



*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental:  
Grupos de Discusión aplicados en Clínica Privada Phillippe Pinel S.A,  
Río Cuarto, Córdoba.*

**-Trabajo Final de Graduación de Lic. en Psicología –  
- Proyecto de Aplicación Profesional -**

*Autora: Lo Duca, Naiara.*

*Legajo: PSI02094*

*Río Cuarto, Córdoba, Argentina.*

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Agradecimientos**

En primer lugar quiero agradecer a mi mamá, que siempre estuvo presente no sólo en el proceso de elaboración de este trabajo sino a lo largo de toda mi carrera, siendo un apoyo, una palabra de aliento, una caricia al alma.

Agradecer a mi familia, a mis amistades y a todas las personas que, de alguna forma u otra manera hicieron que este trabajo tomara forma.

Y por último, quiero darle las gracias a los docentes y tutores que me acompañaron en este tramo. Por guiarme sobre teorías y autores y por enseñarme a ser crítica, reflexiva y ética en la labor que me espera.

**¡GRACIAS POR HACER POSIBLE ESTA HERMOSA ETAPA!**

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Resumen**

El siguiente Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) tiene como eje principal la creación y el diseño de una intervención práctica que dé respuesta a una demanda identificada en una clínica psiquiátrica llamada “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”. La respuesta consiste en la aplicación de Grupos de Discusión con el objetivo de crear un espacio de contención y cuidado para los profesionales de Salud Mental que trabajan en dicha clínica. A partir de la toma de seis entrevistas estructuradas a profesionales del área de Internación, se construyó la Matriz FODA y se identificaron de esta manera las debilidades sobre las cuales se trabajó posteriormente. A través de esta intervención se pretende crear un espacio de cuidado y contención para los profesionales de Salud Mental, con el objetivo de favorecer la identificación y expresión de sentimientos y fomentar la pensabilidad.

**Palabras clave:** Espacio de cuidado - Profesionales de Salud Mental – Grupos de Discusión

**Abstract**

The following Project of Professional Application (PAP) has as main axis the creation and the design of a practical intervention that responds to a demand identified in a psychiatric clinic called "Private Clinic Phillippe Pinel S.A". The answer consists in the application of Discussion Groups in order to create a space of containment and care for Mental Health professionals who work in the clinic. From the taking of six structured interviews to professionals from the Internationalization area, the SWOT Matrix was built and the weaknesses on which work was subsequently identified were identified. Through this intervention is intended to create a space of care and containment for Mental Health Professionals, with the aim of encouraging the identification and expression of feelings and fostering pensability.

**Keywords:** Care Space - Mental Health Professionals - Discussion Groups

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Índice**

Introducción.....	6
Antecedentes.....	8
Objetivos.....	11
1.1. General.....	11
1.2. Específicos .....	11
Marco Teórico .....	12
1. Profesionales de Salud Mental .....	12
1.1. ¿Quiénes son?.....	12
1.2. Rol del psicólogo en la Salud Mental.....	12
1.3. Condiciones de trabajo .....	13
1.4. Espacios de cuidados para la Salud Mental de los profesionales.....	14
2. Sentimiento .....	15
3. Pensabilidad.....	15
4. Grupos de Discusión .....	16
4.1. ¿Qué es un Dispositivo Grupal?.....	16
4.2. Grupos de discusión .....	17
4.3. El rol del coordinador de Grupos de Discusión .....	18
4.4. Tareas para la presentación .....	19
4.5. ¿Por qué una intervención a nivel grupal? .....	22
Relevamiento institucional .....	24
1. Información general sobre el sector de “Internación” .....	25
1.2. Organigrama .....	29
Metodología.....	30
1. Metodología: Cualitativa .....	30
2. Diseño: Descriptivo .....	30
3. Población .....	30

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

4. Muestra .....	30
5. Muestreo .....	31
6. Procedimiento .....	31
7. Consideraciones Éticas .....	33
8. Resumen de la metodología .....	34
Análisis de datos .....	35
1. Matriz FODA .....	47
Intervención .....	50
Grupos de discusión .....	50
1. Fundamentación .....	50
2. Objetivos .....	51
3. Etapa estratégica .....	51
4. Recursos .....	52
5. Encuentros .....	53
6. Coordinador: .....	60
7. Diagrama de Gantt .....	61
8. Presupuesto .....	62
9. Evaluación de impacto .....	62
10. Matriz de evaluación de Impacto .....	65
Consideraciones finales .....	69
Bibliografía .....	71
ANEXOS .....	74
Anexo 1: .....	75
Anexo 2: .....	78
Anexo 3: .....	81

## **Introducción**

“Se dijo que la salud depende de los recursos más variados del sujeto para enfrentarse y protegerse frente a factores múltiples que lo afectan. Pero, entre todos, es la calidad de los vínculos del sujeto con los objetos humanos uno de los factores fundamentales para preservar la salud o perderla” (Ferrari, 2008, p. 25).

El cuidado de los profesionales que desempeñan su rol en el ámbito de la Salud Mental es un tema que se ha tratado y abordado desde diversas perspectivas y contextos, dando como resultado múltiples conocimientos: teóricos, en el ámbito de la investigación como desde lo aplicado en el campo.

Este tema se ha vuelto cada vez más concerniente en lo que respecta a la tarea del psicólogo, ya que “el profesional debe actuar en su condición inseparable de ser humano; lo uno no debe absorber ni anular lo otro” (Bleger, 1963, p.29).

Este Proyecto de Aplicación Profesional fue llevado a cabo en la Institución “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A” de la ciudad de Rio Cuarto, Córdoba. Esta clínica neuropsiquiátrica, fundada en el año 1977 por el Dr. Juan Bautista Dichiará, lleva más de 35 años de trayectoria y comenzó de la mano de la Fundación FUNDADIC, cuyo objetivo es la atención, formación y progreso de la Salud Mental. Actualmente cuenta con 1200 metros cuadrados equipados para el tratamiento de la enfermedad mental, y con una capacidad aproximada de 60 camas.

El objetivo principal del proyecto fue lograr la identificación de una demanda institucional para su posterior respuesta. En este caso se detectó la falta de un espacio de contención y cuidado para los profesionales que trabajan en la clínica, y se planificó una estrategia para disminuir el impacto que este problema pueda llegar a tener en los trabajadores de Salud Mental: aplicar el dispositivo grupal de Grupos de Discusión.

Para los autores Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla (2012) los Grupos de Discusión son dispositivos que se aplican a grupos de trabajo, con el objetivo de esclarecer y elaborar dificultades relacionadas a una tarea “externa” al grupo, interviniendo sobre la dinámica interna del grupo. Estos autores sostienen que cuando un grupo se focaliza en resolver una tarea externa, inevitablemente se deberá enfrentar con una revisión de su propio funcionamiento influidos por fuerzas emocionales fronterizas.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

El apartado metodológico del proyecto consta de una metodología cualitativa de corte transversal, donde se realizaron 6 entrevistas estructuradas a Profesionales de Salud Mental que trabajan en la clínica. La recolección de la información se realizó a través de una guía de preguntas y el posterior tratamiento de la información obtenida mediante un análisis cualitativo del discurso, teniendo como guía 3 categorías de análisis: el rol del profesional entrevistado, su visión institucional y la demanda que planteaban.

La intervención constó del diseño de 6 encuentros con objetivos, actividades y temáticas distintas que buscaron fomentar cuidado de la subjetividad en los profesionales que participen del mismo y la creación de un espacio de escucha y contención.

Al finalizar el diseño de la intervención se propuso una evaluación de impacto para valorar cual fue el impacto que tuvieron los grupos en la muestra seleccionada.

## **Antecedentes**

En el año 2004, se publicó en la primera edición del volumen número 25 de la revista española “Psiquis: revista de psiquiatría, psicóloga médica y psicósomática”, una investigación realizada por los autores A. Gonzales-Pinto Arillaga y J. Guimón Ugartechea titulada “Opiniones de los médicos sobre los contenidos psicológicos y psiquiátricos que se deben de incluir en los estudios de pregrado de la Licenciatura de Medicina”, donde buscaban indagar acerca de qué contenidos psicológicos y psiquiátricos consideraban los médicos de Bizcaia debían incluirse en los contenidos formales de la carrera de pregrado de medicina.

Los resultados que se obtuvieron de la investigación dieron a conocer que los temas que preocupan y que se han descuidado en la formación de medicina hacen alusión a la relación médico-paciente, a recursos sociales para ayudar al paciente y a temáticas relacionadas a la pareja y la familia, entre otros. Rescatando temáticas tanto de ordenes terapéuticas y técnica, propias de la formación profesional, como así también temáticas sociales y comunitarias.

En el año 2008, desde el Servicio de Investigaciones de Uppsala, Suecia, los autores Kjeldmand, D.; Holmström, I., realizaron un estudio descriptivo cualitativo denominado “Grupos Balint como un medio para aumentar la satisfacción en el trabajo y prevenir el agotamiento entre los médicos generales”, con el objetivo de explorar cómo fueron las experiencias vividas por médicos generales que hayan tenido una participación constante en grupos Balint y cómo esta experiencia influyó en la vida laboral.

Para ello se entrevistó a 9 médicos que hayan participado en Grupos Balint entre 3 y 15 años y posteriormente se realizó un análisis fenomenológico de las entrevistas.

Las conclusiones a las que se arribaron fueron que la participación en los grupos Balint fue provechosa y esencial para los médicos, generando un manejo menos estresante del trabajo y previniendo de esta forma el agotamiento, lo que le permite a los profesionales redescubrir la dicha y la satisfacción de ser médicos, impactando esto positivamente en el trato con sus pacientes.

En el año 2012, el autor español J., M., Ribé Buitrón investigó a cerca de “¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria”. El autor se propuso investigar porque desaparecieron estas dinámicas grupales en el ámbito de la Atención Primaria de Barcelona, y a su vez plantea la necesidad de volver a ingresar estas dinámicas en la formación de los médicos profesionales.

Esta investigación se realizó desde dos vertientes: por un lado, mediante un análisis de la bibliografía disponible sobre la temática y, por el otro, la captación de experiencias, comentarios y vivencias personales tanto del autor como de colegas médicos.

Las conclusiones a las que arribó fueron que los Grupos Balint son de una necesidad esencial en la práctica médica, ya que pone el acento en la olvidada subjetividad, instrumento fundamental del médico, y al mismo tiempo capacita a los profesionales en áreas que la formación ha dejado de lado constantemente: el aprendizaje emocional.

Sin embargo la reinscripción de esta práctica perdida debe realizarse con revisiones metodológicas que puedan adaptarse a la realidad de hoy en día, como por ejemplo disminuir la extensión del tiempo, que sean grupos heterogéneos en lugar de homogéneos, hacer uso prudente de la transferencia de los participantes, entre otros.

En el año 2005 el Dr. Alvarado, R., M. llevó adelante en Chile un estudio titulado “Cuidemos a los cuidadores: La salud mental de los trabajadores de la salud”, donde se buscó conocer la magnitud de los problemas entre los trabajadores del área sanitaria. Se utilizó una batería de instrumentos formada por escalas para medir trastornos emocionales y para detectar problemas con la bebida, entre otros. La muestra estuvo compuesta por 357 trabajadores.

Se obtuvieron como resultado que un 14,6% de la muestra presentaba algún trastorno emocional; un 24,3% presentaba consumo problemático o dependiente de bebida; un 12,6% presentaba trastornos somatomorfos; el 4.5% presentaba trastornos ansiosos y el 2,2% de la muestra un trastorno depresivo.

Alvarado sostiene que estos porcentajes pueden estar relacionadas con las condiciones y características que propias del ámbito, como trabajar en forma cercana con el dolor, la enfermedad y la muerte de otros seres humanos

En el año 2009, en España, se llevó a cabo una investigación denominada “El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios”, realizada por los autores A., A.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Crespo; M., J., Zabalegui Ardaiz; M., Ayarra Eliac; C., Fuertes Gonía, J., R., Loayssa Larad y P., Pascual Pascuale. Este estudio se realizó con el objetivo de desarrollar un grupo de reflexión para los profesionales de atención primaria de Navarra.

Se utilizó un diseño descriptivo retrospectivo, en conjunto con una metodología cualitativa.

Se realizaron 8 sesiones mensuales, de 150 minutos de duración aproximado cada encuentro y se utilizaron técnicas verbales, psicodramáticas y de role playing.

Las conclusiones a las que se arribaron fue a una mejora en la autopercepción, la autocrítica y la introspección de los participantes, logrando reflexionar acerca de la complejidad de la labor médica, de la importancia de verse reflejado en los colegas para entender los límites de cada uno y las reacciones inconscientes, y de esta forma lograr establecer una mejor relación con sus consultantes. Por último, el grupo de investigación sugiere la utilización de los grupos de reflexión para hacer circular las experiencias vividas.

Para finalizar, se tomó en consideración un Proyecto de Aplicación Profesional realizado en el año 2009 por la autora Vanesa Davicino, de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, titulado “Abordaje de la patología dual en la comunidad terapéutica Nazareth: implementación de talleres reflexivos”. Este proyecto tuvo como objetivo generar un grupo de reflexión que sirviera de contención a los trabajadores profesionales y no profesionales de la Comunidad Terapéutica Nazaret, y a la vez intentar que estos logren identificar sus conflictos al momento de abordar la patología dual. El dispositivo terapéutico fue aplicado a un médico psiquiatra, seis psicólogos, un asistente social, un psicopedagogo y cuatro operadores socio terapéuticos.

Se programaron 10 talleres, distribuidos por un frecuencia semanal, de aproximadamente dos horas cada uno.

## **Objetivos**

### **1.1. General**

- Generar un espacio de contención para los profesionales de Salud Mental de “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”, a través del dispositivo grupal “Grupos de Discusión”.

### **1.2. Específicos**

- Promover el reconocimiento en los profesionales de Salud Mental de los sentimientos que les genera su rol.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Fomentar la pensabilidad en los profesionales.

## **Marco Teórico**

### **1. Profesionales de Salud Mental**

#### **1.1. ¿Quiénes son?**

La OMS (2013) reconoce como principales agentes de Salud Mental a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras psiquiátricas. Cada uno de estos profesionales tiene una tarea particular y distinta del anterior, lo que hace que el trabajo en equipo sea un aspecto enriquecedor tanto para el trabajador como para el paciente en sí mismo.

#### **1.2. Rol del psicólogo en la Salud Mental**

El término “rol” consiste en un sistema de expectativas que la sociedad deposita sobre determinado sujeto que ocupa cierta posición social. Estas expectativas son en referencia a los comportamientos que tenga una persona que ocupa una posición hacia otros ocupantes de diversas posiciones. Rol y posición son inseparables, como las dos caras de una misma moneda. (Deutsch y Krauss, citados por Benedito, 1975).

En otras palabras, el rol está compuesto por comportamientos o acciones manifiestas que la sociedad espera de un sujeto que ocupa un determinado status social. El rol es anterior al sujeto que lo viene a ocupar, y está íntimamente ligado a estructuras ideológicas predominantes, a normas y a expectativas, de los cuales el sujeto se adueña cuando realiza el proceso de internalización y socialización.

Es posible definir al rol del psicólogo según Benedito (1975) como un partidario de la búsqueda de cambios en la comunidad en la que vive: un agente de cambios.

Buendía, Coy y Esteban (1984) consideran al rol del psicólogo en abstracto, es decir, que la función del psicólogo debe ser unívoca ante cualquier tarea que el profesional deba enfrentar. Este rol exige que el psicólogo tenga una labor no solo asistencial de la psicopatología, sino también preventiva, psicoprofiláctica, educativa e investigativa.

Mucci y Benaim (2005) parten las tareas que no le incumbe al psicólogo en su rol, y en este “no deber ser” engloban tres funciones: trasmisor únicamente de malas noticias; funcionar como contenedor de residuos al recibir pacientes derivados que

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

simplifican su enfermedad sólo en cuestiones psíquicas; y por último, un psicólogo no debe cumplir el rol de bombero ante situaciones conflictivas con familiares, calmar ánimos de pacientes bélicos o controlar colegas nerviosos. ¿Cuál es el rol que si debe cumplir un psicólogo en el ámbito institucional? Garantizar una atención integral y captar en la mayoría de los aspectos posibles la complejidad de la problemática que atraviesa a la salud mental.

### **1.3. Condiciones de trabajo**

Actualmente, los trabajadores sanitarios comparten ciertos aspectos que les son comunes en sus tareas diarias, y que permiten lograr un entendimiento de las circunstancias en las que ejercen su profesión y su efecto sobre su salud mental. En primer lugar, están en permanente contacto con el sufrimiento humano, la enfermedad, la locura, el desamparo y la vulnerabilidad. Un segundo aspecto son los cambios en las organizaciones sanitarias que derivan de transformaciones permanentes en el perfil epidemiológico, ya que hay patologías que predominan en determinadas décadas que luego son reemplazadas por otro perfil psicopatológico. Esto obliga al profesional de Salud Mental a estar actualizado permanentemente, no sólo en lo que concierne a la terapéutica y tratamiento de las psicopatologías, sino en cuestiones sociocomunitarias y familiares. Y por último, el tercer aspecto lo constituyen los diversos procesos de reforma y cambios en los sistemas sanitarios como consecuencia de las Nuevas Leyes de Salud Mental, que ponen a los profesionales en una posición de incertidumbre para con el futuro desconocido (Alvaro 2005).

El psicólogo debe enfrentar problemas muy peculiares al momento de abordar su objeto de estudio (Bleger, 1963), ya que este objeto de estudio es otro ser humano que posee características iguales o similares a él mismo, pero al mismo tiempo distinto y único en su subjetividad. Y en la medida que el profesional estudie, teorice e investigue sobre otro ser humano, también lo hace sobre sí mismo. Teniendo en cuenta, además, que el principal instrumento con el que psicólogo trabaja es su propia personalidad. Este hecho moviliza ansiedades y defensas latentes en el profesional, obstaculizando así su tarea terapéutica y su acceso al conocimiento generando evasiones, escudándose en técnicas e instrumentos protectores como los test o evadiendo lo semejante de ese ser humano.

#### **1.4. Espacios de cuidados para la Salud Mental de los profesionales**

Ramírez (2015) se pregunta qué pueden hacer los psicólogos para resguardar el cuidado de los profesionales que trabajan en Salud Mental, y responde a su interrogante mediante una serie de espacios como lo son terapia personal, la supervisión y espacios grupales para tramitar lo vivido donde se le dé importancia al intercambio y al compartir las experiencias personales y, de esta forma, saberse acompañados.

Vainer (2003) menciona cuatro cuidados clásicos para quienes trabajan en Salud Mental:

- En primer lugar, el propio tratamiento, ya que esto no sólo permite al profesional lograr aprender el método desde un lugar diferente (el de paciente), sino que además logra la metabolización del trabajo clínico y la protección de uno, y por ende, del paciente.
- En una segunda instancia están los dispositivos de control y supervización, tanto individuales como grupales.
- En tercer lugar se encuentran los grupos de estudios, las formaciones, los seminarios y cualquier herramienta que se pueda obtener desde la teoría y la formación personal. Esto implica tener un marco de referencia sobre el cual centrarse, y así operar con racionalidad sobre el paciente aquejado.
- Y por último, los dispositivos que dan sostén al equipo de trabajo como los son los grupos de reflexión, grupos de residencias, las reuniones, grupos terapéuticos, grupos operativos y hasta el psicodrama. De estos grupos se benefician muchas veces los profesionales, al darles un lugar donde poder destinar sus ansiedades, solucionar conflictivas grupales, recibir sostén y, en algunas oportunidades, ayuda terapéutica.

Kesselman(1998) propone un gimnasio psicológico, pensado como un espacio de formación profesional donde se puedan tramitar temas referentes a la deformación profesional, en espacios que creen des-tiempos para atravesar malestares cotidianos, compartir alegrías; (...) “trabajando para nosotros, los psicoterapeutas, que también como nuestros pacientes, necesitamos ayuda y lugares para inventar entusiasmos, para seguir navegando” (Kesselman, 1998, p. 35). En estos ámbitos el terapeuta puede pensar

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

e interrogarse (*hacer gimnasia*) sobre diversas cuestiones y de esta forma movilizar y dinamizar cuestiones enquistadas en el cuerpo y la mente.

