

Universidad Siglo 21



Trabajo final de Grado Plan de Intervención.

Lic. en Psicología.

Dispositivo Grupo Balint entre Servicios del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua.

Autor: Juarez, Héctor Rubén.

Legajo: PSI03140.

Docente Director: Dr. y Mgter. Rubén M. Pereyra.

Río Cuarto, Córdoba.

Diciembre, 2020.

El hábito de habitarnos:

Me pregunto si es esto:

*las palabras encajando en las notas,
la calma del equilibrio minúsculo
y el mínimo sobresalto que sale de dentro,
lo ajeno que ya es propio.*

Me pregunto si es esto:

*el recuerdo en presente,
la mano experta tendida sin rozar apenas,
un silencio cómodo habitando entre miradas,
la rutina que ya es
perenne.*

Cada noche

abrazo la respuesta.

Elvira Sastre.

*Aprendí a ser formal y cortés
Cortándome el pelo una vez por mes
Y se me aplazó la formalidad
Es que nunca me gustó la sociedad

Viento del sur, oh lluvia de abril
Quiero saber dónde debo ir
No quiero estar sin poder crecer
Aprendiendo las lecciones para ser

Y tuve muchos maestros de que aprender
Solo conocían su ciencia y el deber
Nadie se animó a decir una verdad
Siempre el miedo fue tonto

Y el tiempo traerá alguna mujer
Una casa pobre, años de aprender
Como compartir un tiempo de paz
Nuestro hijo traerá todo lo demás
Él tendrá nuevas respuestas para dar*

Aprendizaje - Sui Generis.

Desde hace tiempo me pregunto por qué elegí ser psicólogo, no siento que haya una sola respuesta, hay días en que encuentro algunas y otros en que no es tan así. Lo que sí sé, es que espero poder ayudar a construir desde mi granito de arena, a que vivamos en una sociedad más justa, que tengamos una vida más humana, en el encuentro con el otro.

A mis sobrinos, que me enseñan desde lo más genuino a reír, a jugar...

A mi familia, a la cual extraño en estos momentos y que espero poder ver pronto, que ha estado allí siempre para lo que necesité y me brindó las oportunidades.

A mis amigxs, con quienes construimos un lugar de afecto compartido, pero principalmente de aguante, un lugar donde alojar nuestras diferencias.

A aquellxs docentes que me han brindado un lugar, que me han enseñado desde lo más humano, el respeto por el otro.

A todes, gracias por formar parte de mí.

Índice

Resumen y palabras claves.	6
Introducción .	7
Línea estratégica de intervención.	9
Síntesis de la organización seleccionada.	12
Esquema 1: Organigrama del Servicio de Salud Mental.	15
Esquema 2: Organigrama del Nuevo Hospital.	17
Delimitación de necesidad de objeto de la intervención.	18
Objetivos: General y Específicos.	22
Justificación	23
Marco Teórico.	24
Capítulo I: Hacia una mirada compleja.	24
Capitulo II: Psicoanálisis e Interdisciplina.	31
Capitulo III: Dispositivo de Grupo Balint.	38
Plan de trabajo.	42
Encuentros.	44
Cronograma.	46
Recursos.	47
Presupuesto.	48
Evaluación.	49
Referencias bibliográficas.	51
ANEXO	59
I. Matriz de evaluación de impacto.	60

Resumen

El presente Plan de Intervención realizado en el marco de la cátedra de Seminario, corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. El mismo se realizará en el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, buscando fomentar el trabajo interdisciplinar entre los profesionales que conforman a los diferentes Servicios de la institución. Para ello se propone la puesta en marcha de un dispositivo de Grupo Balint, el cual será coordinado por dos profesionales del Servicio de Salud Mental. En cuanto al plan de trabajo, se elaborará una misma modalidad de encuentro que se repetirá tantas veces sean necesarias con el fin de que todos los profesionales del Nuevo Hospital puedan contar con la experiencia de haber participado.

Finalmente se llevará a cabo una evaluación de impacto a los fines de determinar los resultados que se obtuvieron con la implementación del dispositivo.

Palabras claves: Interdisciplina – Complejidad – Psicoanálisis – Epistemología – Salud Pública – Grupo Balint.

Introducción

Para lograr identificar la necesidad de fomentar el trabajo interdisciplinar a través de un dispositivo de Grupo Balint en el Nuevo Hospital de Río Cuarto, primero fue necesario realizar un exhaustivo análisis del material otorgado por la Universidad Siglo 21 acerca de la institución elegida.

