa con diversos factores que van determinando el desarrollo humano y que es de suma relevancia atenderlos en expansión para un abordaje integral y amplio de la misma. Se requiere de un enfoque intersectorial para la atención de la salud, ya que según la OPS se reconoce que la salud no depende solo del sistema sanitario, sino de múltiples factores, sean sociales, económicos, ambientales (OMS/OPS, s.f.a).

El interés en analizar los dispositivos grupales también refiere a su potencial en cuanto a atención psicológica. A partir de las historias se desplegaron niveles de conexión más allá de la consulta. La riqueza fue que empiecen a surgir puntos de encuentro entre estas historias, lo cual guarda relación con la sociedad misma, con los contextos, con las experiencias en común. Esto se ve reflejado en el análisis de los DSS, que son pertinentes para pensar la realidad social actual.

Lo que sucedió en los dispositivos grupales se vincula con aquello que sucedió en el *entre*, en el entrecruzamiento de líneas al decir de Deleuze (1989), en la generación de esas grupalidades complejas, en la cercanía.

Considerar las tramas relacionales que vivimos, vinculados con lo otro: los otros (humanos y no humanos), lo que nos alimenta (eso que ingerimos para nutrinos, independientemente de cuál sea su naturaleza), el entorno (como todo aquello que nos rodea), la economía (y todo lo que le pone valor a los objetos), los afectos, lo que nos moviliza al cambio, tiene que ver con intervenir desde el enfoque Crítico Alternativo, es decir, pensando las relaciones existentes entre el ser humano y la sociedad en la que vive (Carrasco, 1981/2006), con

observar las invisibles fronteras del adentro-afuera, con lo otro, aquello que es un poco nosotros mismos.

Para finalizar, respecto a la pregunta sobre si es posible pensar este dispositivo grupal como una de las acciones de protección de la salud mental que propone la Ley N°19.529, considero que sí. Coloca a los participantes del grupo en un lugar protagónico, en donde se fomenta la preservación de su salud. Estas reflexiones me habilitan a la apertura de otros pensamientos posibles sobre la vida cotidiana, con todo lo que nos vinculamos, elementos que operan como protectores o villanos de la salud.

Resta reflexionar en profundidad sobre el sistema sanitario del país y con ello las intervenciones en los distintos niveles de atención y de prevención, en la calidad de los dispositivos y en la atención oportuna, buscando la atención eficaz para toda la población.

## Referencias

- Administración de Servicios de Salud del Estado [ASSE], Universidad de la República [UdelaR] - Facultad de Psicología. (30 de diciembre de 2009). Convenio entre la Administración de Servicios de Salud del Estado y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. *Programa de Residencias y Practicantados en servicios de salud.*
- Albajari, V. (1996). *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico.* Psicoteca editorial.
- Alfaro, N. (2014). *Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social.* Sal Jal. 2014;1(1):36-46.
- Antunes, M. y Ojeda, C. (2017). *Revisão sistemática da literatura internacional sobre aposentadoria e redes sociais.* Revista Brasileira de Orientação Profissional. Jan.-jun. 2017, Vol. 18, No. 1, 57-68.
- Arijón, W. (2025). *Informe final: Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en los Servicios de Salud* [Manuscrito inédito]. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Ardoino, J. (1997). *La implicación. Noción y concepto.* (Trad. Ducoing, P.). Conferencia dictada en el Centro de Estudios de la Universidad. UNAM, México (Vol. 4).

Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES y Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES. (2011). *El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud*.

<https://alames.org/el-debate-y-la-accion-frente-a-los-determinantes-sociales-de-la-salud/>

Bauleo, A., Duro, JC. y Vignale, R. (1989). *La idea y la práctica de los corredores terapéuticos*. En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal* 7. (1989). (pp. 107- 113).

Carrasco, J. (1981). *Psicología crítica alternativa. El exilio*. En Benitez, L., Sosa, M. y Varela, A. (Comps). *Textos Escogidos: Juan Carlos Carrasco*. Edición del autor.

Castellanos, P. (1998). *Salud pública: desigualdades y ausencia de equidad*. En Martínez, J., Castellanos, P., Mermet P. (1998). *Salud Pública*. Madrid: Ed Mc Graw Hill.

Castro, R. (2013). *De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad*. *Ideias*, 4(1), 15-40.