En uno de los números de la revista virtual “Clepios. Revista de profesionales en formación en Salud Mental” (2015) se realizó una edición especial dedicada a la salud mental de los trabajadores de Salud Mental, donde se recopiló información de distintos profesionales que han abordado a lo largo de su carrera la temática del cuidado de los trabajadores de la salud. Dentro de esta recopilación los autores Uzorskis, Lacarta, Smalinsky y Usandivaras (2015) coinciden en la importancia de la utilización diversas dinámicas grupales que constituyan espacios de formación que permitan reflexionar con otros colegas sobre los malestares de la práctica, que faciliten el “jugar” con aquello que se constituya en obstáculo y padecimiento. En estas dinámicas es factible incluir temáticas como el impacto del dolor y malestar de los pacientes en la persona del profesional, la muerte, la comunicación y uso de lenguaje no técnico, la bioética cotidiana, la potencia del arte en salud, el trabajo en equipo cooperativo, entre otras.

Se busca que estos grupos planifiquen actividades terapéuticas de contención y de catarsis, pero que al mismo tiempo sea formativo y pedagógico en el rol asistencial.

## **2. Sentimiento**

Los autores Benyakar y Lezica (2006) proponen que el sentimiento es un afecto que se vincula con un mundo externo percibido mediante el principio de realidad y que mantiene las coordenadas temporo-espaciales, cuestiones que antes no estaban presentes en el psiquismo por lo arcaico y poco desarrollado del mismo. Dadas estas condiciones, el objeto externo que este embebido del afecto/sentimiento mantiene una importancia relativa y una existencia independiente por más de que no sea percibido instantáneamente y puede permanecer como un objeto de interacción a futuro. “El sujeto puede conservar como realidad lo que siente por otro, a pesar de que en determinado momento no lo esté percibiendo” (Benyakar y Lezica, 2006, p.39). El sentimiento es, entonces, un afecto puesto en sentido, que da lugar a la vincularidad y a que está pueda ser representada en el psiquismo en toda su complejidad y diferencia.

## **3. Pensabilidad**

La pensabilidad es un concepto psicoanalítico propuesto por Romano (2003) utilizado para describir la capacidad que posee una función mental de transformar los

estímulos provenientes de los sentidos, en pensamientos. Esta transformación no es una mera reproducción del dato sensorial, sino que implica una construcción. La pensabilidad es una función creativa de la mente, que permite tener una relación sana con el mundo externo ya que permite soportar el dolor mental causado por una ruptura en la homeostasis del sujeto, y de elaborar la frustración, activando mecanismos psíquicos que apunten a brindarle al sujeto respuestas reparatorios y adaptadas a la realidad.

Mediante la pensabilidad un sujeto puede contener, interpretar y elaborar pensamientos relativos a un suceso, generando pensamientos novedosos y más adecuados a la realidad del momento (Romano, 2003). Contener implica recibir y mantener cierta información en un espacio mental libre de pensamientos intrusivos y confusos; elaborar significa lograr una continuidad; interpretar implica dar cuenta de un significado más amplio y verdadero de la información, incluyendo los aspectos inconscientes del evento.

## **4. Grupos de Discusión**

### **4.1. ¿Qué es un Dispositivo Grupal?**

Un dispositivo es un artificio o mecanismo que tiene como objetivo generar un área de observación de un determinado fenómeno. Desde la perspectiva psicoanalítica, “el dispositivo delinea las condiciones materiales para el despliegue de la realidad psíquica grupal. De esta manera la luz se dirige sobre los procesos inconscientes que surgen en el agrupamiento, sobre la dimensión vincular inconsciente.” (Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla. 2012, p. 54/55). Para estos autores, es necesario considerar los siguientes componentes para la correcta construcción técnica de un dispositivo grupal:

- **Análisis de la demanda:** Esto refiere al análisis que hace el coordinador de la presunta necesidad grupal, ya que si no se hace una correcta selección de la demanda no se podrá plantear el dispositivo idóneo para tratarla. Para esto es útil conocer si se cuentan o no con los recursos materiales disponibles para trabajar y si la demanda que se presenta concuerda con lo que es posible para el coordinador.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Tiempo: Esto incluye: Duración de cada encuentro, frecuencia, duración total del proceso y horario.
- Selección y cantidad de los participantes
- Ubicación en el espacio: El coordinador puede predeterminar que sea cara a cara en círculo o si no que las personas se predispongan en posición radial hacia el coordinador.
- Consiga: estas pueden tener distintos niveles de ambigüedad. Un alto grado de ambigüedad en la estructuración de la consigna va a favorecer la aparición de regresiones grupales más profundas que consignas con menos ambigüedad, más taxativas y directivas.
- Manejo de la información: La información que circule en el dispositivo puede tener distintos destinos. Uno de las posibilidades es que sea devuelto al mismo grupo para que este pueda metabolizarlo y volver a introyectarlo. Otra de las posibilidades es que las experiencias sean derivadas a un agente externo, que generalmente es la institución que contrató al coordinador.

#### **4.2. Grupos de discusión**

Para los autores Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla (2012), el grupo de discusión es un dispositivo que se aplica a grupos de trabajo, con el objetivo de esclarecer y elaborar dificultades relacionadas a una tarea “externa” al grupo (es decir, ubicado en un contexto extragrupal) a través de diversas intervenciones sobre la dinámica interna del grupo que puede estar problematizando a la primera. Cuando un grupo se focaliza en resolver una tarea externa, inevitablemente se deberá enfrentar con una revisión de su propio funcionamiento influidos por fuerzas emocionales lindantes.

El número de integrantes con el que se trabaja generalmente es de 15 personas aproximadamente, a través del intercambio verbal “cara a cara”, durante aproximadamente una hora y media. La secuencia del trabajo se divide de la siguiente manera:

- Apertura (10 minutos): En esta etapa se realiza la presentación de los miembros y del coordinador, se explicita el objetivo y las reglas del encuadre.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- **Presentación del tema problema (10 minutos):** En este momento se determina el foco sobre una problemática que puede ser propuesta por el coordinador o por uno de los miembros. Mientras más información se posea sobre ese problema, mayor será el marco de apoyatura desde el cual se podrá trabajar posteriormente. El modo en que se realiza la presentación del problema deberá servir de disparador del debate. La idea es abrir en lugar de cerrar.
- **Debate libre (60 minutos):** Momento clave del encuentro donde se da el libre intercambio entre los miembros acerca del problema disparador. El coordinador interviene cuando la fluidez del pensamiento se ve interrumpido u obstaculizado o cuando el grupo alcanzó cierta comprensión de las dificultades que merece ser resaltada.
- **Síntesis final (10 minutos):** El objetivo principal de esta etapa final es que el coordinador pueda devolver un resumen claro de los lineamientos generales de la etapa anterior. Esto ayuda a que los miembros del grupo logren una integración del pensamiento.

**4.3. El rol del coordinador de Grupos de Discusión**

Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla (2012) proponen que la tarea del coordinador es promover la problematización de cuestiones naturalizadas en el grupo, favoreciendo la actividad del pensamiento. Desde esta perspectiva el surgimiento de dudas y el cuestionamiento de lo instituido y estereotipado, es un índice del buen funcionamiento de la dinámica grupal. En estos casos, la tolerancia a la desorganización y a los altos montos de ansiedad por parte del coordinador es fundamental, ya que el intento anticipado de un reordenamiento puede crear conductas sobreadaptadas en los miembros del grupo. El coordinador debe actuar, más que nada en el debate, bajo la regla de la abstinencia. Estos mismos autores retoman el pensamiento de Pichón-Riviere y describen seis constantes que pueden ser de utilidad para el coordinador durante el debate:

- **Pertenencia:** Grado de compromiso de los integrantes del grupo para búsqueda de soluciones.
- **Cooperación:** Grado de eficacia real con que un integrante contribuye o no al logro de la tarea.
- **Pertinencia:** Capacidad de centrarse en la tarea.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Comunicación: En esta área se pueden detectar las distorsiones en los mensajes, los malentendidos, entre otros.
- Aprendizaje: Capacidad de una persona de adquirir conductas alternativas.
- Telé: Es la experiencia de atracción o rechazo de las personas entre sí, generada por proyecciones inconscientes.

#### **4.4. Tareas para la presentación**

Al momento de estructurar un grupo de discusión es necesario tener como marco de referencia ciertas consignas o pautas concretas que den lugar al “despegue” del mismo (Gutiérrez Brito, 1999). Es decir, que el moderador debe tener presente la técnica de la presentación de la consigna y del grupo para su adecuado funcionamiento posterior.

Las tareas que debe realizar el coordinador pueden incluirse en 3 categorías: La tarea de iniciar y presentar el grupo, la tarea de conducirlo por los temas u objetivos planteados y por último la tarea de cierre. Estas tres acciones fundamentales se dan a lo largo del proceso del grupo (Gutiérrez Brito, 1999).

La iniciación y presentación del grupo es la tarea más importante que debe llevar a cabo el moderador ya que ésta es la que va a influir en las otras dos, ya sea por su buena implementación o por la carencia técnica del coordinador. Esta tarea se fija y se controla con una presentación introductoria que incluya al encuadre, es decir, que se delimite y estandarice la situación comunicacional entre el coordinador y el grupo con la finalidad de que esa relación pueda instrumentalizarse a las finalidades del grupo (Gutiérrez Brito, 1999).

Se deberá utilizar un lenguaje accesible para todo tipo de personas y exponer las ideas de manera pertinente y didáctica. Gutiérrez Brito (1999) aconseja seguir el siguiente orden:

1. Presentación del moderador, de institución a la que representa y de la demanda de investigación.
2. Explicación de las técnicas utilizadas para investigar el tema de investigación.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

3. La demanda concreta de participación de las personas.
4. Justificar si hay otras personas ajenas al grupo o si se utilizan instrumentos para grabar o filmar.
5. La propuesta del tema problema para la discusión.

Todos estos pasos están destinados a disminuir la ansiedad y la desconfianza que dispara la situación inicial. Es importante aclarar el rol del coordinador para remarcar el rol técnico que ocupará en los encuentros (Gutiérrez Brito, 1999).

Siguiendo estos lineamientos planteados por Gutiérrez Brito (1999), en la presentación del dispositivo deben fijarse tres variables: las relacionadas a la actitud técnica y al rol de moderador, las referidas a los objetivos del grupo y las variables de tiempo y espacio.

- **Actitud técnica y rol del moderador**

La ansiedad y el desconocimiento que genera esta situación nueva en los participantes deben ser resueltas técnicamente por el coordinador. En esta situación él debe mostrarse sin confusión e informar de manera concreta y tranquilizadora las nuevas pautas organizadoras de la relación. Desde su actitud debe disminuir la ansiedad que se presenten en altos montos y al mismo tiempo encausarla para motivar sobre el trabajo que realizará en el grupo. En este momento, todo refuerzo narcisístico hacia los participantes del grupo facilitará esta tarea técnica del moderador.

A su vez, el coordinador debe realizar un aclaración de los roles que ocuparan tanto él como los participantes del grupo. En este momento, el papel técnico del moderador debe disociarse, ya que por un lado será el núcleo y el animador de la implicancia en el grupo, y por otro lado deberá realizar un esfuerzo para mantenerse al margen para lograr observar las dinámicas que se presenten y para controlar la situación. Para fomentar las relaciones simétricas el moderador podrá dirigirse al grupo en primera persona del plural, que transmite cierta complicidad y unidad necesaria al comienzo. Luego explicitará que él desempeñará el rol de coordinador, colocándose en un lugar asimétrico en correspondencia con el resto del grupo.

El coordinador debe dejar en claro qué es lo que se espera de las persona que forman parte del grupo de discusión. Para lograr esto es recomendable utilizar la

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

comparación con la técnica de la encuesta, explicando que un grupo de discusión es diferente a la modalidad de las encuestas, donde allí sólo se responde a las preguntas planteadas por el entrevistador. En estos grupos la participación es libre y no se debe responder a una pregunta si no a un tema disparador. La modalidad debería plantearse en términos de una charla informal o tertulia. Esto garantizará que haya relaciones simétricas entre los participantes y pone un ejemplo modélico de comportamiento ante el moderador.

Un indicador de que esto no fue llevado a cabo de manera correcta es la pregunta de los participantes: “¿Cuál es la pregunta que nos hace?” o “¿qué es lo que quiere saber?”. Emergentes de este tipo dan cuenta de que hay que realizar un replanteo de los roles y la consigna.

Lo ideal sería que ningún participante del grupo se sienta en la obligación de responder a ninguna pregunta, si no que su participación nazca del interés y al aporte que desee realizar al grupo.

Se debe remarcar que todas las aportaciones que realicen tienen el mismo impacto, que todas son importantes a los fines del grupo y que todas las opiniones que deseen realizar deben estar orientadas al tema problema propuesto al comienzo para evitar las dispersiones.

- **Objetivos del grupo**

Esta tarea se realiza explicitando los motivos que movieron a la construcción del grupo y el tema sobre el cual va a girar la discusión. Para esto es conveniente tener en cuenta una serie de pasos:

1. Iniciar con la presentación del coordinador y la universidad, empresa o lugar para el cual está trabajando.
2. Seguir con la descripción y el alcance del trabajo realizado.
3. Justificar los motivos de la reunión, que entre ellos se encuentra el principal motivo que es obtener del grupo cierta información.

En cuanto a la presentación del tema, es recomendable no brindar mucha información acerca del mismo, sino que se presente de forma concreta y escueta. Y

siempre remarcar la importancia que tienen los participantes en relación al tema, ya que ellos están presentes en el grupo por tener conocimiento y cercanía con el mismo.

- **Tiempo y espacio**

Ambas variables deben estar construidas para orientar a los participantes hacia el trabajo del tema que les compete. Lo más importante es que los participante sepan que este diseño temporo-espacial se construyó específicamente para ser utilizado en los grupos de discusión y agradecer por adelantado el tiempo que los participantes briden.

Se especificará la duración de los encuentros y la frecuencia con la que se realizarán

En cuanto al espacio lo más importante para la presentación es que el coordinador sepa elegir el lugar que va a ocupar durante los encuentros. Lo ideal sería contar con un mesa circular o disponer las sillas en esa forma. Si se cuenta con una mesa cuadrada o rectangular se podrá hacer uno de las aristas de la misma, para que no quede en evidencia ninguna posición que dé cuenta de una autoridad que encabece al grupo.

#### **4.5. ¿Por qué una intervención a nivel grupal?**

Etimológicamente el concepto de grupo proviene de una doble vertiente: Por un lado, del italiano “gropo” que alude a nudo, y por el otro del germano occidental “kruppa” que hace referencia a una masa redondeada o círculo. Por ende, el grupo es un círculo de gente o una reunión de personas, con un grado de anudamiento o cohesión entre cada uno de sus integrantes, con una particular manera de estructurar el intercambio entre los miembros (Anzieu 1997).

Para Fernández (1999), el grupo adquiere ciertas características propias cuando es un “número numerable de personas” (Fernández, 1999, p. 141). La disposición circular del dispositivo grupal posibilita que se den complejos mecanismos identificatorios entre los miembros gracias a la visibilidad de los cuerpos, ya que todos están expuestos a la mirada del otro, y al mismo tiempo es posible ver a todos y cada uno de los miembros. Esto da lugar para que algo haga nudo y se favorezca la aparición de la resonancia fantasmática (Anzieu, 1997).

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Barzani (2001), al realizar una revisión de los conceptos desarrollados por Winnicott aplicados al campo de lo grupal, retoma el concepto de ilusión grupal de Didier y de objeto transición de Winnicott para conceptualizar al grupo como un espacio “entre”, que conecta al mundo interno con el mundo externo, un espacio intermedio. Constituye una zona de confianza que permite construir procesos creativos y productivos que son, a su vez, terapéuticos.

Al decir de Bleger:

El trabajo en equipo o el trabajo grupal es una exigencia básica para el psicólogo, porque resulta más fácil cualquier distorsión de su tarea cuanto más trabaje en forma individual y aislada. Esto último es lo que ha pasado hasta ahora, en gran medida, porque el aislamiento era lo único en que podía confiar el psicólogo para no ver lesionado su narcisismo al tomar conciencia de sus limitaciones teóricas y/o prácticas(Bleger, 1963, p. 223).

## **Relevamiento institucional**

“Clínica Privada Phillippe Pinel S.A” es un neuropsiquiátrico ubicado a las afueras de la Ciudad de Rio Cuarto, con más de 35 años de trayectoria. Fue creada a la par que la Fundación FUNDADIC, el 24 de mayo de 1977. FUNDADIC se inaugura como una fundación que busca el avance científico, abordando la psiquiatría clínica, buscando también la formación de profesionales. Como clínica y teoría se relacionan íntimamente, estas actividades debían ser llevadas a cabo en un medio adecuado y pertinente. Por tal motivo, se requería que una institución psiquiátrica pudiera desarrollar sus actividades en el mismo espacio edilicio que la fundación. Así fue como FUNDADIC alquila parte de sus instalaciones a la sociedad Phillippe Pinel como permisionario de la fundación.

Su fundador fue el Dr. Juan Bautista Dichiara, quien falleció en el año 1989, no sin antes dejar enriquecida a la institución con un legado de gran amplitud cultural gracias a la presencia de grandes artistas tales como Jorge Luis Borges, Humberto Bono, Placido Horas y el Dr. Julio Collacilli del Muro. Hoy en día hay, dos doctores que continuaron con su legado.

Los objetivos institucionales con los que inició tanto la fundación como la clínica fueron la atención, formación y progreso de la salud mental. Estos objetivos se mantienen hoy en día, con el aditamento de estar a disposición de la comunidad para eliminar los prejuicios y estereotipos que aún existen sobre la salud mental.

La filosofía institucional se basa en la orientación humanista, biologista y sobre todo en la corriente psicológica Cognitiva Conductual. Esta es la base para tratar a los pacientes y para formar a los médicos residentes.

La misión que se propone Phillippe Pinel es lograr captar y abarcar la mayor cantidad de matices que compone a la problemática de la salud mental, tratando de comprender todas las aristas, desde las neurosis, las psicosis, los trastornos de personalidad, los trastornos adictivos, los trastorno alimenticios, etc.

El público al que va dirigido el servicio es a la comunidad en general. A toda persona que tenga dificultades en el ámbito de la salud mental. Los pacientes que se reciben son de los trece años en adelante.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Actualmente la institución cuenta con 1200 metros cuadrados totalmente equipados: Secretaria, sala de espera, 15 consultorios externos para tratamiento ambulatorio donde se practican psicoterapia individuales, controles clínicos, psicodiagnósticos, controles farmacológicos, consultas a trabajador social, psiquiatría entre otros. El sector de Internación que cuenta con 4 pabellones: Planta baja, Planta Alta, Gropper y Cuidados Intermedios. A su vez poseen una sala de médicos/residentes, dormitorio, sala de usos múltiples con una capacidad para 150 personas aproximadamente, amplios patios para cada uno de los pabellones, cocina y comedor comunitario, biblioteca, servicio propio de bioquímica, sala de archivos, farmacia y servicio de guardia las 24 horas.

"Clínica Privada Phillippe Pinel S.A" cuenta con un servicio comunitario de Hospital de Día y Hospital de Sub Agudos; dispositivo intermedio que tiene como objetivo reinsertar y contener al paciente que no está en condiciones de realizar sólo tratamiento ambulatorio y a su vez tampoco se encuentra en estado crítico o agudo para una internación de emergencia. Estos dos espacios también son utilizados al momento de la externación del paciente, para que el tratamiento tenga una continuidad por fuera de la clínica.

El número de empleados aproximativo con el que cuenta la institución es de 60 personas, distribuidos entre secretarias para pacientes en tratamiento ambulatorio, secretarias para pacientes internados, jefa administrativa, jefe de enfermeros, dos supervisores enfermeros, personal de enfermería (14 aprox.), una bioquímica, una terapeuta ocupacional, un trabajador social, una nutricionista, una profesora de educación física, profesionales de consultorio externo (12 aprox.), médicos (12), psicólogas (5) y jefes de servicio médico(3). Los servicios de cocina, lavandería y limpieza están tercerizados, como así también el servicio de acompañantes terapéuticos.

Una vez realizada la caracterización de la clínica en su generalidad se proseguirá a realizar una caracterización similar del sector de Internación. Sector desde el cual se focalizaran el análisis posterior del informe.

**1. Información general sobre el sector de “Internación”**

Esta área está compuesta por cuatro pisos:

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Planta Alta es un servicio focalizado fundamentalmente para pacientes que arriban a la clínica en situación de crisis agudas, como por ejemplo descompensaciones psicóticas, intentos de suicidio, sobredosis de sustancia, entre otros. En su generalidad, los pacientes que se encuentran en este piso representan un riesgo para sí mismos o para terceros, por lo que se cuenta con controles estrictos de conducta, supervisión permanente de enfermería y puertas cerradas con llave por peligro de fuga. Sin embargo, parte de Planta Alta también trabaja con pacientes institucionalizados que presentan patologías crónicas, como esquizofrenia, que son los pacientes que viven en la institución.