El presente trabajo se enmarca en la línea estratégica denominada “Intervención desde un aspecto del desarrollo Organizacional”, buscando mejorar la calidad institucional del Nuevo Hospital con el fin de reducir efectos iatrogénicos en la atención a la salud. Para ello será necesario desglosar y ampliar la noción del constructo Interdisciplina, trabajando con los aportes de diferentes referentes nacionales en el ámbito de la Salud Mental, como también realizar un análisis epistemológico de los modos de conocimiento imperantes en Occidente, a partir del comienzo de la modernidad hasta la actualidad. Este recorrido brindará la posibilidad de potenciar la noción de Interdisciplina desde diferentes aportes provenientes desde el Psicoanálisis y del Paradigma de la Complejidad. Una vez realizado dicho recorrido, se concluirá el desarrollo del Marco Teórico abordando la fundamentación epistemológica del dispositivo de Grupo Balint y sus principales características.

En relación al plan de trabajo, se diseñará una sola modalidad de encuentro que se repetirá tantas veces sea necesaria para que todos los profesionales de los diferentes Servicios del Nuevo Hospital puedan contar con la experiencia. El mismo será coordinado por dos Psicólogos/as con formación en psicoanálisis que formen parte del Servicio de Salud Mental, contando con la participación de 12 profesionales de diferentes servicios por encuentro.

A fin de conocer los resultados obtenidos por la implementación del dispositivo, se realizará una matriz de evaluación de impacto.

Línea temática escogida.

En el presente Trabajo Final de Grado se desarrollará un plan de intervención que buscará proponer diferentes vías de resolución fundamentadas y críticas sobre una necesidad detectada en la institución elegida, la cual será el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua.

Para ello se trabajará sobre una de las líneas estratégicas de intervención planteada por la Universidad Siglo 21, la cual se denomina “Intervención desde un aspecto del Desarrollo Organizacional”. La misma se puede entender como la búsqueda de mejora continua de la organización, con el fin de vencer las resistencias al cambio y cumplir con el objetivo de brindar atención a la salud de una determinada población, intentando lograr un mayor nivel de recuperación y minimizando los efectos seculares mediante una rehabilitación integral, atendiendo también a los aspectos psicológicos y sociales, además de los físicos. (Canvas, 2019).

Un aspecto fundamental para comprender la línea estratégica elegida es la noción de paradigma, entendiendo al mismo como una manera de ver las cosas, un conjunto de valores y creencias que determinan la forma de estructurar, categorizar y clasificar el mundo. Siguiendo con la propuesta epistemológica de Kuhn se puede decir que el mundo no se existe por sí mismo, sino que, el conocimiento que sobre él se tiene se va construyendo a partir de la observación que se realiza, la cual está dirigida y depende del marco teórico. (Kuhn, 1974).

A lo largo de la historia en Occidente se ha instaurado en una posición hegemónica un modelo médico positivista, teniendo como características principales su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, etc. Dicho modelo implica el surgimiento de una práctica que es curativa y no brinda lugar al análisis del contexto y los procesos colectivos determinantes de la enfermedad, convirtiendo el problema

específico en un problema abstracto, donde lo determinante es lo genérico y no la situación en la que se encuentra el trabajador en el proceso productivo (Menéndez, 1985).

Esta hegemonía del modelo médico implicó prácticas en el ámbito de Salud Mental en Argentina basadas en el modelo manicomial proveniente de una psiquiatría asilar instaurada a mediados del Siglo XX. (Chiarvetti, 2008).

El médico psicoanalista Emiliano Galende (1983), al realizar una revisión histórica de la psiquiatría como disciplina, afirma lo siguiente: “El hecho de que el tratamiento médico del loco se haya realizado en situación de encierro asoció inicialmente la psiquiatría con el manicomio. Esta relación no es contingente sino esencial y se ha mantenido hasta bien entrado nuestro siglo.” (p. 2).

Un hecho histórico para romper con estas prácticas que tendían al encierro fue la sanción el 25 de noviembre del año 2010 de la Ley N° 26657 denominada como “Ley Nacional de Salud Mental”, la cual implicaría un gran avance en materia de derechos humanos y sociales de aquellas personas con padecimiento mental, promoviendo una mirada de la salud que implica la apertura a un paradigma comunitario:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. (Ley N° 26657, 2013, p. 10).

Teniendo en cuenta que el Nuevo Hospital de Río Cuarto tiene por objetivo realizar un abordaje integral de la salud a quien lo necesite, es indispensable para ello el trabajo interdisciplinar. Siguiendo los aportes de Stolkiner (1999) se entiende a la

Interdisciplina como la construcción conceptual común entre disciplinas, que va más allá de un grupo heterogéneo de profesionales: “Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos”. (Stolkiner, 1999, p. 1).