Castro, S., Gutiérrez, L. y Viera, E. (2016). *La Psicología de la Salud mirada desde la psicología de la liberación. Aportes y desafíos para una psicología de salud latinoamericana*. En Pimienta, M. y Viera, E. (Coords.). (2016). *Psicología de la salud. Avances y desafíos*. Montevideo: Universidad de la República. Facultad de Psicología. Instituto de Psicología de la Salud. Ed. Psicolibros universitario.

Consejo Directivo Central, Consejo de Educación Inicial y Primaria, Consejo de Educación Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional, Consejo de Formación en Educación (2016). *Propuesta para un Sistema de Protección de Trayectorias Educativas*. ANEP-SPTE.

Deleuze, G. (1989). *Michel Foucault, filósofo*. Gedisa.

de Lellis, M., Interlandi, C., Martino, S. (2014). *Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción*. En de Lellis, M. (Coord.) (2014). *Perspectivas en Salud Pública y Salud Mental*. Ediciones Nuevos Tiempos. (pp. 11-42).

Del Cueto, AM., Fernández, AM. (1985). *El dispositivo grupal*. En Pavlovsky, E. (Coord.) (1985). *Lo grupal 2*. Edición Búsqueda (pp. 13-56).

Foucault, M. (1984). *Saber y verdad* (Trad. Varela, J. y Álvarez-Uría, F.). (pp. 127-162). Ediciones La Piqueta, 1984 (Trabajo original publicado en 1977).

Jung, C. (1933). *Modern Man in Search of a Soul*. Kegan Paul, Trench, Trubner & CO.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*.

Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. 1º ed. Paidós, 2004.

- López, C., Schnaider, E. y Velasco, P. (2022). *Relación entre la Actividad Física e Indicadores de Salud Mental*. Acta de investigación psicológica. (Vol. 12. N° 2).
- Mosquera, I. (2019). *Trabajo Doméstico y de Cuidados, y Salud*. OSEKI. Osasun eskubidearen aldeko ekimena - Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en:  
<https://www.oseki.eus/areas/determinantessociales-de-la-salud/>
- Muzlera, S. (2021). *Lo grupal. Tips, notas y textos*. Universidad del Aconcagua.
- Neffa, JC. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales. Centro de Innovación para los Trabajadores. 1a ed.
- Organización Mundial de la Salud. (19-22 de junio de 1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional. En: OMS. (2014). *Documentos Básicos*. 48 edición.
- Organización Mundial de la Salud. (16 de marzo de 2009). *62ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.5 del orden del día provisional. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (1978, 6-12 de septiembre). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*.

[Conferencia] Alma-Ata.

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018).

*Marco operacional para la Atención Primaria en Salud. Transformar la visión en acción*.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (s.f.a).

*Determinantes Sociales de la Salud*.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (s.f.b). *Prevención*

*de la violencia*. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>

Otero-Puime, A. y Zunzunegui, MV. (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. En Zurro, AM. y Solá, GJ. (coords.) (2011). *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. pp. 87-99.

Pérez-Sales, P. (2003). *Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario*.

Átopos, 5–18.

Saforcada, E. (2012). *Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad*. Aletheia (37).

Salazar, C. (2004). *Kaes: aparato psíquico y significación en los colectivos*. TRAMAS.

Subjetividad y procesos sociales. (N° 21, pp. 179-199).

Tortorella, A. (Coord.) Casal, P., Contino, S., Couso, M., Dogmanas, D., Hidalgo, L., Martínez, S., Protesoni, A.L., Rydel, D., Tabó, J., Zytner, R. (2023). *Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud*. Universidad de la República. Comisión Sectorial de Enseñanza.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental*.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027)*.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud (2015). *Inequidades en salud y sus Determinantes Sociales en Uruguay*.

Uruguay. Poder Ejecutivo. Consejo de Ministros (09 de septiembre de 2011). *Decreto N° 305/011*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>

Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley N°18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