- Planta Baja es un servicio que cuenta con la mitad de los pacientes agudos y la mitad de pacientes crónicos. Posee dos salas de contención.

- Cuidados Intermedios es un piso donde la patología que se atiende mayoritariamente está relacionada a cuadros demenciales, patologías de orden orgánico o pacientes que no son autovalidos y que necesitan un apoyo total de enfermería por riesgo de caída, ahogo, etc. Se trabaja en su generalidad con personas tercera edad y que necesitan una supervisión constante.

- El Sector Gropper es un servicio que los profesionales nombran como “VIP”, ya que allí son trasladados los pacientes que han logrado la compensación del cuadro, donde la supervisión es menos severa y los pacientes poseen más libertades. Este pabellón se caracteriza por ser el paso previo a la externación.

El tratamiento que se le brinda a los pacientes internados cuenta con la realización de un plan individualizado, único para cada paciente, donde este debe poder beneficiarse de la visita de un médico de piso o de su médico cabecera externo, del médico de planta y de la psicóloga. El tratamiento es básicamente farmacológico. Luego de la estabilización del cuadro, se trabaja en conjunto con las psicólogas acerca del tipo de terapia más conveniente para este paciente en particular: psicoterapias de apoyo o psicoterapia cognitivo conductual. La institución posee una orientación biopsicista, por ende su abordaje terapéutico consta de particularidades propias del modelo. En general, el tratamiento se basa en:

- Aplicación de un esquema psicofarmacológico adaptado a cada patología.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Psicoterapia Cognitivo-Conductual: Este tipo de terapia apunta a la reeducación del paciente, donde el profesional le ofrece técnicas para manejar determinados comportamientos que son considerados como inadecuados.
- Contención mecánica (De no haber un adecuado control de impulsos, por ejemplo).
- Confrontaciones permanentes al momento de encontrar una divergencia en el discurso del paciente.
- En algunos casos de depresión severa, cuando los tratamientos farmacológicos han fallado y los abordajes terapéuticos no son eficaces, se utiliza las TEC (Técnicas Electro Convulsivas). En estas se inducen convulsiones al paciente mediante pequeñas descargas eléctricas. El objetivo de este tipo de terapia es generar activaciones a nivel de los neurotransmisores.
- “Permisos Terapéuticos”, donde se da al paciente unos días para volver a su hogar, luego se evalúa como resultó su reinserción y en base a eso pueden determinarse las altas.
- Actividades terapéuticas/lúdicas: Arte-terapia, clases de educación física, psicomotricidad, músico-terapia, talleres, cine debate, teatro, tango, entre otros.

La capacidad de pacientes en este sector es de aproximadamente 60 camas, de las cuales 24 de ellas están destinadas a pacientes crónicos y 34 a pacientes agudos.

Una de las modalidades para ingresar a Internación es que sea un ingreso programado, derivado de alguna institución externa; o puede ser un caso urgente que pase por guardia. En el caso que no haya cama el paciente queda en lista de espera, construida en base a prioridades: patología, urgencia, nivel de riesgo, entre otros. Esta lista de espera es manejado por el Director. Cuando ingresa el paciente se hace un trabajo con un equipo multidisciplinar: el médico psiquiatra evalúa los aspectos semiológicos del paciente, la psicóloga evalúa los aspectos psíquicos y el trabajador social realiza una valoración socio comunitaria de la situación actual del paciente.

El criterio fundamental que tienen en cuenta los profesionales al momento de externar a un paciente es la compensación del cuadro agudo con el que el paciente arribo en una primera instancia. En otras palabras, cuando ya no presenta un riesgo para sí mismo ni para terceros. Por ende es posible afirmar que los objetivos de la internación

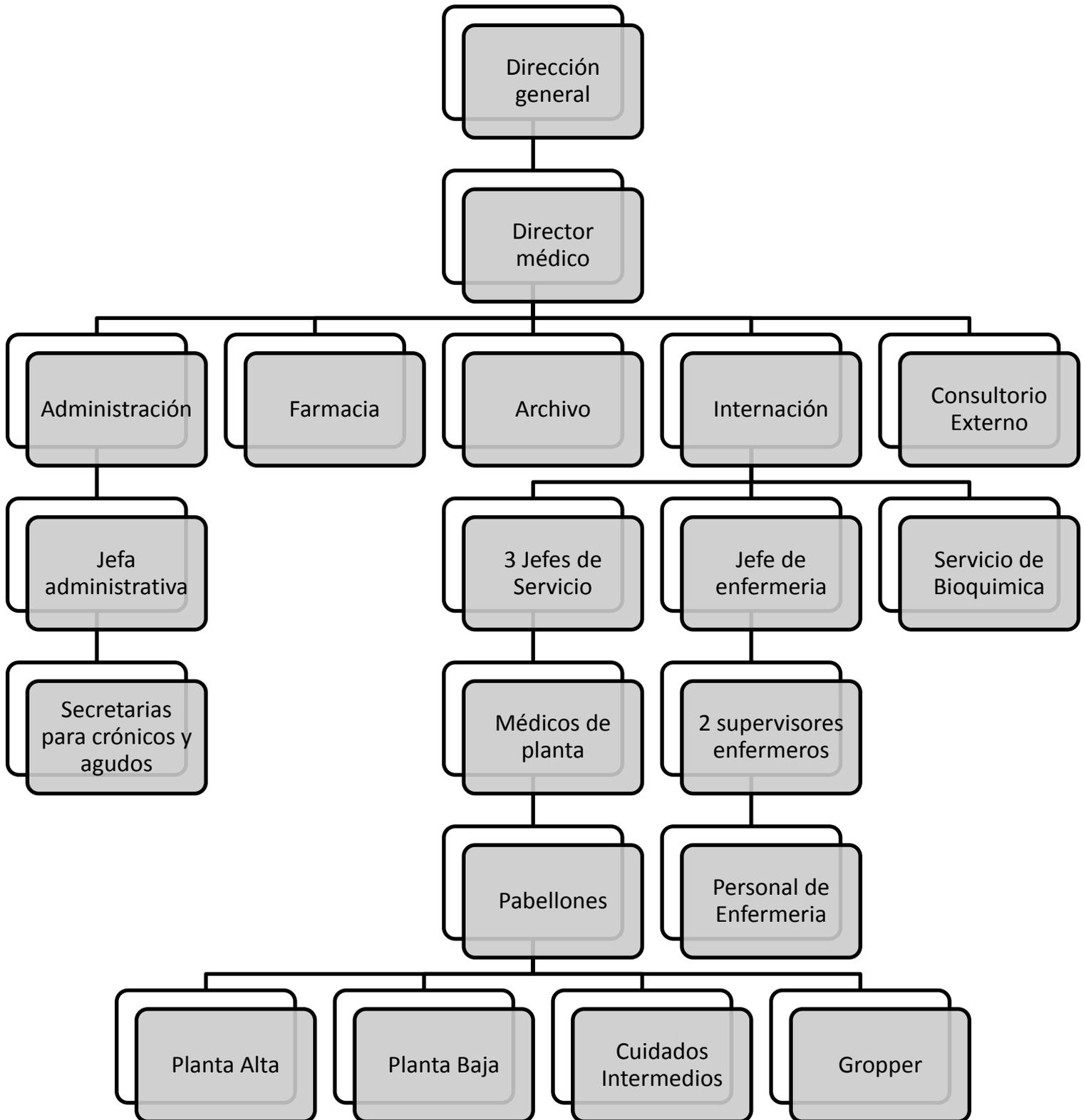
***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

son contener la crisis, trabajar sobre la conciencia de enfermedad y sobre la adherencia al tratamiento.

La patología que más se trabaja varía según la condición del paciente; los pacientes crónicos generalmente son pacientes con diagnóstico de psicosis, con un deterioro cognitivo profundo, trastornos delirantes, esquizofrenias o demencias. En cambio, en pacientes agudos un 40 % aproximadamente llega por problemas de consumo de sustancias adictivas. Otro porcentaje de la problemática está dada por los trastornos de personalidad como patología de base de la personalidad. Los más frecuentes son los trastornos histriónicos, trastornos límites, trastornos narcisistas, trastornos sociopáticos. También lo que más se presentan son las Patologías duales, es decir, una patología de base como lo podría ser un Trastorno de Personalidad en comorbilidad con un consumo problemático de sustancia.

En el sector de Internación se realizó hace un tiempo un trabajo de protocolarización de la labor de Enfermería. Este se denomina “Puntos rojos y Puntos verdes”. Un punto rojo es todo paciente que ingresa por primera vez, por las primeras 72 horas. Se lo denomina punto rojo porque representa un desconocimiento para el personal y por ende, un posible peligro. Se debe realizar un seguimiento en detalle de las actividades del paciente, ya que puede implicar un riesgo para el personal, para otros pacientes o para sí mismo. Luego de las 72 horas si se logra dar cuenta que el paciente está estable y que no corre ningún tipo de riesgo, pasa a ser un punto verde, se le quita el control estricto, tiene más libertad, incluso puede que llegue a pasar a otro piso. Otro punto rojo puede llegar a ser un paciente añoso donde siempre hay riesgo de caída y contusión. Una vez que dejan de ser puntos rojos se hace el tratamiento habitual con las consultas diarias de psiquiatría, psicología, médico clínico.

**1.2. Organigrama**



## **Metodología**

### **1. Metodología: Cualitativa**

Para la planificación metodológica del Proyecto de Aplicación Profesional se utilizó un tipo de metodología Cualitativa, ya que se buscó la comprensión en profundidad de la situación particular de la institución “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”, sin pretender la universalización de los resultados que se obtuvieron (León y Montero, 2003).

### **2. Diseño: Descriptivo**

Se utilizó un diseño descriptivo ya que, además de identificar el fenómeno a estudiar en su ambiente natural, se lo describió detalladamente para una mejor comprensión y para su posterior análisis (León y Montero, 2003).

### **3. Población**

El conjunto de unidades de análisis que conformaron a la población fueron todos los profesionales de Salud Mental que trabajen en el área de Internación dentro de la institución “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”.

### **4. Muestra**

El sub conjunto de individuos extraídos de la población que formaron parte de la muestra estuvo compuesta por un profesional de cada área de la salud enmarcadas desde el sector de “Internación” de la Institución: Un psicólogo, un psiquiatra, un residente de psiquiatría, un asistente social, un enfermero y el director de la institución. Todos estos participantes cumplen con los tres criterios fundamentales que plantean León y Montero (2003) a la hora de su selección:

- **Idoneidad:** “Esta propiedad se refiere a que los participantes sean adecuados en relación con la naturaleza de los fenómenos que se van a estudiar” (León y Montero. 2003. pp. 43). En este caso, se seleccionaron profesionales que trabajen dentro de la institución y del área del “Internación”.
- **Accesibilidad:** En este punto, las limitaciones temporales planteadas por León y Montero (2003) no serían un obstáculo, debido a que a los profesionales solo tendrán que apartarse de sus trabajos por 20 minutos aproximadamente para realizar la entrevista, y

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

esta misma se llevará a cabo en sus horarios de trabajo y en la misma institución.

- Representatividad: Esta característica no se aplicaría según las exigencias de León y Montero (2003), ya que se presenta como una característica que deberían presentar las técnicas de muestreo probabilísticas. Sin embargo, en tanto representatividad de la muestra escogida, puede pensarse que estas se seleccionaron con la intención de que se cubrieran la mayor cantidad de puntos de vista de los diferentes trabajadores.

### **5. Muestreo**

Se utilizó una técnica de muestreo No Probabilística, ya que no se pudo determinar la probabilidad de que cada elemento de la población formará parte de la muestra (León Y montero, 2003).

Los integrantes de la muestra fueron seleccionadas Accidentalmente. Es decir, que la composición de la muestra fue generada por el hecho accidental de haber concurrido a la institución los días en los que el investigador tenía planeado aplicar el instrumento. En este caso, el profesional que estuviera disponible y dispuesto a participar del proyecto era tomado para la entrevista.

El requisito que se tuvo en cuenta para que los participantes formaran parte de la muestra es que pertenezcan a la institución, al sector de “internaciones” y al mismo tiempo sean considerados profesionales (llámese *asistente social, enfermera, etc.*).

### **6. Procedimiento**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la Entrevista, que según los autores Yuni y Urbano (2014) se basa en las respuestas directas que los entrevistados les brindan al investigador en una situación de interacción comunicativa y social. Mediante el uso de las entrevistas es posible acercarse a la realidad particular y subjetiva de cada uno de los actores sociales con los que se tiene contacto, así como conocer sus concepciones, creencias, sentimientos, motivaciones e interpretaciones de situaciones o fenómenos tanto internos como externos.

Las entrevistas se clasifican según distintos parámetros:

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Según el grado de interacción que se tenga con el entrevistado (entrevista estructurada)
- Según la situación de la interacción (cara a cara).
- Según el número de participante (individual).

En este caso se utilizaron Entrevistas Estructuradas, también denominadas formales o con cuestionario (Yuni y Urbano, 2014). En esta técnica de recolección se emplea una guía de preguntas preestablecidas que deben ser planteadas por el entrevistador y respondidas verbalmente por el entrevistado, respetando el orden en que las preguntas fueron planteadas y completando la totalidad de los puntos a interrogar.

Esta entrevista constó de dos partes. La primera mitad, destinada a recolectar datos acerca del Relevamiento Institucional, estuvo compuesta por 22 preguntas; y la segunda mitad estuvo compuesta por 16 preguntas, centradas en la labor diaria de los profesionales y sus dificultades al momento de abordar pacientes psiquiátricos. Se circunscribe la temática y la cantidad de preguntas debido a que esta técnica debe ser administrada a 6 profesionales de Salud Mental del área de Internación de la “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A” y el objetivo sería realizarlo de manera precisa, ágil y focalizada. Las entrevistas se llevaron a cabo en la misma institución “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A” y en el horario de trabajo de los profesionales. El tiempo aproximado para la recolección de datos fue de 40 minutos para la aplicación del modelo completo, y 15 minutos aproximado la mitad de la entrevista.

Se utilizó un aparato para grabar el encuentro con el objetivo de no perder detalles acerca del relato de las vicisitudes del profesional a entrevistar.

La información que se espera recabar de esta serie de entrevistas son de dos órdenes:

- Conocer en profundidad a la institución “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”.
- Identificación de la problemática a tratar.

Este modelo de preguntas no se aplicó a todos por igual. El modelo entero (Relevamiento Institucional/ Identificación de la problemática) sólo fue administrado al director de la institución. Mientras que a los otros 5 participantes de la muestra

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

(Psiquiatra, Residente de psiquiatría, Psicólogo, Enfermero y Asistente Social) sólo fueron entrevistados para la Identificación de la problemática.

**7. Consideraciones Éticas**

Previo al comienzo de la entrevista, y con el agradecimiento al profesional por su tiempo, se le explicó las Consideraciones Éticas que fueron tomadas en cuenta para este Proyecto: explicación del objetivo principal del Proyecto de Aplicación Profesional, el anonimato de su participación y el resguardo de las respuestas que ofrezca en la entrevista, información acerca del destino de los datos que aporte y un medio para contactarse con el investigador si desea conocer los resultados posteriores, absoluta libertad para abandonar la investigación de no sentirse enteramente cómodo y sin que esto impacte negativamente sobre él, se le informará que la entrevista será grabada para obtener con mayor detalle la información a recabar y que posteriormente será destruida. Luego, se le entregará al participante la carta informativa que contiene la misma información que se le ha suministrado verbalmente y que está firmada por el investigador. Y por último, antes de comenzar con la entrevista se le pedirá que firme el consentimiento informado, que contiene la misma información suministrada verbalmente y que la carta informativa.

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

**8. Resumen de la metodología**

<b>Metodología</b>	Cualitativa
<b>Tipo de Investigación</b>	Transversal
<b>Diseño</b>	Descriptivo
<b>Población</b>	Todos los profesionales de Salud Mental de “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”
<b>Muestra</b>	Un psicólogo, un psiquiatra, un residente de psiquiatría, un asistente social, un enfermero y el director de la institución
<b>Muestreo</b>	No Probabilístico. Accidental
<b>Recolección de datos</b>	Entrevistas Estructuradas
<b>Instrumento</b>	Guía de preguntas

## **Análisis de datos**

El análisis de los datos recabados fue Cualitativo. Esto implicó que el lenguaje se tomó como el principal pilar del análisis, como modo de representación y codificación de la información administrada, sin la necesidad de realizar medidas ni de asignarle un número determinado a los elementos que lo configuran (León y Montero, 2003).

La gestión de los datos se realizó mediante la transcripción fidedigna de las entrevistas estructuradas y su posterior lectura minuciosa.

Una vez realizado el paso anterior, se prosiguió con el armado de categorías de análisis que funcionaron a modo de ejes orientadores para guiar el análisis de las entrevistas y organizar la información en torno a cuestiones de importancia para el proyecto.

A continuación se presenta el análisis de la información recabada, con sus pertinentes categorías de análisis.

1. Categorías de análisis para Relevamiento Institucional en General
  - Historia institucional
  - Estructura edilicia
  - Servicio a ofrecer
  - Recurso humano

***Relevamiento Institucional General***

<b>Historia</b>	Fundación: 24 de Mayo de 1977 por el Dr. Juan Bautista Dichiará.
	Objetivos institucionales: Atención, formación y progreso de la Salud Mental.
	Filosofía institucional: Humanista y biologicista.
	Misión: Captar y abarcar la mayor cantidad de matices que compone a la problemática de la Salud Mental.
<b>Estructura edilicia</b>	1200 metros cuadrados totalmente equipados: Secretaria, sala de espera, 15 consultorios externos para tratamiento ambulatorio, sector de Internación que cuenta con 4 pabellones: Planta baja, Planta Alta, Gropper y Cuidados Intermedios, sala de médicos/residentes, dormitorio, sala de usos múltiples (capacidad para 150 personas aprox.), amplios patios para cada uno de los pabellones, cocina y comedor comunitario, biblioteca, sala de archivos y farmacia.
<b>Servicio que ofrece</b>	Internación.
	Consultorio externo.
	Hospital de Día.
	Hospital de Sub Agudos.
	Servicio de bioquímica.
	Guardia las 24 horas.
<b>Recurso humano</b>	Cantidad de empleados: 60 aprox. Distribuidos entre secretarias para pacientes en tratamiento ambulatorio, secretarias para pacientes internados, jefa administrativa, jefe de enfermeros, dos supervisores enfermeros, personal de enfermería (14 aprox.), una bioquímica, una terapeuta ocupacional, un trabajador social, una nutricionista, una profesora de educación física, profesionales de consultorio externo (12 aprox.), médicos (12), psicólogas (5) y jefes de servicio médico(3).

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

2. Categorías de análisis que corresponden al Área de Internación
  - Información general
  - Planta Alta
  - Planta Baja
  - Cuidados Intermedios
  - Sector Gropper
  - Recurso humano
  - Procediendo para internar un paciente
  - Tratamiento

***Sector Internación***

<b>Información general</b>	Capacidad de pacientes: aprox. 60 camas, 24 de ellas destinadas a pacientes crónicos y 34 a pacientes agudos.	
	Objetivos: contener la crisis, trabajar sobre la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento.	
	Criterio fundamental de externación: compensación del cuadro agudo.	
	Protocolización del servicio de enfermería: “Puntos rojos y Puntos verdes”.	
<b>Planta Alta</b>	Focalizado para pacientes en situación de crisis agudas.	
	Pacientes típicos: descompensaciones psicóticas, intentos de suicidio, sobredosis de sustancias. Los pacientes que se encuentran en este piso representan un riesgo para sí mismos o para tercero.	
		Controles estrictos de conducta, supervisión permanente de enfermería y puertas cerradas con llave.
<b>Planta Baja</b>	Pacientes típicos: Pacientes crónicos institucionalizados y pacientes agudos sin riesgo para sí mismo o para terceros.	
	Posee dos salas de contención.	
<b>Cuidados Intermedios</b>	Pacientes típicos: Cuadros demenciales, patologías de orden orgánico o pacientes de tercera edad no auto-válidos.	
	Supervisión y apoyo constante del servicio de enfermería.	
		Sector de pre-alta.
<b>Sector Gropper</b>	Los pacientes que se encuentran en este piso están previos a la externación debido que su cuadro ya ha sido compensado.	
	Pacientes típicos: Cuadros estabilizados, trastornos de personalidad.	
		Supervisión menos severa. Los pacientes poseen más libertades.
<b>Recurso humano</b>	Jefe de enfermeros, dos supervisores enfermeros, personal de enfermería (14 aprox.), médicos (12), psicólogas (5), jefes de servicio médico(3), un trabajador social, una nutricionista y una profesora de educación física.	