Se podría pensar que enriquecer el trabajo interdisciplinar teniendo como parámetro la nueva Ley de Salud Mental, permitiría a la institución brindar un abordaje de mayor calidad a partir de la complejización de diferentes miradas y paradigmas.

Síntesis de la organización seleccionada

El Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua es una Institución escuela, que brinda prestaciones de alta complejidad, contando con seis pisos y doscientas camas, siendo una institución referente con gran cobertura a nivel provincial y que tiene como misión atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada de 450.000 habitantes. Las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles de mediana y alta complejidad. Al ser una institución de carácter público, la mayor parte de sus recurrentes pertenecen a los sectores más vulnerados de la región, que no cuentan con la cobertura de una Obra Social, entre tantas otras cosas (Canvas, 2019).

En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población. Entonces, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales (Canvas, 2019).

Dicha institución tiene sus orígenes en el año 1948 a partir de un plan nacional de creación de hospitales que se llevó a cabo durante el gobierno del general Juan Domingo Perón y su ministro de Salud Pública Ramón Carrillo (Canvas, 2019).

En su fundación el hospital regional con dependencia nacional, estuvo ubicado en el barrio las Ferias, al sur de la ciudad, ocupando un predio de una manzana completa y funcionando como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad, contando inicialmente con las especialidades de clínica médica, cirugía, pediatría y tóco ginecología (Canvas, 2019).

Debido a la demanda regional, con el paso de los años se fueron incorporando otras especialidades, entre ellas el Servicio de Salud Mental en el año 1969 a partir de gestiones realizadas por el médico psiquiatra Lucero Kelly en el Instituto Nacional de Salud Mental. Dicho servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, comenzando a funcionar bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, ubicado en el pabellón 5 del predio anteriormente mencionado, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. En cuanto a elementos materiales, se contaba con una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica (Canvas, 2019).

Si bien la creación del servicio fue fruto de una incipiente política de transformación, contando con algunos movimientos precursores de lo que actualmente se conoce como Salud Mental, buscando orientarse hacia un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental, aún en ese entonces, pese a encontrarse el servicio dentro del predio del Hospital Regional, seguía funcionando de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica (Canvas, 2019).

En 1978 durante el gobierno de facto se cambió la jurisdicción del hospital a nivel provincial, produciendo el traslado de todos los elementos del Servicio al Hospital San Antonio de Padua, dejando de funcionar como Comunidad Terapéutica de Salud Mental como entidad independiente (Canvas, 2019).

La creación de la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba en 1984 significó un importante crecimiento para el servicio, dando lugar a la inclusión de estrategias terapéuticas no tradicionales como teatro, talleres literarios, artesanías, etc. (Canvas, 2019).

En 1993 se dio la incorporación de la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental), la cual funcionaría por dos años y luego volvería a abrirse en el año 2004 continuando hasta la actualidad (Canvas, 2019).

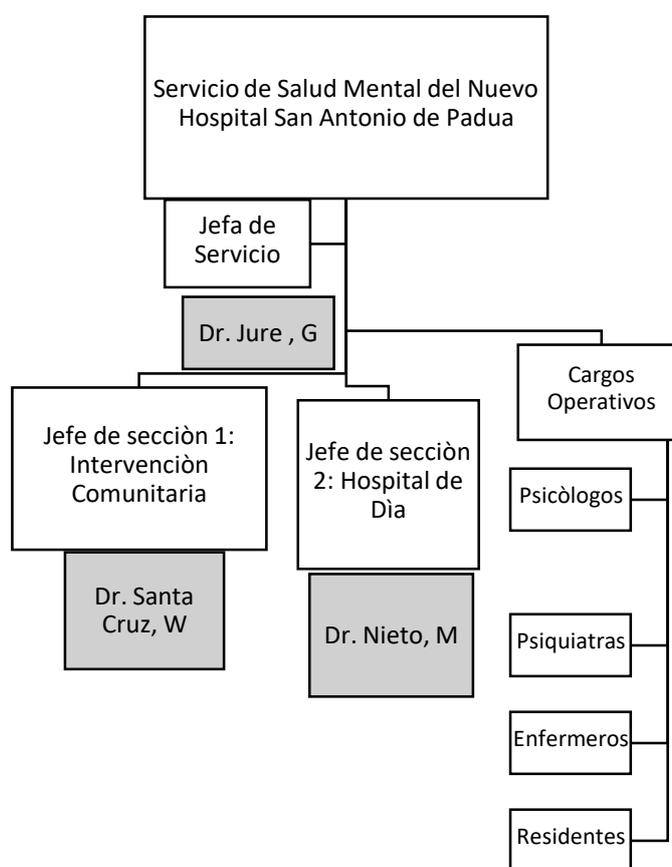
En el 2004 también se produjo el traslado del hospital al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, exceptuando el Servicio de Salud Mental, el cual permanecería en el viejo predio hasta el año 2014. Durante esos 10 años, hechos importantes al servicio tuvieron lugar, como por ejemplo la inclusión de los trabajos de Práctica profesional de estudiantes de cuarto año de la carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21, como también los cambios de enfoque a partir del 2010, logrando una consolidación del Servicio en sus diferentes áreas (asistencial, atención por guardia, capacitación del servicio, etc.) y por último, la creación en el 2011 dos áreas nuevas: Hospital de Día e Intervención en Comunidad (Canvas, 2019).