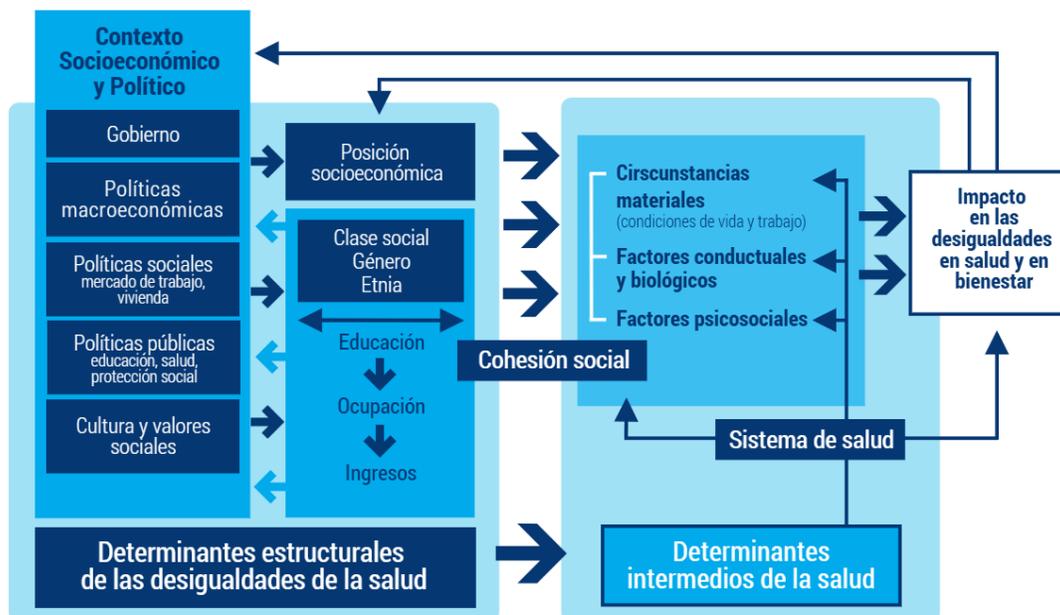
Uruguay. Poder Legislativo. (2017). *Ley N°19.529. Ley de Salud Mental*.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

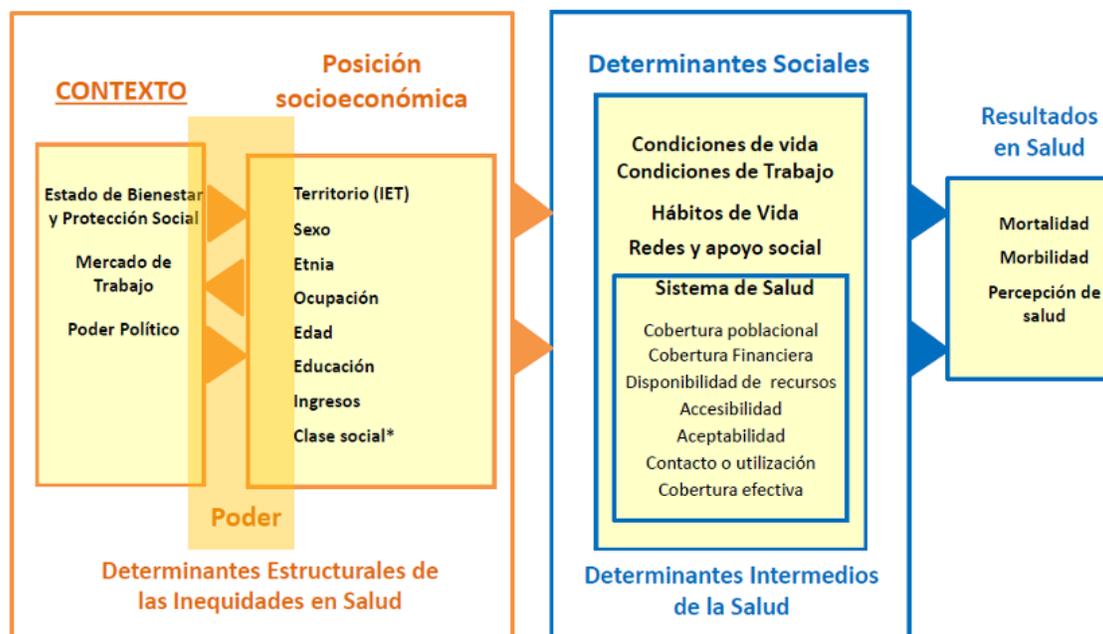
Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Archivos de Medicina Interna. (Vol. 33. N° 1, pp. 11-14).

Villar, H. (1992). *Concepto de salud-enfermedad*. Odontología de postgrado. (Vol. 3. N° 2, pp. 20-21).

## Figuras



**Figura 1.** El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Fuente: OMS/OPS, s.f.a.



**Figura 2.** El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud en Uruguay. Fuente: MSP/SVES, 2015.