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

<b>Procediendo para internar</b>	<p>Modalidades para ingresar a Internación: ingreso programado, derivado de alguna institución externa; o puede ser un caso urgente que pase por guardia. En el caso que no haya cama disponible, el paciente queda en lista de espera, construida en base a prioridades: patología, urgencia, nivel de riesgo, entre otros. Esta lista de espera es manejada por el Director.</p> <p>Cuando ingresa el paciente se hace un trabajo con un equipo multidisciplinar: el médico psiquiatra evalúa los aspectos semiológicos del paciente, la psicóloga evalúa los aspectos psíquicos y el trabajador social realiza una valoración socio comunitaria de la situación actual del paciente.</p>
<b>Tratamiento</b>	<p>El tratamiento que se brinda a los pacientes consiste en la realización de un plan individualizado, donde el paciente se beneficie de la visita del médico de piso, del médico de planta y de la psicóloga. El tratamiento es básicamente farmacológico. Luego de la estabilización del cuadro, se trabaja en conjunto con las Lic. en psicología sobre del tipo de terapia más conveniente para este paciente en particular.</p> <p>Orientación Biologisista: Aplicación de un esquema psicofarmacológico adaptado a cada patología, psicoterapia Cognitivo-Conductual, contención mecánica, confrontaciones permanentes, TEC (Técnicas Electro Convulsivas), permisos terapéuticos, actividades terapéuticas/lúdicas.</p>

A continuación se presenta el análisis de cada una de las entrevistas tomadas a los profesional de Salud Mental de “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”, con un análisis final de las convergencias y divergencias encontradas.

3. Categorias de análisis para las entrevistas a los profesionales.
  - Rol
  - Visión institucional
  - Demanda institucional

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

<b><i>Entrevista a Director</i></b>			
	<b>Profesión</b>	<b>Función</b>	<b>Pacientes con los que suele trabajar</b>
<b>Rol profesional</b>	Médico psiquiatra.	Director de clínica, del equipo terapéutico y director médico de una fundación de adicciones.	“Trabajo mucho con adicciones, mucho con trastorno de personalidad, pero en realidad me dedico a toda la salud mental”
	<b>Puntos fuertes</b>		<b>Puntos débiles</b>
<b>Visión institucional</b>	“Hay un equipo joven, con ganas de trabajar y con experiencia. Hay profesionales avezados, que han sido nuestros mentores, que siguen trabajando con nosotros. La incorporación mía con experiencia internacional de haber trabajado en España, que muchos de los protocolos que estamos utilizando acá son protocolos de sanidad españoles”		“La cuestión económica, cuestiones edilicias y el recurso humano”
<b>Demanda institucional</b>	“En lo que estamos cortos nosotros, sería un poco la cuestión grupal. Dinámicas grupales, tanto familiares, como a pacientes, como a los médicos. Si bien nosotros hacemos reuniones de calidad, las hacemos un par de veces al año, pero bueno eso a veces no alcanza y es necesario incrementar el tiempo para este tipo de intervenciones”.		

***Entrevista a Residente de Psiquiatría***

	<b>Profesión</b>	<b>Función</b>	<b>Pacientes con los que suele trabajar</b>
<b>Rol profesional</b>	Médica, terminando la formación en psiquiatría	Médica residente del servicio de una de las plantas y médica de guardia	“Trastorno de la personalidad y patología dual. Pero hay de todo, trabajamos con todo”
	<b>Puntos fuertes</b>		<b>Puntos débiles</b>
<b>Visión institucional</b>	La cantidad de pacientes. Buen manejo de la información dentro de la institución. Casuística variada. Trabajo en equipo. Interdisciplinarietàad.		Lo edilicio de la institución al igual que lo administrativo por cuestiones económicas.
<b>Demanda institucional</b>	“Mis colegas, mis amigas, me contaban que hubo muchos roces intra-equipo. Capaz por eso de las diferentes perspectivas del tratamiento (...) Y generalmente se hace lo que piensan esos dos que están desacuerdo, por cuestiones de jerarquía. Las chicas me comentaron que el mes pasado se hizo como una pseudo terapia grupal, donde no se pudo hacer nada porque nadie se mueve de su lugar. Pero si sería re importante. Acá tenemos clases de psicoanálisis y era nuestro momento catártico, de hablar de lo que nos pasaba y la profe nos decía que pidamos un espacio así, que es súper necesario. Además porque el médico residente está bajo mucha presión, porque a las cuatro de la tarde se van todos y el médico se queda solo, a cargo de toda la clínica”.		

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

***Entrevista a Jefe de piso***

	<b>Profesión</b>	<b>Función</b>	<b>Pacientes con los que suele trabajar</b>
<b>Rol profesional</b>	Médico psiquiatra.	Subjefe de dos pisos de la institución, supervisor de entrevistas y tratamiento farmacológico.	Trastornos de la personalidad, que secundariamente hacen consumo de sustancia, agresividad, o con episodios depresivos.
	<b>Puntos fuertes</b>		<b>Puntos débiles</b>
<b>Visión institucional</b>	La actualización de lo teórico y formativo. El abordaje en equipo. La flexibilidad. Se recibe de todo tipo de pacientes.		“Mucha demanda y poco personal médicos para cubrir las guardias, hay sólo un médico de guardia. Desde el cuidado del personal se podría hacer más. También las cuestiones edilicias que se podrían mejorar”
<b>Demanda institucional</b>	“Poder trabajar esto (agobio, frustración, falta de empatía) con los equipos es sumamente necesario”.		

***Entrevista a Enfermera Profesional***

		<b>Profesión</b>	<b>Función</b>	<b>Pacientes con los que suele trabajar</b>
<b>Rol profesional</b>		Enfermera profesional.	Enfermera de piso y a la vez supervisora.	“Con todos, muy general. Pacientes psiquiátricos, retrasos mentales, adicciones, Alzheimer, gerontes, todo, abarcamos toda la patología”.
<b>Visión institucional</b>		<b>Puntos fuertes</b>		<b>Puntos débiles</b>
		Ingresos.		Falta de insumos. Falta de conexión de las enfermeras con los supervisores médicos.
<b>Demanda institucional</b>		“Me gustaría que pongan un psicólogo para enfermería. Quizás algunas no lo demuestren, pero sabes que sí, te das cuenta que lo necesitan. Sí, me gustaría. Que puedan expresarse sobre lo que está pasando cuando están atendiendo su guardia. Hay enfermeros que te lo pueden manejar y hay otros que no. No soy excepcional pero no me afecta en nada por el momento. Pero si me gustaría para los compañeros”.		

***Entrevista a Licenciada en Psicología***

	<b>Profesión</b>	<b>Función</b>	<b>Pacientes con los que suele trabajar</b>
<b>Rol profesional</b>	Psicóloga	“Psicóloga de piso en dos pabellones, psicóloga de Hospital de Día todos los días por la tarde y aparte tengo consultorio”.	“Pacientes con los que de verdad pueda trabajar psicoterapéuticamente: neurosis, adicciones, trastornos límites, trastornos de la personalidad. Algún psicótico, esquizofrénico o bipolar que este compensado”.
	<b>Puntos fuertes</b>		<b>Puntos débiles</b>
<b>Visión institucional</b>	“Es una de las pocas clínicas que hay en Córdoba y en los alrededores. Desde mi punto de vista también esta buena la fluctuación de pacientes y lo veo como un lugar de contención para el desborde”.		“Tienen que ver con la infraestructura. Y desde Hospital de Día por ahí se nos complica cuando queremos hacer una actividad y no tenemos los recursos para poder llevarlo adelante. Desde ese punto de vista no hay motivación”.
<b>Demanda institucional</b>	“Se podría crear algún dispositivo para que eso se pueda tramitar. Qué se yo, grupos de reflexión, de relajación, más vivenciales, de role playing. Si yo creo que sí, que estaría muy bueno para descontracturar todo esto más institucional”.		

***Entrevista a Trabajador Social***

		<b>Profesión</b>	<b>Función</b>	<b>Pacientes con los que suele trabajar</b>
<b>Rol profesional</b>		Licenciado en trabajador social.	“Trabajo en tres niveles: lo que es internados de PAMI, el abordaje familiar de los pacientes ambulatorios e internados y lo que es el abordaje institucional de aquellos aspectos que hacen a la relación de la institución con otras instituciones o con la comunidad”.	“La mayoría de los pacientes que concurre acá a la clínica son pacientes con diagnóstico de psicosis, esquizofrenia, adicciones. Por cuestiones de índole histórica y social los pacientes son cada vez más joven, más marginales y con patologías más complejas de inicio bastante precoz, que tiene que ver con adicciones”.
		<b>Puntos fuertes</b>		<b>Puntos débiles</b>
<b>Visión institucional</b>		Es la única institución que tiene internaciones para pacientes crónicos dentro del centro del país. La posibilidad de tener camas de internación crónica de pacientes que no tendría otra posibilidad que no fuera una internación crónica. Otro punto fuerte es la residencia, la posibilidad que los médicos puedan hacer la especialidad. Recursos humanos formados para trabajar.		La infraestructura. La disponibilidad. Es una institución que mira para adentro. Falta mucho todavía de trabajo desde una visión interdisciplinaria. No se trasmite una formación que apunte a la promoción y a la prevención de la salud mental.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Demanda institucional**

“La formación no es solo leer y reproducir, sino que también es ejercitarse y saber cuál es la calidad de herramienta que uno tiene. Yo te puedo enseñar a manejar una máquina, pero la sensibilidad que vos vas a tener con la máquina, es cosa tuya. Y vas a manejar esa máquina diferente a otros. En este caso la única herramienta que tenemos somos nosotros mismos y creo que queda muy expuesto el profesional, porque creen que la herramienta que tienen es el medicamento. Y no se dan cuenta que la herramienta que tienen son ellos mismos. Entonces lo que yo he visto a lo largo de ver pasar diez generaciones de residentes, es como dañan, deforman, el instrumento que tienen para trabajar”.

Se encontraron convergencias en lo que respecta a las diversas respuestas que brindaron los profesionales entrevistados. Dentro de estas convergencias, la que más interesa en este Proyecto de Aplicación Profesional, es el hecho de que los entrevistados hayan coincidido en que se estima la presencia de algún dispositivo que intervenga a nivel grupal, ya sea para propiciar el cuidado de ellos mismos, de sus colegas, para disminuir presiones o mejorar la formación, entre otros factores que ellos mismos nombran. Se advierte en las entrevistas la importancia que la mayoría de los entrevistados le brinda al hecho de trabajar en equipo, por ende, es posible inferir, que una intervención grupal será bien recibida por la comunidad de profesionales de Salud Mental de “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**1. Matriz FODA**

Una vez realizada la lectura minuciosa de la transcripción de las entrevistas, el paso siguiente fue la construcción de la matriz FODA para la identificación de la problemática y posteriormente planificar una estrategia de intervención.

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Profesionales jóvenes y con experiencia.</li><li>-Incorporación de profesional con experiencia internacional.</li><li>-Profesionales con más de 30 años de experiencia.</li><li>-Cantidad reducida de pacientes.</li><li>-Casuística variada.</li><li>-Trabajo en equipo interdisciplinario.</li><li>-Transmisión de contenidos actualizados.</li><li>-Lugar de contención para los pacientes internados.</li><li>-Formación de médicos residentes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Servicio de Acompañante Terapéutico.</li><li>-Cierre de neuropsiquiátricos de San Luis.</li><li>-Única clínica de estas características en el centro del país.</li></ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estructura edilicia antigua.</li><li>-Falta de inversión económica en nuevos proyectos.</li><li>- Falta de dinámicas grupales (para pacientes/familiares/médicos).</li><li>- Aspectos administrativos que incordian el trabajo del profesional.</li><li>- Contención del paciente sólo desde el fármaco.</li><li>- Falta de profesionales.</li><li>- Falta de insumos.</li><li>- Brecha entre médicos y enfermeros.</li><li>- Falta de motivación para realizar proyectos.</li><li>- Precaria formación sociocomunitaria de los residentes.</li><li>- Los profesionales no cuentan con un espacio de contención y cuidado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Denuncias judiciales de las familias de los pacientes internados.</li><li>-Nuevas políticas de Salud Mental a nivel Nacional y Provincial que apuntan a la desmanicomialización.</li><li>-Prejuicios y estereotipos sociales y culturales sobre la Salud Mental.</li></ul>

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Revisando todos los datos que han sido recabados hasta el momento y teniendo en consideración los diversos componentes que se han presentado a lo largo del proyecto, es posible identificar como problemática a tratar el hecho de que los profesionales de Salud Mental de “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”, Río Cuarto, Córdoba, no cuenten con un espacio formal de contención y cuidado dentro de la Institución.

Es preciso poder pensar que el cuidado de la subjetividad de los profesionales que trabajan en relación con la salud y la patología mental es una cuestión fundamental. De no ser cuidada como corresponde, la subjetividad del médico tratante puede transformarse en un factor iatrogénico para el tratamiento y el cuidado del paciente.

Las investigaciones que han realizado diversos autores a lo largo de los años, dan cuenta de lo importante que es la subjetividad del profesional como instrumento para la curación, la sanidad y la prevención. Esta perspectiva es de igual importancia tanto para el paciente y su proceso de salud/enfermedad, como para la salud misma del profesional.

Estas mismas inquietudes pudieron ser expresadas por los profesionales que forman parte de la institución “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”, en las diversas entrevistas que se realizaron.

Residente de psiquiatría:

*“Pero si sería re importante. (...) Además porque el médico residente está bajo mucha presión, porque a las cuatro de la tarde se van todos y el médico se queda solo, a cargo de toda la clínica. Y hay cosas que vos decidís con los médicos y te bardean porque no es lo que ellos hubieran hecho, y es complicado.”*

Trabajador social:

“En este caso la única herramienta que tenemos somos nosotros mismos y creo que queda muy expuesto el profesional, porque creen que la herramienta que tienen es el medicamento.”

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Es por esto que se decidió trabajar sobre la temática seleccionada, como una manera de prevenir futuros malestares y padecimientos en los profesionales, producidos por la falta de contención adecuada.

La estrategia que se decidió utilizar para dar respuesta a esta demanda son los Grupos de Discusión.

## **Intervención**

### **Grupos de discusión**

#### **1. Fundamentación**

*El psicólogo interviene absolutamente en todo lo que incluye o implica seres humanos, para la protección de todo lo que concierne a los factores psicológicos de la vida, en sus múltiples manifestaciones: se interesa, en toda su amplitud, por la asimilación e integración de experiencias en un aprendizaje adecuado, con plena satisfacción de todas las necesidades psicológica (Bleger, año 1963, p. 34/3).*

Una de las principales herramientas de trabajo con la que cuentan los profesionales de Salud Mental es su subjetividad. La teoría, la técnica y el psicofármaco son importantes acompañantes en esta tarea de salubridad a la que se enfrentan diariamente. Sin embargo si se descuida la subjetividad, se torna muy dificultoso cumplir con los objetivos que su tarea les demanda. Es por este motivo, y por todos los demás que se fueron recopilando a lo largo del proyecto, que se decidió dar prioridad a esta demanda por sobre las otras que se identificaron como “debilidades” en la Matriz FODA.

Los Grupos de Discusión son dispositivos que se aplican a grupos de trabajo, con el objetivo de esclarecer y elaborar dificultades ubicadas en un contexto extragrupal a través de intervenciones que se realizan sobre la dinámica interna del grupo que puede estar problematizando a la primera. Cuando un grupo se focaliza en resolver una tarea externa, inevitablemente se deberá enfrentar con una revisión de su propio funcionamiento influidos por fuerzas emocionales lindantes (Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla. 2012).

Lo que se pretende es que estos grupos representen un espacio de contención y cuidado para los profesionales de Salud Mental, donde ellos puedan tramitar emociones, sentimientos y representaciones que les genere su trabajo tanto en relación con la patología mental, con la institución, con su rol de profesional, con otros colegas, etc.

Los mismos fueron planeados para implementarse a nivel grupal. Esta decisión se tomó teniendo en consideración dos cuestiones centrales. Por un lado la temática del

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

trabajo en equipo fue recurrente en las entrevistas que se tomaron a los Profesionales de Salud Mental. Ellos daban cuenta en su discurso de la importancia y la centralidad que tiene el trabajo en equipo para su labor diaria, tanto nivel personal e individual, como a nivel institucional:

Residente de psiquiatría:

*“El equipo de trabajo también es buenísimo. Nos llevamos todos bien prácticamente, es bueno también porque siempre estamos los médicos que no sabemos casi nada que somos los residentes, con un terapeuta al lado, con una psicóloga al lado, entonces es como que la entrevista es mucho más rica, más dinámica. No nos centramos tanto en lo biológico o semiológico, sino también en otros aspectos. Eso está súper bueno.”*

Y, por otro lado, el trabajo en grupo facilita la aparición de situaciones, sentimientos, problemas, dificultades y acciones compartidos por los profesionales, favoreciendo que se genere la resonancia fantasmática. El hecho de que los profesionales encuentren en sus compañeros situaciones similares generará una fluidez y un enriquecimiento en la tarea.

## **2. Objetivos**

Los objetivos se planificaron en torno a acciones clínicas que tendrán lugar en las diferentes situaciones de intervención.

- Generar un espacio de escucha y cuidado para los Profesionales de Salud Mental.
- Propiciar la expresión de sentimientos.
- Facilitar el surgimiento de la pensabilidad.

## **3. Etapa estratégica**

El proceso constará de 6 encuentros. Cada encuentro tendrá una duración aproximada de 90 minutos cada uno, con una frecuencia de un encuentro cada 15 días. Por ende el proceso completo se llevará a cabo en 3 meses.

Si bien se realiza un cronograma de trabajo para la organización de los encuentros, es de importancia remarcar que el mismo es aproximativo y que las

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

frecuencias y duraciones planteadas anteriormente pueden ir variando en relación a la demanda y necesidad de los participantes del grupo.

El grupo estará dirigido a cualquier profesional de Salud Mental de Clínica Privada Phillippe Pinel S.A que desee participar. Se abrirá una convocatoria y quienes deseen participar, podrán hacerlo. Se entiende que la participación del mismo no será de carácter obligatorio. Debido a esta modalidad, el grupo podrá ir fluctuando en la cantidad de miembros a lo largo del proceso sin que esto represente un obstáculo. Estas variaciones podrán ser analizadas con y en el grupo si esto representa un problema o una fuente de tensión.

La cantidad optima de personas con la que se podrá manejar el grupo será de 15 integrantes. Sin embargo se podrá trabajar con menos (hasta 4 personas) o con más (máximo 20).

Los encuentros serán llevados a cabo en la sala de usos múltiples con la que cuenta Clínica Privada Phillippe Pinel S.A.

La información que circule en el dispositivo será protegida bajo el secreto profesional por parte del coordinador. Esto será aclarado tanto a la institución como a los participantes al comienzo del proceso. Se podrán realizar informes al finalizar el mismo para dar cuenta del proceso que se llevó a cabo en los encuentros, pero no se develará información trascendental ni identidades de quienes la dieron. Al mismo tiempo esta información será devuelta al mismo grupo para que éste pueda apropiarla y metabolizarla.

Los honorarios del coordinador del grupo serán de \$120 por encuentro, por participante. Este es el honorario mínimo ético aprobado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, para las Psicoterapias Grupales. Los mismos deberán ser abonados por la institución y no por los integrantes del grupo.

#### **4. Recursos**

A continuación se detallarán los recursos (humanos y materiales) que se necesitarán para llevar a cabo el Proyecto de Aplicación Profesional.

Recurso Humano:

- Coordinador/a del taller, preferentemente un/a Lic. en Psicología.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Recursos materiales:

- Sala de usos múltiples.
- Sillas.
- Proyector.
- Computadora.
- Cartulina.
- Hojas A4.
- Lapiceras.

**5. Encuentros**

Durante los encuentros los participantes y el coordinador se ubicaran en ronda.

**Primer encuentro:**

El objetivo del primer encuentro será el de tener un acercamiento a los sentimientos expresados por los profesionales de la clínica, acerca de su labor diaria.