Con respecto al traslado del Servicio de Salud Mental hacia la nueva ubicación, el mismo fue impulsado por los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N.º 9848 como nacional N.º 26657 y se planificó desde un inicio de manera progresiva, lo cual se vio afectado debido a una epidemia regional. Ante dicha situación el Servicio termina de trasladarse en su totalidad a principios del 2016 (Canvas, 2019).

En cuanto al actual funcionamiento del Servicio de Salud Mental, el mismo cuenta con 15 profesionales correspondientes a diferentes disciplinas como la psiquiatría,

psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería, de los cuales 9 son personal de planta, 5 contratados y 1 corresponde a locación de servicio. Además, cuenta con 10 profesionales de diferentes disciplinas a través de RISaM. De esta manera se evidencia el abordaje interdisciplinario que realiza el Servicio, contando también con la Capacitación de servicio (Canvas, 2019).

Esquema 1: Organigrama del Servicio de Salud Mental. Extraído de: Elaboración propia basado en canvas 2019.



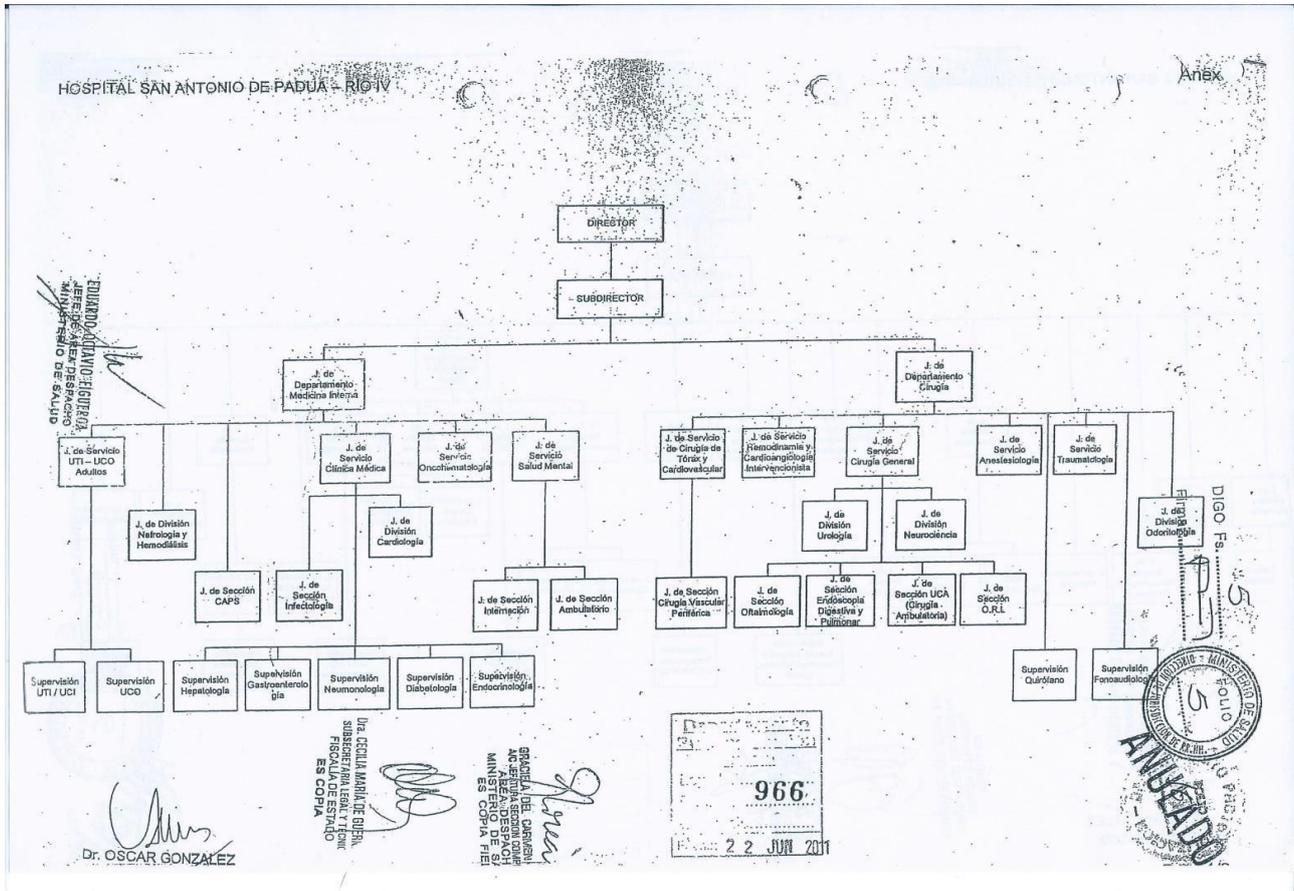
Cabe destacar el enfoque que ha mantenido el servicio en los últimos 13 años, buscando ir un poco más allá de un abordaje asistencialista y promover prácticas de salud en la comunidad en base al enfoque de derechos para el campo de la salud, viéndose esto reflejado en prácticas que desalientan el encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial. De esta manera se aborda la problemática psicopatológica desde un carácter holístico e integral, corriendo la mirada desde una perspectiva