Organización del primer encuentro:

- **Apertura** (10 minutos): En esta etapa se realizará en una primera instancia la presentación del coordinador del grupo. El mismo se encargará de explicitar los objetivos y el motivo por el cual fueron diseñados estos grupos de discusión: *“Este proyecto nació de un Trabajo Final de Graduación de la carrera Lic. en Psicología, donde se identificó la necesidad de un espacio de cuidado en para los profesionales y se plantearon estos grupos como respuesta a la misma.”* Luego se plantearan las reglas del encuadre: *“Nos vamos a reunir en este salón una vez cada 15 días, aproximadamente una hora y media por encuentro, y vamos a debatir sobre las cuestiones que dieron forma a la demanda institucional.”* Es este el momento para hacer explícito a los participantes del hecho de que todo lo que se produzca en el grupo estará resguardado por el secreto profesional. Luego se le da lugar a los integrantes para que se presenten.
- **Presentación del tema problema** (10 minutos): En este momento se determina el foco sobre una problemática que puede ser propuesta por el coordinador o por uno de los miembros. En este primer encuentro el foco será

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

propuesto por el coordinador para enmarcar la tarea. Más adelante los integrantes podrán presentar algún área de interés para debatir.

En este primer encuentro la temática estará circunscripta a la identificación por parte de los profesionales de los sentimientos en torno a su tarea diaria. Como disparador de la temática se repartirán 3 tarjetas blancas a cada participante para que cada uno escriba en ellas los sentimientos que su tarea le genera. Luego, las tarjetas deberán ser acomodadas en orden de prioridad. Por último, el coordinador pedirá que se lean en voz alta las tarjetas de cada participante con el objetivo de socializar en el grupo lo pensando individualmente y tener una aproximación a los sentimientos que los integrantes del grupo consideran como prioridad.

Una vez presentado el foco se brindará la consigna: *“Pueden hablar libremente en relación a la temática planteada”*. Esta consigna posee un nivel bajo de ambigüedad. Es una premisa estructurada y clara, que sirve de disparador para que los integrantes realicen una cadena asociativa grupal (Kaës, 1994).

- **Debate libre** (60 minutos): Momento clave del encuentro donde se da el libre intercambio entre los miembros acerca del problema disparador. En esta etapa el coordinador interviene solamente cuando la fluidez del pensamiento se ve interrumpido u obstaculizado o cuando el grupo alcanzó cierta comprensión de las dificultades que merece ser resaltada.

- **Síntesis final** (10 minutos): El objetivo principal de esta etapa final es que el coordinador pueda devolver un resumen claro de los lineamientos generales de la etapa anterior. Sus intervenciones serán de síntesis y organización de los temas tratados durante el encuentro.

**Segundo encuentro:**

- **Apertura:** Se planteará el objetivo del encuentro: Identificar las cuestiones a las cuales le dan importancia los profesionales y qué jerarquía realizan sobre los temas que les preocupan. Esto se visualizará en la elección del tema problema que realicen.

- **Presentación del tema problema:** Se dará libertad a los participantes del grupo para que planteen un tema problema.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Como disparador de la problemática se planteará una técnica de visualización guiada. Se les pedirá a todos los integrantes que cierren los ojos y se relajen en sus asientos, se les pedirá que lentamente comiencen a imaginarse caminando solos por una calle o un camino. Luego, se les pedirá que imaginen que en esa caminata se encuentran con un colega que les cuenta un problema sumamente grave que tuvo hace unos momentos en relación a su trabajo. Se les pedirá a los integrantes que se imaginen en esa situación y de qué forma reaccionarían, tanto a nivel emocional, actitudinal y físico, cuales son los sentimientos que este colega les suscita a sí mismos, cuál fue el primer pensamiento que se les vino a la mente, entre otros. Una vez finalizada la visualización se les pedirá a los integrantes que socialicen sus experiencias.

Este disparador servirá como base para que el debate surja. Una vez concluida la actividad de presentación del tema-problema se brindará la consigna de que *“hablen libremente del tema presentado”*.

- **Debate libre:** El coordinador se encargará de guiar las asociaciones que surjan del disparador y tomar notas puntuales de todo lo comunicado por los integrantes del grupo ya que ese material podrá ser utilizado en otras oportunidades. En este encuentro será sumamente rico escuchar y dar prioridad a los temas e intereses que brinden los participantes del grupo.

- **Síntesis final:** Una vez que se acerque el momento de finalizar con el encuentro el coordinador se encargará de realizar un punteo con las anotaciones que fue tomando a medida que se daba el debate entre los participantes. Este punteo deberá servir como cierre y síntesis de lo acontecido en el encuentro. Es por esto que el coordinador deberá ser concreto y conciso a la hora de realizar el cierre, con la intención de disminuir también las ansiedad que se puedan haber generado durante el debate.

### **Tercer encuentro**

- **Apertura:** Se planteará el objetivo del encuentro: Identificar y trabajar con las representaciones en torno al rol del profesionales de la Salud Mental. Este objetivo fue seleccionado para poder trabajar el lugar en el que se posicionan los profesionales de la institución y conocer qué tipo de representaciones están operando en ellos.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- **Presentación del tema problema:** Representación en relación al profesional de Salud Mental. Los participantes se reunirán en grupos de 3 o 4 integrantes para pensar una situación puntual de su labor diaria donde se jueguen representación, estereotipos o prejuicios de la profesión. Luego, esta situación será actuada mediante un role playing por los mismos integrantes del grupo. El coordinador se encargará de pensar con los distintos grupos si las situaciones que se especularon son pertinentes como disparador del tema problema pensado para ese encuentro.

Una vez concluida la actividad de presentación del tema-problema se brindará la consigna de que *“hablen libremente del tema presentado”*.

- **Debate libre:** El coordinador tendrá como tarea tomar anotaciones de las asociaciones que vayan surgiendo en torno al tema problema e intervenir cuando la comunicación se ve obstaculizada, obstruida o cuando el grupo llegue a algún logro que merezca ser resaltado. Como por ejemplo que el grupo logre identificar una representación que haya estado operando en ellos al momento de realizar su trabajo.

- **Síntesis final:** En este encuentro en particular, al realizar la síntesis final del encuentro, el coordinador deberá agradecer la participación de los integrantes y la predisposición para realizar la técnica de role playing.

#### **Cuarto encuentro**

- **Apertura:** Se dará a conocer el objetivo del encuentro: Identificar situaciones que vulneren la subjetividad de los profesionales de Salud Mental.

- **Presentación del tema problema:** Se le entregará una hoja A4 a cada participante y se le pedirá que piensen y escriban en ella diversas “situaciones límite” en las que ellos hayan colapsado. También se les pedirá que especifiquen qué les ocurrió en esa situación a nivel de pensamiento, físico, emocional, actitudinal, etc.

Una vez concluida la actividad de presentación del tema-problema se brindará la consigna de que *“hablen libremente del tema presentado”*.

- **Debate libre.**

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- **Síntesis final:** En este encuentro la síntesis final se extenderá más de la habitual, ya que no sólo se hará la devolución del coordinador de lo acontecido en el encuentro sino que también se implementará una técnica de relajación debido a los contenidos estresantes y problemáticos que se pudieron haber generado durante el encuentro.

Según el autor Gómez Hernández (2007) la ventaja de este método puede apreciarse en dos vertientes: en lo grupal enseña a relajar las tensiones y en el campo de lo individual ayuda a las personas a enfrentar situaciones estresantes y de tensión.

Como primer paso los participantes deberán sentarse en una posición que les sea reconfortante, con los ojos cerrados, los pies en el piso, sus piernas ligeramente separadas y los antebrazos sobre los muslos (Gómez Hernández, 2007).

A continuación el coordinador deberá comenzar a dar las consignas con un tono de voz pausado, suave y relajado. La relajación deberá realizarse en un ambiente silencioso donde los participantes se sientan cómodos.

La primera parte de la consigna será:

Aflojen los músculos del brazo izquierdo, los músculos del brazo izquierdo comienzan a relajarse poco a poco, se tornan blandos, flojos, suaves, sueltos, relajados... poco a poco se van tornando pesados cada vez más pesados...el brazo izquierdo se torna pesado, pesa, pesa más, y más, y más. (Gómez Hernández, 2007, p. 8).

Durante esta etapa el coordinador debe observar que todos estén concentrados en la tarea y continuará con la consigna:

Todos los músculos del cuerpo están relajados, flojos, los brazos, las piernas, el cuello, los hombros, la espalda, el tronco, el abdomen,...se sientan relajados, tranquilos, agradablemente relajados y tranquilos, cada vez más relajados y tranquilos,... los brazos se van tornando caliente, cada vez más caliente, agradablemente caliente, se tornan pesado, cada vez más pesado, cada vez más pesado, esta sensación de calor y peso se va transmitiendo a las piernas, las piernas se van tornando calientes y pesadas, cada vez más calientes y pesadas, cada vez se sienten más tranquilos, más suaves, agradablemente relajados (Gómez Hernández, 2007, p. 8).

Una vez que el coordinador observa que todos lograron relajarse, terminará dando la directiva:

“En la medida en que cuente hasta tres, sus músculos se irán recuperando poco a poco, abrirán los ojos y seguirán tranquilos y relajados. Uno, dos y tres” (Gómez Hernández, 2007, p.8).

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

La duración aproximada de esta técnica será de 25 minutos, por ende el encuentro tendrá una extensión de 120 minutos aproximadamente.

**Quinto encuentro**

Luego de un proceso de cuatro encuentros se volverán a trabajar temáticas que sean de importancia para los participantes y se identificarán si hubo fluctuaciones en las mismas.

- **Apertura:** Se dará a conocer el objetivo del encuentro: Determinar si los Grupos de Discusión tuvieron algún impacto en los participantes y de qué manera.

- **Presentación del tema problema:** Como disparador se retomarán las anotaciones hechas por el coordinador y las vivencias y recuerdos de los participantes que hayan encontrado presentes en el encuentro número dos para recordar de qué manera vivenciaron los profesionales un problema planteado por un colega. Este ejercicio se realizará con el objetivo de que los profesionales identifiquen las diferencias entre el encuentro número dos y este quinto encuentro y que puedan reconocer en ellos las actitudes, emociones y comportamientos que han cambiado (o que se han mantenido) a lo largo del proceso.

Una vez concluida la actividad de presentación del tema-problema se brindará la consigna de que *“hablen libremente del tema presentado”*.

- **Debate libre.**
- **Síntesis final:** Una vez que se acerque el momento de finalizar con el encuentro el coordinador se encargará de realizar un punteo con las anotaciones que fue tomando a medida que se daba el debate entre los participantes. Este punteo deberá servir como cierre y síntesis de lo acontecido en el encuentro. Es por esto que el coordinador deberá ser concreto y conciso a la hora de realizar el cierre, con la intención de disminuir también la ansiedad que se puedan haber generado durante el debate.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Sexto encuentro**

- **Apertura:** El coordinador planteara el objetivo del encuentro: Promover el cuidado de ellos mismos. Construcción grupal de herramientas e ítems a tener en cuenta a la hora de proteger su subjetividad.
- **Presentación del tema problema:** Para presentar la premisa fundamental del tema problema “¿*Qué cuidados tienen para con ustedes mismos?*” el coordinador del grupo presentará una lista de palabras y cada uno de los participantes deberá elegir una y justificar porque eligieron esa palabra, porque no otra y qué de esa palabra podría estar relacionado al cuidado de ellos mismos en su labor con la Salud Mental.

La lista de palabras será la siguiente:

Redes de apoyo

Supervisión

Psicofármacos

Vacaciones

Descarga a través de un deporte/actividad lúdica

Otros

El objetivo de esta actividad será la de servir como disparador al tema problema y que sirva como un primer acercamiento a lo que cada profesional considera como ”cuidado” de su persona.

Una vez concluida la actividad de presentación del tema-problema se brindará la consigna de que “*hablen libremente del tema presentado*”.

- **Debate libre.**
- **Síntesis final:** Una vez que se acerque el momento de finalizar con el encuentro el coordinador se encargará de realizar un punteo con las anotaciones que fue tomando a medida que se daba el debate entre los participantes. Este punteo deberá servir como cierre y síntesis de lo acontecido en el encuentro. Es por esto que el coordinador deberá ser concreto y conciso a la hora de realizar el cierre, con la intención de disminuir también las ansiedad que se puedan haber generado durante el debate.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

**6. Coordinador:**

El coordinador deberá tener un rol directivo al inicio y al final de los encuentros: Al comienzo para enmarcar la tarea y explicitar los objetivos del encuentro, y al final para realizar la tarea de síntesis de lo acontecido en el grupo. Las intervenciones serán informativas al inicio y esclarecedoras e integradoras al final.

El rol principal del coordinador será el de promover la problematización de cuestiones naturalizadas en el grupo, favoreciendo la actividad del pensamiento. Es por esto que el surgimiento de dudas, críticas y cuestionamientos es un índice que debe tener presente el coordinador del grupo, que da cuenta del buen funcionamiento de la dinámica grupal.

La tolerancia a la desorganización y a los altos montos de ansiedad son dos características principales a tener en cuenta para llevar de manera adecuada la tarea, ya que el intento anticipado de un reordenamiento puede crear conductas sobreadaptadas en los miembros del grupo. El coordinador deberá actuar principalmente en el debate, bajo la regla de la abstinencia.

Durante el debate, se deberá prestar atención a 6 constantes que serán de utilidad para la etapa final del encuentro (Muzlera, Guidolín, Kahane de Gordon y Puebla, 2012):

- Pertenencia: Grado de compromiso de los integrantes del grupo para búsqueda de soluciones.
- Cooperación: Grado de eficacia real con que un integrante contribuye o no al logro de la tarea.
- Pertinencia: Capacidad de centrarse en la tarea.
- Comunicación: En esta área se pueden detectar las distorsiones en los mensajes, los malentendidos, entre otros.
- Aprendizaje: Capacidad de una persona de adquirir conductas alternativas.
- Telé: Es la experiencia de atracción o rechazo de las personas entre sí, generada por proyecciones inconscientes.

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
 Proyecto de Aplicación Profesional

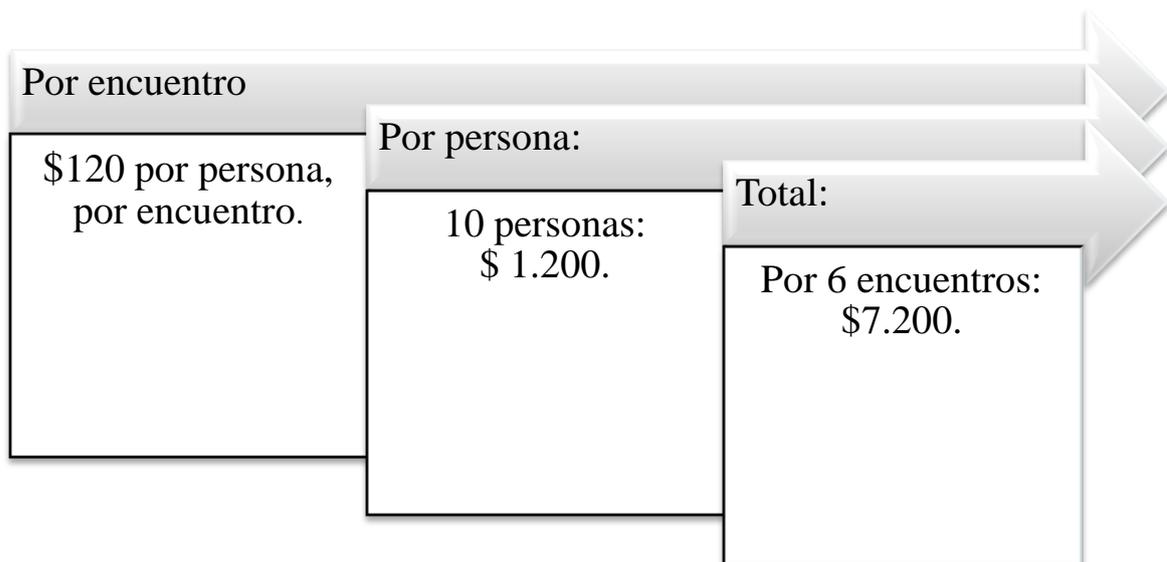
**7. Diagrama de Gantt**

Encuentros	Meses	1			2			3					
	Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Primero encuentro		X											
Segundo encuentro				X									
Tercer encuentro						X							
Cuarto encuentro								X					
Quinto encuentro										X			
Sexto encuentro													X

## 8. Presupuesto

La institución cuenta con todos los materiales necesarios para realizar los encuentros (sala de usos múltiples, computadora, sillas, proyector, cartulina, hojas A4 y lapiceras). Por lo tanto sólo se presupuestará el pago de los honorarios del profesional que llevará a cabo la coordinación del grupo.

Estimando que el grupo esté compuesto de manera constante por 10 personas, se cobrarán:



## 9. Evaluación de impacto

Para la autora Amaya (2003) la evaluación de impacto es una valoración que considera los cambios producidos en la subjetividad de personas, equipos de trabajo o contextos laborales-organizacionales que puedan ser atribuidos como consecuencia de la participación de las personas u organizaciones en un proyecto de cualquier tipo.

Por otro lado, la Asociación Internacional de Evaluación de Impacto (2004) ofrece una definición amplia y abarcativa donde se consigna a la evaluación de impacto como un proceso de análisis, seguimiento y gestión de las consecuencias, ya sean voluntarias como involuntarias, positivas o negativas, de las intervenciones que fueron llevadas a cabo en ese grupo determinado de personas.

Los objetivos del proceso de evaluación según la OIT (1997) son los siguientes:

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Eficacia: Tiene que ver con el logro de los resultados: ¿Se alcanzaron los resultados proyectados? ¿por qué?
- Pertenencia: ¿El programa o proyecto sigue respondiendo a las necesidades? Esta evaluación corresponde a un tipo de situación en la que el programa o proyecto continúa siendo vigente, mucho después del plazo de finalización estipula inicialmente.
- Eficiencia: Un aspecto muy importante es el financiero. Contrastar lo presupuestado con el gasto real es un excelente medio de evaluación de un proyecto o programa.
- Sostenibilidad: ¿Se mantuvieron los resultados después del retiro del apoyo externo? Otro factor de mucha trascendencia en la evaluación, es si un proyecto o programa puede continuar operando sin recibir algún tipo de donación o apoyo externo.
- Estrategias alternativas: La que la evaluación tiene como propósito determinar si en el proyecto o programa se encontraron otras formas de afrontar una problemática en particular.
- Resultados no previstos: Efectos significativos del rendimiento. La evaluación se enfoca en si el proyecto obtuvo otros resultados que no se habían previsto originalmente con la puesta en marcha del mismo.
- Validez de la formulación: Se evalúa la lógica con la que se dice e implementa el programa o proyecto y qué tan replicable podrá ser en otras circunstancias.
- Causalidad: Factores que afectan el rendimiento. El enfoque es sobre los principales factores que influyeron en el rendimiento, ya sea de mejora o de deterioro, en el programa o proyecto.

Teniendo como foco las referencias teóricas anteriores, se diseñó una evaluación de impacto específica para este Proyecto de Aplicación Profesional que será implementada dos meses luego de haber concluido con los Grupos de Discusión.

Esta evaluación será llevada a cabo en la clínica, en el mismo salón de usos múltiples donde se llevaron a cabo los grupos de discusión y, de ser posible, el mismo día y horarios en el que se realizaron los encuentros anteriores.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

La misma estará dividida en dos momentos. En un primer momento se les entregará a los profesionales que hayan participado del proceso completo, una guía de preguntas para que respondan de manera individual, escrita y anónima. Esta actividad constará de 15 a 20 minutos para ser completada.

En el segundo momento se les pedirá a los profesionales presenten que socialicen las respuestas que ellos decidan y que de esta manera se dé el intercambio para que los presentes identifiquen entre sus compañeros diferencias o similitudes para con su propia persona en tanto cambios físicos, mentales, emocionales, entre otros. Esta actividad tendrá una duración entre 30 a 40 minutos.

El encuentro en su totalidad tendrá una duración aproximada de 60 minutos.

**Guía de preguntas:**

La evaluación de impacto tendrá como objetivo no sólo valorar las consecuencias que tuvo el proceso en los profesionales, sino también evaluar la pertinencia de la intervención. Es por esto que la guía estará dividida en dos partes: una parte que corresponde a la evaluación de los efectos del taller y otra parte que evalúe del taller en sí.

**Parte 1:**

- a) ¿Cómo han sido sus jornadas luego de haber transitado por los Grupos de Discusión?
- b) ¿En qué cree que estos grupos lo modificaron?
- c) ¿Logró adquirir herramientas para el cuidado de sí mismo a través de los Grupos de Discusión? ¿Cuáles?
- d) ¿Pudo identificar en sí mismo estereotipos o prejuicios que hayan estado obstaculizando su labor? ¿Cuáles?
- e) ¿Qué clase de medidas tomó luego de haber conocido más sobre el cuidado de la subjetividad? Marque con una cruz los que crea conveniente:
  - Empezar un deporte
  - Empezar una actividad lúdica como despeje
  - Buscar redes de apoyo
  - Buscar ayuda cuando lo crea necesario
  - Otros: .....

**Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental**  
Proyecto de Aplicación Profesional

f) ¿Cambio su manera de reaccionar ante situaciones límites? ¿De qué manera?

**Parte 2:**

- a) ¿Cree que los temas abordados en los grupos fueron pertinentes y acordes?
- b) ¿Cómo cree que fueron las intervenciones del coordinador?
- c) ¿Cómo valora la duración de los grupos?
- d) ¿Qué cambios le realizaría a los grupos?
- e) ¿Cree que estos espacios de cuidado son necesarios en las instituciones?

**10. Matriz de evaluación de Impacto**

A continuación se presentará una Matriz de evaluación de impacto. La misma tiene como finalidad poder organizar los datos que se recaben de la guía de preguntas presentada anteriormente para su posterior análisis e interpretación.

<b>Matriz de Evaluación de Impacto (parte 1)</b>			
<b>Categorías de análisis</b>	<b>Categorías descriptivas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Interpretación de datos</b>
<b>Percepción del rol del profesional de Salud Mental</b>	Identificación de representación/prejuicios/ que estén naturalizados.	-Identificación de representaciones en torno a su labor.  -Identificación de representaciones en sus pacientes, colegas, familia.  -Pudo desechar las representaciones naturalizadas y que afectan su labor como profesional de Salud Mental.	
<b>Cuidados que repercuten en la subjetividad.</b>	Físicos	-Realizar actividad lúdica o deportiva.  -Identificación de	

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

	malestares físico/somáticos que impacten en lo laboral.
Psíquicos	-Creación de redes de apoyo intrainstitucionales
	-Creación de redes de apoyo extrainstitucionales.
Emocionales	-Cómo reaccionó ante situaciones límites.
	-Búsqueda de apoyo y contención en situaciones límites.

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

<b>Matriz de Evaluación de Impacto (parte 2)</b>			
<b>Categorías de análisis</b>	<b>Categorías descriptivas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Interpretación</b>
<b>Coordinador</b>	-Intervenciones claras y orientadoras.	-Las intervenciones cumplieron con su objetivo de remover obstáculos y hacer fluido el debate. -Los profesionales comprenden la consigna de asociar libremente. -Las intervenciones de síntesis permiten cerrar los encuentros.	
	-Contención y escucha.	-Los profesionales expresan su gusto o disgusto.	
<b>Tiempo</b>	-Pertinente en relación a las necesidades del grupo.	-Correlación entre teoría y práctica. -Sugerencias de los profesionales.	
	-Duración del proceso en total.	-Ausentismos a los encuentros.	
	-Duración de cada encuentro	- Bajo nivel de respuesta durante el debate.	
	-Pertinentes y relacionados a la	-Correlación entre teoría y práctica.	

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

---

**Contenidos**      temática.

---

## **Consideraciones finales**

Para la confección de este Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) se requirió la elaboración de diferentes instancias, objetivos a cumplir y se recorrió un camino que implicó lectura, búsqueda, investigación, reflexión y el estudio de una problemática en particular que se presentó como una demanda a ser respondida.

A lo largo de este proyecto se ha buscado dar solución a una problemática identificada en una clínica psiquiátrica de la localidad de Río Cuarto, Córdoba, llamada “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”. Para esto se realizaron seis entrevistas estructuradas a profesionales que trabajan en el área de internación pertenecientes a diferentes áreas de la salud: director, psiquiatra, residente, psicóloga, enfermera y trabajador social. Estas entrevistas permitieron la identificación de diversas debilidades que fueron graficadas a través de la Matriz FODA y de las cuales se desprende la problemática que da forma y contenido a este Proyecto de Aplicación Profesional: la falta de un espacio de contención y cuidado para los profesionales de Salud Mental que trabajan en la clínica.

Se le dio prioridad a este punto por sobre las otras debilidades detectadas en la Matriz FODA debido al grado de urgencia con el cual debe ser tratada la salud mental de los trabajadores del área de Salud Mental.

Para responder a esta problemática la propuesta consistió en el diseño y la planificación de Grupos de Discusión bajo la coordinación de un/a Lic. en Psicología. Estos grupos fueron pensados para servir como una herramienta a los profesionales con el objetivo de fomentar el cuidado de ellos mismos como profesionales de Salud Mental.

La intervención fue diseñada para ser llevada a cabo en grupo, ya que el trabajo desde la grupalidad da lugar a nuevas producciones, a complejos mecanismos identificatorios entre los miembros, a la creación de un espacio “entre” que conecte al mundo interno con el mundo externo, un espacio intermedio. El grupo constituye una zona de confianza que permite construir procesos creativos y productivos que son, a su vez, terapéuticos (Fernández, 1999; Barzani 2001).

Generando de esta manera un espacio de escucha y contención que sirva para tramitar cuestiones que queden inconclusas y que debido a la vorágine de la

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

cotidianeidad quedan relegadas. De esta manera lo impostergable es suplido por lo urgente y lo acumulado hace mella en la mente, el cuerpo, las emociones y la subjetividad de los profesionales. Se buscó que en estos grupos los profesionales identifiquen situaciones que les genere malestar y que al mismo tiempo puedan producir herramientas que les sirva para afrontarlas.

El hecho de que los profesionales de Salud Mental trabajen bajo ciertas condiciones, como estar en permanente contacto con el sufrimiento humano, la enfermedad, la locura, el desamparo y la vulnerabilidad (Alvaro, 2005), hace que el cuidado de sí mismos sea una cuestión impostergable.

Este Proyecto de Aplicación Profesional tiene el objetivo de abordar la problemática desde un plano preventivo y no asistencial, ya que no se evidenció en las entrevistas que los profesionales estuviesen bajo un nivel patológico de estrés que diera cuenta de patologías más severas como el Síndrome de Burn Out. Lo que se buscó fue generar un espacio protector a los fines de evitar la aparición de los síntomas relacionados a estas patologías trabajando desde la salud y las posibilidades de los entrevistados.

Los profesionales de Salud Mental deben afrontar diversas vicisitudes al momento de abordar su objeto de estudio: un ser humano que posee características iguales o similares a él mismo, pero al mismo tiempo distinto y único en su singularidad. Y en la medida que el profesional estudie, teorice e investigue sobre otro ser humano, también lo hace sobre sí mismo. Esto moviliza ansiedades y defensas latentes en el profesional, obstaculizando así su tarea terapéutica y su acceso al conocimiento de no ser tratado con la debida importancia que merece. Teniendo en cuenta, además, que el principal instrumento con el que los profesionales trabajan es su propia personalidad (Bleger, 1963).

## **Bibliografía**

- Alvarado, R., M. (2005) *Cuidemos a los cuidadores: La salud mental de los trabajadores de salud*. Córdoba: Conferencia de cierre de las I Jornadas Internacionales de la Escuela de Salud Pública de la F.C.M. de la Universidad Nacional de Córdoba. Extraído de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/7319> [01/07/2016].
- Amaya, P. (2003) *El sistema de evaluación del Instituto Provincial de Administración Pública de Buenos Aires*. Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Córdoba
- Anzieu, D. (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapeluz.
- Barzani, C., A., (2001) *Conceptos winnicottianos en el campo de las prácticas grupales*. Revista “Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura”. Extraído de: <https://www.topia.com.ar/articulos/conceptos-winnicottianos-en-el-campo-de-las-pr%C3%A1cticas-grupales>[29/06/2016]
- Benedito, G., Brauntein, N., A., Pasternac M. y Saal, F. *Psicología, ideología y ciencia*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Benyakar, M., y Lezica, A., (2006) *Lo traumático, clínica y paradoja*. Buenos Aires: Biblios.
- Bleger, J., (1963) *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.
- Buendía, J., Coy, E. y Esteban, M. (1984) *El psicólogo y la Salud Mental*. Revista Papeles del psicólogo. Extraído de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=205> [29/06/2016].
- Crespo, A., A; Zabalegui Ardaizb, M., J.; Ayarra Eliac, M.; Fuertes Goñi, C.; Loayssa Lara, J., R.; Pascual Pascual, P., (2009) *El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios*. ELSEVIR, revista Española dedicada a la Atención Primaria de la Salud, 41(12). Extraídode<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-grupo-reflexion-como-una-13143106>[29/06/16].
- Daviccino, V., (2009)*Abordaje de la patología dual en la comunidad terapéutica Nazareth: implementación de talleres reflexivos*. Río Cuarto, Córdoba: Universidad Siglo 21.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Fernández, A., M., (1999). *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ferrari, H. (2008) *Salud mental en medicina. Contribución del psicoanálisis al campo de la salud*. Buenos Aires: Corpus.
- Gómez Hernández, M. (2007). *Manual de Técnicas y Dinámicas* [Versión electrónica], El Sistema de Información Científica y Tecnológica en Línea para la Investigación y la Formación de Recursos Humanos del Estado de Tabasco, 1-63. Recuperado de: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Tecnicas-y-Dinamicas.pdf>.
- Gonzales-Pinto Arillaga, A., Guimón Ugartechea, J., (2004) *Opiniones de los médicos sobre los contenidos psicológicos y psiquiátricos que se deben de incluir en los estudios de pregrado de la Licenciatura de Medicina. [Versión digital]* Revista Psiquis: revista de psiquiatría, psicóloga médica y psicósomática, 24(1), 26-32. Extraído de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=865650>  
[http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/31\[29/06/2016\]](http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/31[29/06/2016])
- Gutiérrez Brito, J., (1999) *Consignas para el “despegue” de un grupo de discusión: un modelo de presentación*. EMPIRIA revista de metodología de ciencias sociales. Nro. 2, p. 153 a 166: Universidad Europea de Madrid.
- Kaës, R. (1994) *La invención psicoanalítica del grupo*. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo: Buenos Aires.
- Kesselman, H., (1998) *La psicoterapia operativa I. Crónicas de un psicoargonauta*. Buenos Aires: Lumen.
- Kjeldmand, D.; Holmström, I. (2008). *Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners*. Suecia: Departamento de Salud Pública y Ciencias de Cuidados de la Sección de Investigación de Servicios de Salud, Universidad de Uppsala. Extraído de: <http://www.annfammed.org/content/6/2/138.full.pdf>[29/06/2016].
- León, O., G., y Montero, I., (2003). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Muzlera, S., Guidolín, E., Kahane de Gordon, G., Puebla, P. (2012) *Coordinación de grupos Experiencias y aportes técnicos*. Mendoza: Universidad de Aconcagua.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- Organización Mundial de la Salud (2013). Extraído de <http://www.who.int/es/>[29/06/2016].
- Ramírez, M., S., (2015)*Espacios de cuidado para los profesionales: Las “máquinas salutogénicas”*. Revista Clepios. Extraído de: <http://clepios.com.ar/68/trabajos/espacios-de-cuidado-para-los-profesionales-las-maquinas-salutogenicas/> [01/07/2016].
- Ribé Buitrón, J. M., (2012) *¿Qué fue de los tradicionales grupos Balint? En defensa de la perspectiva Balint y una metodología adaptada en los espacios de coordinación con Atención Primaria*. Revista Norte de Nuestra salud. Extraído de: <http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/31>[29/06/2016].
- Romano, R. (2003) *El rol de la “impesabilidad” en los individuos y en los grupos implicados en situaciones extremas*. Docta. Revista de Psicoanálisis Asociación Psicoanalítica de Córdoba, Argentina. 1(0).
- Uzorskis, Lacarta, Smalinsky y Usandivaras (2015) *La salud mental de los trabajadores de Salud Mental*. “Clepios. Revista de profesionales en formación de Salud Mental”. Extraído de: <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/clepios/clepios68.pdf> [06/10/2016]
- Vainer, A. (2003) *Los (des)cuidados trabajadores de Salud Mental*. Revista “Topia. Un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura”. Extraído de: <https://www.topia.com.ar/articulos/los-descuidados-trabajadores-de-salud-mental> [01/07/2016].
- Yuni, J. y Urbano, C. (2014) *Técnicas para investigar. Recursos Metodológicos para la preparación de Proyectos de Investigación*. Córdoba: Brujas.
- Zingman, E., Modesto, A., Bruder, M., Buunk, A., Camacho, J., Casullo, M., M., Chazenbalk, L., Galli, D., Lupano, M. L., Castro Solano, A., Mucci, M., Benaim, D., Natenson, S., Rossi, L., Ibarra, F. y Ferro, C. (2005) *Psicodebate 6. Psicología, cultura y sociedad*. Buenos Aires: Colección Psicología.

# **ANEXOS**

**Anexo 1:**  
**Instrumento**

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Guía de preguntas para el Relevamiento Institucional:

A. Información general de “Clínica Privada Phillippe Pinel S.A”

1. Historia: Año de fundación, fundadores, objetivos institucionales.
2. Misión, visión, valores.
3. Estructura edilicia de la institución.
4. ¿Qué tipo de servicio ofrecen?
5. ¿A quién está dirigido el servicio prestado?
6. ¿Cómo se organiza el trabajo en la institución para cumplir con las demandas de estas personas?
7. Organigrama.
8. Cantidad de empleados.
9. Puestos laborales (qué tipo de profesionales, funciones, cargos)
10. Documentación que se pueda aportar (reglamento, pautas de trabajo).
11. ¿Hay alguna otra información que me podría brindar?

B. Información acerca del área de “Internaciones”

12. ¿Qué es el área de internación?
13. ¿Cómo se organiza el área en tanto aspectos edilicios?
14. ¿Hay varios pisos?
15. ¿Cuáles son los objetivos de cada piso?
16. ¿Qué cantidad de profesionales trabajan allí?
17. ¿Cuáles son sus funciones?
18. ¿Cuál es la disponibilidad de camas para pacientes al momento de internar?
19. Al momento de internar a un paciente ¿cuál es el procedimiento que llevan a cabo?
20. Criterios de internación y externación.
21. ¿Cuáles son las patologías con las que llegan los pacientes en general?
22. ¿Qué tipo de tratamientos utilizan?

Guía de preguntas para la Identificación de la Problemática

- 1- ¿Cuál es su profesión?
- 2- ¿Hace cuantos años que trabaja acá?

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

- 3- ¿Qué función cumple dentro de esta institución?
- 4- ¿Podría describir un día de su trabajo?
- 5- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera positivos la institución?
- 6- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera negativos de la institución?
- 7- ¿Con qué tipo de pacientes suele trabajar? / ¿Trabaja con pacientes con diagnóstico de Psicosis?
- 8- ¿Cómo es su tarea para con los pacientes?
- 9- Si tuviera que describir su experiencia de trabajo con pacientes psicóticos en dos palabras ¿Cuáles serían?
- 10- ¿Cómo se siente usted luego del trabajo con este tipo de pacientes?
- 11- ¿Qué le genera el trabajo con este tipo de pacientes?
- 12- ¿Cree que esas vivencias obstaculizan su labor para con esos pacientes?
- 13- ¿Cómo resuelve esas dificultades que se presentan?
- 14- ¿Cree que un psicólogo podría ayudar a minimizar o hacer más llevaderas esas dificultades?
- 15- ¿Hay algún espacio/dispositivo/grupo a nivel institucional donde usted pueda plantear sus inquietudes acerca de esto?
- 16- ¿Usted cree que una propuesta de intervención sobre estas dificultades podría ser enriquecedora para la institución?

**Anexo 2:**  
**Consentimiento informado y Carta Informativa**

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Consentimiento Informado de participación en la Investigación**

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Lo Duca Naiara, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en la respuesta de una entrevista que durará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. La grabación que se realice del encuentro será destruida luego de extraer la información necesaria de ella.

He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Naiara Lo Duca a través del e-mail: [naiara.ld@hotmail.com](mailto:naiara.ld@hotmail.com) .

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

.....

Firma del participante

Fecha:

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Carta Informativa sobre el Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

La presente investigación es conducida por Lo Duca Naiara, estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es la conformación de un Proyecto de Aplicación Profesional.

A quien acceda a participar en este estudio, se le pedirá que acceda a una entrevista con una duración aproximada de 20 minutos.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas. La grabación que se realice del encuentro será eliminada una vez se hayan extraído los datos necesarios.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto si así lo decide, sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si usted desea información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: [naiara.ld@hotmail.com](mailto:naiara.ld@hotmail.com) , y una vez finalizado el análisis de datos, y ser aprobado por la Comisión Evaluadora, se les enviará una copia del mismo si así lo desea.

Desde ya le agradezco su participación.

Firma: \_\_\_\_\_

Naiara Lo Duca

Estudiante de Lic. en Psicología

Legajo: PSI02094

**Anexo 3:**  
**Transcripción de las entrevistas**

**Entrevista al Director de “Clínica Privada Phillppe Pinel S.A”**

**¿Cuál es tu profesión?**

Médico psiquiatra.

**¿Hace cuantos años que trabajas acá?**

Hace tres años y medio como director. De todas formas yo hace 15 años me formé como psiquiatra en esta institución. Si quieres contarme los años pasados, fueron 3 años de residente. Seis años y medio en total.

**¿Qué función cumplís en la institución?**

Director de clínica, del equipo terapéutico básicamente. Soy el director médico de una fundación de adicciones. Y aparte mi tarea se divide en tareas asistenciales administrativas, es decir controlar que mi equipo de trabajo haga las cosas bien, hablar con los entes de calidad como por ejemplo PAMI, las auditorias de PAMI. Me encargo de todo lo que son las auditorías internas y la parte asistencial, que si bien tengo un equipo de trabajo, hay pacientes que veo yo también como para colaborar. Sobre todo los pacientes complicados los termino viendo yo que soy el que tienen un poco más de experiencia, por los años.

**¿Me puedes describir un día de tu trabajo?**

Trabajo de ocho a doce en la parte de Internación, para hacer las gestiones de la internación y algo de asistencial. Y de doce a cinco de la tarde hago mi consultorio externo para poder asegurar la continuidad asistencial del paciente que se va de alta. A su vez tenemos un grupo de adicciones con una compañera, que empezó como un programa piloto hace un año y ahora lo tenemos bien armado, con los cuatro niveles asistenciales: prevención primaria, tratamiento ambulatorio, internación y derivación a comunidad terapéutica. De momento transcurre así, entre lo asistencial, la internación, lo ambulatorio, más el servicio de adicciones.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos fuertes de la institución?**

Un recurso humano joven pero con mucha experiencia, con más de 15 años de trabajo en equipo. Hemos tratado de jerarquizar lo que es la atención. Por ejemplo, los médicos

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

residentes que formamos, que ya terminan la formación, estamos tratando de adjuntarlos al staff como para darle un poco más de calidad de atención. Otra parte de los objetivos es la calidad humana, el acercamiento con el paciente, el abrirse a la comunidad. Dar charlas a la comunidad sobre adicciones, sobre psicosis, de lo psicoeducativo, que todavía eso no está en marcha pero en breve estaremos con esa parte asistencial y educativa. Y también, es un proyecto, agregar la parte formativa y de docentes, para abrirnos a la comunidad y romper un poco el mito del neuropsiquiátrico. Buscamos ser informadores, formadores y empezar a hacer un poco de docencia abierta a la comunidad.

Entonces hay un equipo joven, con ganas de trabajar, con experiencia. Hay profesionales avezados, que han sido nuestros mentores, que siguen trabajando con nosotros. La incorporación mía con experiencia internacional de haber trabajado en España, que muchos de los protocolos que estamos utilizando acá son protocolos de sanidad españoles. Hemos ido incorporando profesionales que conocen el sistema que manejamos.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos débiles de la institución?**

La dificultad en el recurso humano por ahí. El personal de enfermería, nos ha costado mucho instalar protocolos de trabajo. Estos protocolos tienen el objetivo de no dejar librado al recurso humano una decisión. En este último año sobre todo, hemos trabajado con el jefe de enfermería sobre protocolos de atención médico-enfermero, trabajar sobre la autonomía del paciente crónico, la independencia: que se bañe solo, que se lave los dientes solo, que se vista solo, que haga su cama. Es decir, hemos armado protocolos y desde que estamos trabajando de esa manera la verdad que estamos trabajando muy bien. Es decir, lo que antes era una debilidad, hoy por hoy ya no... dentro de lo que se llama el análisis FODA o el análisis DAFO, debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, es ... la mayor debilidad que teníamos era enfermería. Hoy por hoy diría que dejó de ser una debilidad, porque a nivel de protocolizar la atención... no te digo que es una fortaleza pero ha disminuido mucho esa debilidad.

Como todo sistema de salud, una de las debilidades también es la cuestión económica, que pasa en ámbito público y privado. A veces hay necesidades que hacen un poco a la comodidad, más que a la falta de recursos.

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

La mayor debilidad que tenemos es edilicia, la institución hace mucho que esta, necesita mucho mantenimiento. Vamos avanzando y tratando que estas debilidades no sean tan débiles. Hemos cambiado las acciones que hacemos también. Cuando hacemos este análisis DAFO, evaluamos qué área no está bien.

Supervisar más y poner más personal.

De hecho estamos con un supervisor... hay un Jefe de Enfermería, dos supervisores y pusimos un supervisor médico. Entonces desde ahí, eso que antes era un punto débil y hoy por hoy lo tenemos muy controlado.

Esto de ampliar el personal toca cuestiones económicas que cuestan. Que lo económico es otra debilidad, que bueno nos cuesta invertir en salud y tener los recursos necesarios.

**¿Con qué tipo de pacientes soles trabajar?**

Con todos, lo que pasa es que me dedico a adicciones porque ha aumentado mucho la demanda de esta subespecialidad. Trabajo mucho con adicciones, mucho con trastorno de personalidad, pero en realidad me dedico a toda la salud mental.

**¿Trabajas con pacientes psicóticos?**

Sí.

**¿Cómo es tu tarea con esos pacientes?**

Básicamente con el paciente psicótico nosotros priorizamos la línea biologicista, es decir sí o sí medicación. Medicación adecuada, de acuerdo a la edad, al peso. El paciente psicótico tiene un síntoma fundamental que es la pobre o nula conciencia de enfermedad ¿no? Entonces trabajamos mucho ahí para que el abordaje inicial sea la adherencia al tratamiento. Desde ahí trabajamos con farmacología y con psicoeducación. Para que la familia tome conciencia de lo que es. Básicamente eso es lo que buscamos: conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Una vez logrados esos objetivos ya está.

**Si vos tuvieras que describir tu experiencia de trabajo con estos pacientes psicóticos, desde tu vivencia personal en solo dos palabras ¿Cuáles serían?**

Creo que ha avanzado tanto la medicina que la psicosis de antes no es la psicosis de ahora. Es decir, yo creo que la psicosis si se pueden recuperar, la idea es que lo

agarremos a tiempo, es fundamental la rapidez con la que uno tiene que diagnosticar la psicosis. En dos palabras... Adherencia al tratamiento y psicoeducación.

**Y desde tu experiencia ¿Cómo te sentís vos trabajando con esos pacientes?**

Yo me siento muy bien, porque el paciente psicótico primero que no es un paciente demandante, por lo general este tipo de paciente no vienen activamente a decirte “mira estoy psicótico” o “mira, estoy loco”. Por lo general lo trae el familiar, básicamente porque hace algún desorden de conducta, está delirando, tiene alguna distorsión. Entonces son pacientes que desde la contratransferencia no te generan algo negativo, al contrario, yo creo que son los pacientes más grave que tenemos, son los pacientes que más ayuda necesitan y son los pacientes más complicados porque no tienen conciencia de enfermedad. Y al no tener conciencia de enfermedad a veces no se puede intervenir, porque hay que intervenir de modo involuntario: órdenes judiciales, tratamientos involuntarios, convencerlos, meterse adentro del delirio un poco para convencerlos del tratamiento. Pero la verdad que a mí me gratifica mucho porque son pacientes que no te hacen renegar. Ellos están en una línea de trabajo totalmente diferente, ellos no piensan que necesiten ayuda. Por ahí se complica desde lo legal, porque si el paciente no quiere y hay algún tipo de riesgo, bueno hay que ayudarlo vía judicial. Pero la verdad como ha avanzado tanto el tema farmacológico, hemos agarrados la mayoría de los casos a tiempo, se han podido resolver. Por lo menos resuelven la idea, los comportamientos, la repercusión emocional. Después más adelante si la psicosis es crónico, si eminentemente podemos evitar los brotes porque generalmente son pacientes que dejan la mediación cuando comienzan a sentirse bien, por eso son tan importante los grupos psicoeducativos, fundamental trabajar con la familia y educar a la familia, fundamental los acompañamientos terapéuticos para que monitoreen la toma de la medicación. Acá fundamentalmente es adherencia al tratamiento. El paciente psicótico gratifica mucho cuando viene bastante desordenado a nivel cognitivo o a nivel comportamental y con la medicación la mayoría de los cuadros se resuelven.

**¿Y qué te pasa a vos cuando los pacientes no logran la adherencia al tratamiento?**

En realidad, cuando era más joven me frustraba mucho. Cuando uno piensa qué no hizo, qué podría hacer. Ahora lo tomo como un síntoma de la enfermedad, de hecho todos los libros dicen que el paciente psicótico necesita a veces tres recaídas y tres internaciones

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

para recién tomar conciencia que necesita tratamiento. Desde esta teorización evito frustrarme digamos.

**¿Esa frustración te obstaculizaba después en el abordaje con el paciente?**

No, para nada. Cuando veo que eso pasa trato justamente de agudizar los talleres psicoeducativos, tanto con familiares como con el mismo paciente. Por ahí es más importante con el familiar.

**¿Tienen algún espacio, dispositivo o grupo institucional donde vos puedas hablar de estos sentimientos que le generan los pacientes?**

Sí, sí. nosotros en la institución hacemos ateneos, cada quince día o todas las semanas. Y trabajamos los casos complicados. Y bueno hablamos un poco de todos estos aspectos, básicamente. En general desde nuestra experiencia uno se frustra más con los pacientes adictos que con los pacientes psicóticos. El paciente psicótico es más fácil de entender que él no entiende. El paciente adicto es un paciente en teoría más normal, que después no cumple porque trasgrede. Es más frustrante y sobre todo también cuando sos más joven. Después cuando entendes que el paciente adicto ya de por sí va a mentir, va a manipular, con el objetivo de consumir. La idea de evitar frustrarse es entender que ciertos síntomas forman parte de la misma enfermedad. Y yo siempre digo que cuando uno se frustra es porque piensa que hay algo que ha hecho mal o que no ha hecho. Yo a veces digo que no falla la familia, no falla el paciente, no falla el equipo, ¿qué falla? Falla la misma enfermedad. Si lo entendemos así, evitamos la frustración y seguimos adelante.

**¿Vos opinas acerca de si un espacio así sería necesario?**

Totalmente. Es más, en lo que estamos cortos nosotros, sería un poco la cuestión grupal. Dinámicas grupales, tanto familiares, como a pacientes, como a los médicos. Si bien nosotros hacemos reuniones de calidad, las hacemos un par de veces al año, pero bueno eso a veces no alcanza y es necesario incrementar el tiempo para este tipo de intervenciones. Hay muchos proyectos para hacer...

**La verdad que sí. Bueno, ya estaríamos entonces, muchísimas gracias!**

Perfecto, no por favor.

**Entrevista a Residente de psiquiatría**

**¿Cuál es tu profesión?**

Médica, estoy terminando la formación en psiquiatría.

**¿Hace cuantos años que trabajas acá?**

4 años.

**¿Qué función cumplís en la institución?**

Medica residente del servicio de una de las plantas y medica de guardia.

**¿Me puedes describir un día de tu trabajo?**

Ingresamos a las ocho de la mañana, hacemos revista de sala que es cuando se hace una evaluación del día previo de todos los pacientes, se comenta cómo estuvieron, si hubo cambios en la medicación, si hubo algún ingreso. Se evalúan posibles criterios diagnósticos, se evalúan esquemas farmacológicos para los ingresos y modificación de fármaco en caso de que sea necesario de alguno de los internados. Si estas de guardia, que es una vez a la semana, atendes consultas externas, que eso es más de la demanda ambulatoria. Después de la revista de sala se hacen entrevistas a los pacientes agudos del servicio y una vez a la semana a los crónicos que son los pacientes que viven acá. Y a la tarde por ahí hay clases o alguna otra actividad para nosotros.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos fuertes de la institución?**

La cantidad de pacientes. No es una clínica donde vos no conozcas a los pacientes. Por ahí hay internados donde hay mucha cantidad de pacientes, con 150 camas, 200 camas, entonces vos no tenes ni idea de lo que le acontece a los pacientes que viven o están internados. Acá hay 65 camas más o menos. En la revista de sala lo que se hace más o menos es conocer a todos los pacientes del servicio tanto crónico como agudos. Eso es buenísimo. Y vos tenes un manejo de la información, es decir si algo pasa en un servicio que no estas vos, más o menos te manejas. La casuística también. Es decir que ingresan mucha cantidad de pacientes con distintos tipos de trastorno, o sea es súper rico desde el aprendizaje. El equipo de trabajo también es buenísimo. Nos llevamos todos bien prácticamente, es bueno también porque siempre estamos los médicos que no sabemos

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

casi nada que somos los residentes con un terapeuta al lado, con una psicóloga al lado, entonces es como que la entrevista es mucho más rica, más dinámica. No nos centramos tanto en lo biológico o semiológico, sino también en otros aspectos. Eso está súper bueno.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos débiles de la institución?**

Bueno lo edilicio de la institución. El edificio es muy viejo y hemos tenido muchos problemas de filtrado de agua, que no hay agua, que se rompe una bomba y esos problemas nos afectan directamente. Lo administrativo también. Es como un manejo medio psicopático por parte de la cabeza de la institución. Y para nosotros los profesionales que no nos interesan cuestiones de dinero de la institución, te condicionan mucho en lo que es “no internar a pacientes con tales obras sociales, interna a estas porque cobran más”. No se tiene en cuenta la psicopatología del paciente. Hay cosas que por ahí se internan y están mil años por una cuestión económica, netamente de una ganancia de la institución y no por el cuadro en sí que tiene el paciente. Básicamente eso pero tiene mucho peso.

**¿Con qué tipo de pacientes soles trabajar?**

En realidad depende el servicio en el que estas. Por ejemplo planta alta y planta baja hay muchos pacientes con trastornos crónicos deteriorantes o demencias que ya están deteriorados. En cuidados intermedios hay muchas demencias. Pero hay mucho paciente psicótico, con primeros brotes, esquizofrenia o trastorno bipolar. Digamos que en mi caso por una cuestión de funcionamiento institucional yo pase más tiempo en lo que es el VIP, que sería Gropper, por una cuestión de demanda de equipo, y ahí si lo que prima es trastorno de la personalidad que hay muchísimos, y patología dual. Ya sea psicosis comórbida con sustancia, trastorno de personalidad comórbido con sustancias, retraso comórbido con sustancia. Los pacientes crónicos, que son con los que más tenemos contacto son paciente con retraso mental o psicótico. No sé si los chicos por ahí te pudieron puntualizar con qué tipos de pacientes trabajan pero hay de todo, trabajamos con todo.

**¿Cómo es tu tarea con esos pacientes?**

La entrevista diaria, la valoración desde la medicación, pautar permisos terapéuticos, las altas. En los casos de pacientes crónicos el año pasado yo me dedicaba a lo que era la coordinación, junto a dos licenciadas, de lo que son las acompañantes terapéuticos. El residente prácticamente hace prácticamente todo.

**Si vos tuvieras que describir tu experiencia de trabajo con estos pacientes psicóticos, desde tu vivencia personal en solo dos palabras ¿Cuáles serían?**

A mí me generan mucha ternura, son mis preferidos los paciente psicóticos. Porque por ejemplo los neuróticos o las caracteropatias son más parecidos a nosotros pero más inflexibles. Pero el psicótico es diferentes. A mí me genera esa cuestión de protegerlos. Como conoces el pronóstico, es como que me genera esto el de cuidarlos, acompañarlos, de explicarle a la familia a ver cómo podemos hacerlo entender, le buscamos un acompañante terapéutico, que haga actividades, que salga más.

**¿Cómo te sentís vos después del trabajo con pacientes psicóticos?**

Bien, generalmente por ahí en el momento más agudo hacemos una escucha más de lo fenomenológico. Que ellos hablen y nosotros nos ponemos a ver qué sintomatología presenta. Lo que va a hacer el psiquiatra es actuar mediante la medicación. Hay casos en los que por ahí la palabra o la escucha no sirven porque hay mucha desorganización, mucha productividad. Los médicos por ahí no estamos preparados para esto de la escucha desde otro lugar entonces actuamos con el fármaco y contenemos desde ahí.

**¿Hay alguna patología o algún tipo de paciente que a vos particularmente te genere dificultades?**

Las distimias, que serían trastornos depresivos mayores crónicos, que por ahí tienen un componente de personalidad de dependencia afectiva.

**¿Qué te generan estos pacientes?**

Me dan como impotencia, porque desde lo farmacológico por ahí mucho no se puede hacer. Así que te quedas con todo lo que es la personalidad y la “queja perpetua”. También me pasa con las psicopatías, o sea con trastornos antisociales de la personalidad, cuando ya son muy violentos, es como que me dan miedo. Pero esos son

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

como los trastornos que más... los laburo igual, no tengo problema. Por ejemplo psicópatas directamente no veo. Si hay, directamente que vaya otro. Me dan miedo que se tornen violentos. Además desde un conocimiento de lo trasferencial es como que te tratan de manipular todo el tiempo.

**¿A vos esas vivencias obstaculizan el trabajo con estos pacientes?**

No, no. Por ahí, es como una tendencia de la institución que con ese tipo de pacientes se angustien, que reaccionen a lo negativo que hacen. Pero por ahí desde la directivas que nos bajan, nos dicen que hay que complacerlo al paciente. A mí no me sale. Por ahí lo que se busca es limitarlos un poco y desde la institución que hacen un bajada de algo diametralmente opuesto a lo que es el tratamiento. Y no sabes para que lado ir.

**¿Tienen algún espacio, dispositivo o grupo institucional donde vos puedas hablar de estos sentimientos que le generan los pacientes?**

¿Tipo grupo Balint?

**Claro**

Mmm, no.

**¿Vos opinas acerca de si un espacio así sería necesario?**

Sí, me parece que sería re necesario. Y por ahí también por cuestiones grupales, yo estos últimos tres meses no estuve, estuve en una pasantía, pero mis colegas, mis amigas, me contaban que hubo muchos roces intra equipo. Capaz por eso que te digo de las diferentes perspectivas del tratamiento, hay una parte del equipo que piensa de una forma y hay dos por ejemplo que piensan distinto. Y generalmente se hace lo que piensan esos dos que están desacuerdo, por cuestiones de jerarquía. Las chicas me comentaron que el mes pasado se hizo como una pseudo terapia grupal, donde no se pudo hacer nada porque nadie se mueve de su lugar. Pero si sería re importante. Acá tenemos clases de psicoanálisis y era nuestro momento catártico, de hablar de lo que nos pasaba y la profe nos decía que pidamos un espacio así, que es súper necesario. Además porque el médico residente está bajo mucha presión, porque a las cuatro de la tarde se van todos y el médico se queda solo, a cargo de toda la clínica. Y hay cosas que vos decidís con los médicos y te bardean porque no es lo que ellos hubieran hecho, y es complicado.

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Bueno, acá terminamos, muchas gracias por tu tiempo.**

No, de nada!

**Entrevista a Jefe de piso**

**¿Cuál es tu profesión?**

Médico psiquiatra. Estoy de subjefe de dos pisos de la institución que es planta baja y Gropper que son los dos pisos que tienen más demanda de agudos.

**¿Hace cuantos años que trabajas acá?**

Hace cuatros años. Hice la formación de cuatros años de residente y ahora ya me incorporé al staff.

**¿Qué función cumplís en la institución?**

Subjefe de servicio. Yo cubro las demandas de los agudos. Superviso entrevistas y tratamiento farmacológico.

**¿Me puedes describir un día de tu trabajo?**

Entramos a las ocho, está la revista de sala hasta las nueve y media más o menos, donde se hace un repaso de todos los pisos, de todos los pacientes, se verifican esquemas de evolución y demás. A partir de ahí se va a hacer entrevistas hasta las once y media, doce. Y ahí termina mi horario de trabajo.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos fuertes de la institución?**

La actualización de lo teórico y formativo en sí. Los conocimientos están bien actualizados. El abordaje en equipo también está bueno. También es posible la contemplación de pedir estudios, de derivar, no te ponen mucho freno en eso. Yo reconozco mucho lo formativo, aprendes, se te da lugar a que vos puedas crecer, no tanto en lo económico si no más en lo académico. Podes hacer grupos, tienen flexibilidad. También esta esto que se recibe de todo tipo de pacientes, acapara, se ven muchos casos.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos débiles de la institución?**

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Por ahí que hay mucha demanda, la atención, se podría tener más personal, más médicos de guardia porque hay un solo médico de guardia. También cuestiones edilicias que se podrían mejorar. Desde el cuidado del personal se podría hacer más.

**¿Con qué tipo de pacientes soles trabajar?**

Yo trabajo en Gropper con pacientes que en teoría son más funcionales. Llegan a internación por las disfuncionalidades pero se les da más libertad, tienen menos supervisión. Son pacientes con trastornos de la personalidad, que secundariamente hacen consumo de sustancia, agresividad, o con episodios depresivos. Son pacientes que desde la nomenclatura vieja serian neuróticos.

**¿Trabajas o trabajaste con pacientes psicóticos en algún momentos?**

Sí, sí. En realidad mis primeros tres años fue en otros pisos así que sí he trabajado.

**¿Cómo es tu tarea con esos pacientes?**

En principio la parte medica por ahí es diagnosticar, contener desde lo agudo. Diagnosticar, poner esquema de medicación que buscar compensar la biología y psicoeducar. Por lo general depende el tipo de psicosis. Por ahí en psicosis de evolución crónica se busca generar hábitos, psicoeducar familias, que el paciente se pueda reincorporar. Y nosotros desde la parte medica mucha biología.

**Si vos tuvieras que describir tu experiencia de trabajo con estos pacientes psicóticos, desde tu vivencia personal en solo dos palabras ¿Cuáles serían?**

A mí en principio me interesa mucho y me genera por ahí muchas ganas de ayudar. No son palabras pero es eso... me interesa y ganas de ayudar.

**¿Hay algún tipo de patología que a vos te resulta más difícil de abordar?**

Adicciones, que en realidad no es tanto de adicciones porque no me pasa con todos los pacientes, pero si trastornos de personalidad histriónicos o histero narcisistas a mí me genera una contrasferencia que me dificultan un poco. Por el nivel de demanda y el tipo de demanda que tiene.

**¿Podrías ubicar alguna palabra? Por ejemplo cansancio, tristeza.**

Agobio sí. Por ahí me frustra, por la escasa capacidad de reflexión, de empatía.

**¿Vos crees que estas sensaciones tuyas obstaculizan tu labor terapéutica?**

Pasa que como mi rol es más medico con esos pacientes, termino siendo más directivo y como está la psicóloga con toda la parte terapeuta en sí, muchas veces en ese tipo de pacientes con los que yo ya no llego a tenerles paciencias los derivo a la psicóloga.

**¿Y qué haces vos con estas sensaciones tuyas?**

Se habla con el equipo, se trabaja, se comenta.

**¿Tienen algún espacio, dispositivo o grupo institucional donde vos puedas hablar de estos sentimientos que le generan los pacientes?**

No, no protocolarmente, así ya establecido. Por ahí si en revista de sala lo hablamos. Más informal. No hay un espacio ya pautado.

**¿Vos qué opinas acerca de si un espacio así sería necesario?**

Sí, sí. me parece que sería muy necesario.

**Por último, ¿vos crees que un psicólogo podría ayudar a minimizar o hacer más llevadero estas sensaciones?**

Sí, sí. yo lo entiendo, trabajar esa parte, hacer críticas. Poder trabajar esto con los equipos es sumamente necesario.

**Bueno, ya estaríamos, muchas gracias!**

De nada!.

**Entrevista a Enfermera Profesional**

**¿Cuál es tu profesión?**

Enfermera profesional

**¿Hace cuantos años que trabajas acá?**

10 años

**¿Qué función cumplís en la institución?**

Soy enfermera de piso y a la vez soy supervisora de enfermerías.

**¿Me puedes describir un día de tu trabajo?**

Bueno... hay cuatro semanas al mes, yo semana por medio hago supervisión. Superviso los cuatro pabellones, a la enfermeras. Y las dos semanas restantes hago de Enfermera de Piso.

**¿A qué hora empezas, qué tareas cumplís?**

Cuando estoy de supervisora arranco a las siete de la mañana y salgo a las tres de la tarde. De siete a ocho reviso los pabellones, controlo a la enfermera que va a cambiar de guardia a ver si hay alguna novedad, si paso algo a la noche con los pacientes. Después de ocho a nueve y media subo a revista de sala con los médicos y les doy la información de lo que ha pasado en el transcurso de la noche en los distintos pabellones. Los días de semana que me toca hacer de enfermera de piso, ingreso a las tres de la tarde hasta las once de la noche y hago lo que es la valoración del paciente, su evolución y veo cómo va el proceso de ese paciente en general.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos fuertes de la institución?**

Yo creo que son los ingresos. Y los puntos débiles es que faltan insumos, falta más conexión, falta más estructura porque el edificio es muy viejo.

**Cando vos decís que hace falta más conexión, ¿a qué te haces referencia?**

A la conexión de nuestros supervisores con nosotros. Por ejemplo una orden, una orden medica demora en llegar, se demora en la transmisión. Como que falta romper esa

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

brecha médico-enfermero, romperlo porque somos todos agentes sanitarios, trabajamos todos por lo mismo y hacia lo mismo.

**¿Con qué tipo de pacientes soles trabajar?**

Y yo con todos, muy general. Pacientes psiquiátricos, retrasos mentales, adicciones, Alzheimer, gerontes, todo, abarcamos toda la patología.

**¿Trabajas o trabajaste con pacientes psicóticos en algún momentos?**

Todos. Psicóticos, delirantes...

**¿Cómo es tu tarea con esos pacientes?**

Mi tarea es el cuidado.

**Si vos tuvieras que describir tu experiencia de trabajo con estos pacientes psicóticos, desde tu vivencia personal en solo dos palabras ¿Cuáles serían?**

En ese sentido soy muy fría porque es mi trabajo. No me lo cargo yo, es un trabajo que tengo que cumplir, no me lo llevo para nada.

**¿Cómo te sentís después de tu trabajo con pacientes psicóticos? En tanto vivencia, en tanto experiencia personal.**

No, soy una persona normal. No me afecta.

**¿Hay algún tipo de patología que te genere sensaciones o sentimientos negativos?**

Si, el paciente que ha abusado de niños. Pacientes agresivos a hacia la familia, hacia los niños, hacia su familia. Me genera rechazo, en el sentido de que esa persona tienen que entender que es un igual, que respete, que las otras personas merecen el mismo respeto que se merece él. Lo atiendo igual, no lo dejo de atender porque es un pacientes que necesita. Pero es como que me pongo más firme, doy ordenes más firmes, no cedo, es así.

**¿Vos crees que estas sensaciones y sentimientos obstaculizan tu trabajo?**

No, para nada al contrario.

**¿Y qué haces vos con estas sensaciones tuyas?**

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Las manejo en el momento. Por ejemplo, yo tengo a cargo 18 pacientes, los cinco, diez minutos que te corresponden con ese paciente lo atiendes y pasaste al otro paciente. Abrís una puerta, lo dejas de lado. No me afecta en nada. Hasta hoy, mañana no sé.

**¿Tienen algún espacio, dispositivo o grupo institucional donde vos puedas tramitar este tipo de dificultades?**

Lo hablamos en general así, con el médico de pabellón o el psicólogo, es más un diálogo, es algo cotidiano que lo hablas digamos. No hay un a terapia exclusiva. Yo por lo menos lo hablar. Tengo acceso para entrar a la revista de sala y lo hablo con los médicos de que tal paciente me genera esto, esto y esto y vemos de trabajarlo así y así y listo.

**¿Se habla más de lo terapéutico?**

Sí, sí. Por el momento no lo necesito, no se mañana.

**¿Y vos crees que un espacio así para reflexionar sería necesario?**

Sí, sí. Lo digo en general. Con mis compañeras, sí. Me gustaría asistir también para verlo, pero sí.

**Bueno y por último, ¿crees que la intervención de un psicólogo podría hacer más llevadero esto?**

Si me gustaría que pongan un psicólogo para enfermería. Quizás algunas no lo demuestren, pero sabes que sí, te das cuenta que lo necesitan. Si me gustaría, que puedan expresarse sobre lo que está pasando cuando están atendiendo su guardia. Hay enfermeros que te lo pueden manejar y hay otros que no. No soy excepcional pero no me afecta en nada por el momento. Pero si me gustaría para los compañeros.

**Muy bien, muchísimas gracias!**

No, de nada.

**Entrevista a Licenciada en Psicología**

**¿Cuál es tu profesión?**

Psicóloga.

**¿Hace cuantos años que trabajas acá?**

Seis años.

**¿Qué función cumplís en la institución?**

Ahora estoy como psicóloga de piso de planta alta y planta baja. En hospital de día, todos los días por la tarde como psicóloga. Y bueno aparte tengo consultorio.

**¿Me puedes describir un día de tu trabajo?**

Por la mañana está la revista de sala, de las ocho hasta las nueve, nueve y media. Después vamos al piso, vemos a los pacientes. Yo por general veo a los pacientes con los que de verdad puedo trabajar psicoterapéuticamente. Y a partir de las once tenemos que bajar a la sala de médicos para hacer los partes para los familiares de los pacientes que llaman. Que son desde las once hasta la una. Y bueno en Hospital de Día, son entrevista a los pacientes una vez a la semana.

**¿Qué pacientes se pueden abordar psicoterapéuticamente?**

Y más neurosis, adicciones, trastornos límites, trastornos de la personalidad. Algún tratamiento a algún psicótico compensado, obviamente... psicótico, esquizofrénico, bipolar, que este compensado. Y más que nada ahí se psicoeduca para que el paciente tenga adherencia al tratamiento.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos fuertes de la institución?**

Es una de las pocas clínicas que hay en Córdoba y en los alrededores. Más allá que en Córdoba este el Morra y Oliva. Desde mi punto de vista también esta buena la fluctuación de pacientes. Hay mucha casuística, eso está muy bueno para aprender. Y desde el lado del paciente, que este es un lugar de contención, para un estado de descompensación. Yo he visto mejoras en ellos, entonces eso es positivo. Un lugar de contención.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos débiles de la institución?**

Tienen que ver con la infraestructura, más que nada eso. Y desde Hospital de Día por ahí se nos complica cuando queremos hacer una actividad y por ahí no tenemos los recursos para poder llevarlo adelante. Desde se punto de vista no hay motivación. La motivación es nuestra, para estar ahí con los pacientes por que ellos nos necesitan.

**¿Con qué tipo de pacientes soles trabajar?**

Acá en clínica, con todo.

**¿Y con paciente psicóticos soles trabajar?**

Sí, sí.

**¿Cómo es tu tarea con esos pacientes?**

Psicoeducando.

**Si vos tuvieras que describir tu experiencia de trabajo con estos pacientes psicóticos, desde tu vivencia personal en solo dos palabras ¿Cuáles serían?**

Me apasiona. Esas serían las dos palabras.

**¿Cómo te sentís después de trabajar con estos pacientes?**

A mí me gusta mucho. Me gusta la patología en sí. me gusta verlo en el paciente. Me gusta ver eso que leo en el libro. Por ahí me encuentro con una familia desbordada, me gusta poder contenerlo y poder tener las herramientas necesarias para poder contener a ese paciente.

**¿Hay alguna patología o algún tipo de paciente que vos sientas que se te dificulte más trabajar?**

Los trastornos de personalidad.

**¿Qué sentís con esos pacientes?**

Que se me acaban los instrumentos para trabajar. La tolerancia. Lo que siento contratransferencialmente.

**¿Vos sentís que esas vivencias te obstaculizan en el abordaje del paciente?**

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

Sí, porque me enoja. Me pasa en Internación. Esos son pacientes que por lo general no llegan al consultorio. Pueden llegar si son mandados por la ley o porque los obligan a ir. Son pacientes que no colaboran. Es parte de la misma patología pero en el momento te cuesta entender que se así. entonces te sentís impotente.

**¿Tienen algún espacio, dispositivo o grupo institucional donde vos puedas hablar de estos sentimientos que le generan los pacientes?**

No, en realidad eso se habla en la revista de sala, se transmite lo que provoca. También en el servicio hay un equipo: psiquiatra, jefe de servicio, el director de la institución o con el psicólogo de otro piso que puedo hablar y decir “che mira, me provocó esto, cómo lo puedo manejar”. Como un espacio de supervisión desde lo informal.

**¿Vos crees que los profesionales necesitarían un espacio como ese?**

Sí, creo que estaría muy bueno.

**Bueno y por último, ¿crees que la intervención de un psicólogo podría hacer más llevadero esto?**

Si, totalmente. Creando algún dispositivo para que eso se pueda tramitar. Qué se yo, grupos de reflexión, de relajación, más vivenciales, de rolle playing. Si yo creo que sí, que estaría muy bueno para descontracturar todo esto más institucional.

**Bueno buenísimo, ya estaríamos. Muchísimas gracias!**

De nada! Espero que te sirva!

**Entrevista con Trabajador Social**

**¿Cuál es tu profesión?**

Licenciado en trabajador social.

**¿Hace cuantos años que trabajas acá?**

Nueve años.

**¿Qué función cumplís en la institución?**

Trabajo en tres niveles: lo que es internados de PAMI, lo que es el abordaje familiar de los pacientes ambulatorios e internados, y lo que es el abordaje institucional de aquellos aspectos que hacen a la relación de la institución con otras instituciones o con la comunidad.

**¿Me puedes describir un día de tu trabajo?**

Lo tengo repartido en varias cosas: Revista de sala de los pacientes crónicos, ingreso e informe socioeconómico de los pacientes internados agudos que ingresan a la institución, tengo una lista de turnos que son de paciente ambulatorios ya sean de la obra social o privados, consultas y asesoramientos respecto a tramites, gestiones, asignación de pensiones, administración de recursos, certificados de discapacidad y/o abordaje de situaciones familiares relacionadas a la problemática comunicacional y relacional de familias. Por lo cual hago algunos días consultorio, algunos días hago Internación, otros días trabajo en admisión de Hospital de Día y generalmente hago fuera del horario de trabajo aquellos contactos con obras sociales, con los auditores, con farmacia, con otras instituciones referido a capacitaciones, con gestionar recursos para la clínica. Eso es más o menos. Mi día de trabajo puede empezar a las siete de la mañana cuando vienen las obras sociales y terminar a las diez de la noche.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos fuertes de la institución?**

Primero una cuestión bien contextual, es la única institución que tiene internaciones para pacientes crónicos dentro del centro del país. No hay otra institución que tenga el aval para tener internados pacientes crónicos en el sur de la provincia de Córdoba, en todo San Luis y La Pampa. Un punto fuerte es la posibilidad de tener camas de

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

internación crónica de pacientes que no tendría otra posibilidad que no fuera una internación crónica. Otro punto fuerte por ahí me parece que es la residencia, la posibilidad que los médicos puedan hacer la especialidad. Creo que hay recursos humanos formados para trabajar.

**¿Cuáles son los aspectos que vos consideras como los puntos débiles de la institución?**

La infraestructura, ya que teniendo los recursos, siendo un referente de salud mental en el centro del país, de tener un prestigio, no tiene la infraestructura adecuada acorde a eso. En espacio, en disponibilidad. Entonces me parece que otra debilidad es no poder mostrar lo que se hace. Es una institución que mira para adentro. No hay una política institucional que tienda a poner a la institución hacia afuera. Y carga un estigma histórico. O sea el loquero de Río Cuarto... entonces no hay una política para que se muestre otra cara de la institución, sigue cargando con el estigma de la historia. Bueno para mejorar siempre hay un montón de cosas. Creo que falta mucho todavía de trabajo desde una visión interdisciplinaria, formar recurso humano como fortaleza, se puede transformar en una debilidad cuando no la dotas de una mirada más amplia, más interdisciplinaria, más sociocomunitaria, más preventiva. Se quedan en el abordaje asistencial y médico hegemónico, de medicalización de la enfermedad y no se trasmite una formación que apunte a la promoción y a la prevención de la salud mental. No digo que la medicación no sea importante. Si les falta esta otra visión se caen en lugares comunes, de no poder entender la evolución de la patología, de no poder entender cuál es el proceso de la patología, cómo está inserta la patología en el proceso cultural, histórico, económico que le toca vivir a cada uno. Me parece que la pata social está faltando en la formación de los profesionales, de los residentes. Desde mi óptica sociocultural, sociovincular, me parece que los residentes no están teniendo acceso a esa formación. Y después se reproduce en la práctica. El tratamiento y el abordaje empieza y termina en el esquema de medicación. Recién estos últimos años hemos estado haciendo todo un trabajo donde le médico va viendo todas las situaciones que impiden que el tratamiento se realice, porque entienden que hay pautas culturales y pautas comunicacionales o de relación en un grupo familiar que impiden que se lleve adelante el proceso de tratamiento. Entonces ahí recién me derivan a la familia... para ver cómo vos psicoeducas para poder garantizar el tratamiento médico. En realidad debería ser parte todo de lo mismo y esta como disociado.

**¿Con qué tipo de pacientes soles trabajar?**

Trabajo con todo tipo de pacientes. La mayoría de los pacientes que concurre acá a la clínica son pacientes con diagnóstico de psicosis, esquizofrenia, adicciones. Por cuestiones de índole histórica y social los pacientes son cada vez más joven, más marginales y con patologías más complejas de inicio bastante precoz, que tiene que ver con adicciones. Cosa que hace veinte años atrás, era distinto, no llegaban pacientes tan jóvenes, con trastornos de conductas tan graves y con consumo de sustancia. Eso se está viendo mucho en los últimos diez años. Y además el paciente que llega a una clínica privada es un paciente que cuenta con recursos económicos, diferentes al paciente que recurre a una institución pública. Que además la locura se mezcla con la pobreza. Una combinación bastante difícil de abordar. Cosa que acá tenes el recurso de la obra social, de lo económico, hay otros recursos. Y la historia de la patología es diferentes, porque el que llega acá tiene por ahí alguna historia de algún contacto con ... el que llega a la parte pública viene traído por la policía, por vecinos, por denuncias... son aquellos que estuvieron debajo del puente, debajo de una chapa, con alguna discapacidad no visibilizada por mil años, después de formar parte del paisaje por diez años alguien se preocupó, hizo la denuncia y lo fueron a levantar para traerlo al hospital. Una persona con un deterioro de diez años, el típico “hombre del árbol”.

**¿Cómo es tu tarea con esos pacientes?**

Con el paciente crónico es tratar de garantizar que aquellos recursos o cuestiones materiales de algún modo se vayan gestionando para hacer que su calidad de vida durante el período de la internación sea lo más pasable, lo mejor posible. Desde gestionar aquellas cosas que la misma evolución del cuadro va necesitando, desde diente a pañales. Sobre todo que no pierdan vínculo con su familia, los que tienen contacto con sus familias o con el afuera, tratar de promoverlo.

Con el paciente de internación aguda, es que no se institucionalice, que no pase a ser crónico. Que el paciente agudo siga siendo agudo. Que la internación sea un periodo breve de pasaje por la institución y que siga su tratamiento ambulatorio. Y eso requiere modificaciones rápidas del contexto, ya se material, económico, institucional. Que el paciente vuelva a su comunidad, a su familia o a su trabajo de manera sostenible. Que no se dé está calesita que entra, está un mes, sale y así. Afuera tiene que cambiar. De

***Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental***  
Proyecto de Aplicación Profesional

acuerdo a las características de cada caso uno verá qué trabajo se da. Con otras instituciones lo vincula. Para que algo afuera se modifique.

Y con el paciente ambulatorio es depende la demanda, por ahí es asesoramiento legal, sobre todo en estos últimos tiempos que ha cambiado el código civil y eso implica modificaciones en lo que hace a las capacidad desde las personas en relación al uso de su habilidades para decidir acerca de bienes, cambió la figura del insano.

**Si vos tuvieras que describir tu experiencia de trabajo con estos pacientes psicóticos, desde tu vivencia personal en solo dos palabras ¿Cuáles serían?**

Creo que es la esencia de la salud mental el trabajo con psicóticos. Creo que es aquello lo que más me seduce, me entusiasma y me genera empatía para trabajar. Creo que es con el que uno tiene más recursos para ayudarlo. Creo que todos los pacientes más jóvenes, con el tema de adicciones o de otras patologías uno va formándose sobre la marcha. El psicótico es la esencia de la formación.

**¿Y hay alguna patología que te cueste abordar?**

No, no. Mira ya te digo a mis veintipico de años en el área, donde uno ha pasado por diferentes instituciones y por diferentes pacientes y uno ha ido aprendiendo. No hay situaciones que me generen esta cosa de impotencia o de rechazo o de una cuestión antipática para abordar. Puedo trabajar con niños, con adolescentes, con bulimia, anorexia, con abusadores, con abusados, con maltrato familiar. No, no, ahora no puedo identificar ahora una patología que no abordaría nunca...

**Claro, pero no estamos hablando de si lo abordaría o no si no de qué te generan...**

Y a mí los trastornos limites por ahí me aburren. Yo no trabajaría en la parte privada solamente con neurosis o trastornos limites... no trabajaría solamente con eso. Creo que llega un momento que lo vería cuatro veces y no los vería más, que vayan a otra lado. Me aburren, me producen una frustración muy importante. Yo puedo ver el avance terapéutico de un retraso mental profundo y de un psicótico y me resulta difícil ver esto en una histeria o en un trastorno border. Me canso, me aburre, y me genera esta cuestión de reproducir frustración. Prefiero trabajar con un abusador, con una psicopatía. Me gusta por me generan adrenalina, me ponen muy alerta y con todas las pilas para trabajar.

**¿Tienen algún espacio, dispositivo o grupo institucional donde vos puedas hablar de estos sentimientos que le generan los pacientes?**

Creo que no está identificado como espacio para eso, sino que forma parte de otros espacios. Esto es la revista de sala, la supervisión, los espacios de capacitación, de formación teórica.

**¿Vos crees que una propuesta de intervención para crear un espacio de este tipo así sería necesario o enriquecedor para la institución?**

Sí, pero creo que tendría que venir asociado a la formación. Es como ese espacio de supervisión donde uno trabajar la única herramienta que tiene para trabajar: uno mismo. La formación no es solo leer y reproducir, sino que también es ejercitarse y saber cuál es la calidad de herramienta que uno tiene. Yo te puedo enseñar a manejar una máquina, pero la sensibilidad que vos vas a tener con la máquina, es cosa tuya. Y vas a manejar esa máquina diferente a otros. En este caso la única herramienta que tenemos somos nosotros mismos y creo que queda muy expuesto el profesional, porque creen que la herramienta que tienen es el medicamento. Y no se dan cuenta que la herramienta que tienen son ellos mismos. Entonces lo que yo he visto a lo largo de ver pasar diez generaciones de residentes, es como dañan, deforman, el instrumento que tienen para trabajar. Esto del maltrato familiar, es parte del fracaso terapéutico, de la dificultad que tienen la mayoría de los profesionales médicos de hablar con la gente. Y la incapacidad no se compensa con lo que aprenden de psicofarmacología. Capaz con el paciente de lo que aprenden de psicofarmacología es fantástico. Pero la gente se va desconforme con el trato. Trabajamos creyendo que la formación pasa por enseñarles psicofarmacología, y la formación pasa por formar al terapeuta que use la psicofarmacología. Cuando confundimos eso estamos reproduciendo médicos de muy mal carácter, que el paciente se quede en el lugar del paciente, y ahí estamos en el siglo XVIII. Cree uno que con veinticinco años, seis meses de ejercicio y matrícula le dan la autoridad para cuestionar, imponerse a una familia y de “vos hace lo que yo digo”, de ponerse en un lugar supra, de poder entender cómo son los vínculos y las relaciones interpersonales. Estamos dejando de lado la formación para que los médicos cuenten con herramientas teóricas de relaciones interpersonales. Los modelos de formación influyen en la práctica. Más allá de lo teórico, son cuestiones esenciales, hasta filosóficas si se quiere.

*Espacios de cuidado para Profesionales de Salud Mental*  
Proyecto de Aplicación Profesional

**Claro... Bueno, por ahora ya estaríamos, muchísimas gracias por tu tiempo!**

Bueno, de nada, no hay porque.