individualista hacia una perspectiva compleja, donde el ámbito social y cultural de cada sujeto toma relevancia, promoviendo una mirada e intervención integral sobre el sujeto y brindar una respuesta inclusiva en lo social a quien padece problemáticas de orden psíquico. (Canvas, 2019).

Dicho servicio cuenta con dos ejes de acción en relación a sus modalidades de atención, por un lado, la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos, y por otro, la demanda de la interconsulta y trabajo interdisciplinar, donde se asiste a equipos médicos de otras áreas de clínica médica. El sistema de atención está compuesto por: Asistencia por guardia, atención ambulatoria, sección Infanto Juvenil, internación, sección intervención comunitaria. (Canvas, 2019).

Esquema 2: Organigrama del Nuevo Hospital San Antonio de Padua de Río

Cuarto. Extraída de: Canvas, 2019.



Delimitación de necesidad de objeto de la intervención.

A continuación, se expondrán aquellas problemáticas o necesidades identificadas a partir del análisis de la institución presentada anteriormente (Canvas, 2019):

1. En términos generales, se observa:
 - a. Cambios políticos a nivel nacional que producen cambios en cuanto a los recursos económicos destinados a la Salud Pública.
 - b. Falta de presupuesto.
 - c. Pocos días de vacaciones otorgados a los profesionales de la institución.
2. Con respecto al Servicio de Salud Mental se identifican las siguientes necesidades:
 - a. No se cuenta con un programa sistemático destinado al trabajo interdisciplinar entre diferentes servicios.
 - b. Falta de convenio del Nuevo Hospital para con otras instituciones.
 - c. Se requiere la incorporación de otros Lic. en Psicopedagogía.
 - d. Pocos residentes de psiquiatría y enfermería.
 - e. Establecer convenios para la capacitación de los profesionales del servicio en instituciones educativas externas.
 - f. No se cuenta con un espacio de formación para los profesionales del servicio en relación a la Ley N° 27.499 denominada “Ley Micaela”.
 - g. Establecer un programa que incluya el trabajo conjunto con otras instituciones.
 - h. El servicio no cuenta con programas de reinserción para pacientes internados.
 - i. El espacio de Intervención Comunitaria no cuenta con profesionales suficientes designados específicamente a esta área.
 - j. Falta de profesionales designados exclusivamente a Hospital de Día.

- k. No se cuenta en Hospital de Día con un taller de Educación Sexual Integral.
- l. Ausencia dentro de la estructura del Nuevo Hospital con un espacio al aire libre en donde se puedan llevar a cabo diferentes talleres en Hospital de Día.

A lo largo de los años el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua ha ido adquiriendo mayor complejidad y atravesando cambios desde su inauguración, incorporando numerosos servicios con el fin de lograr una atención integral y de calidad a quienes lo requieran. Sin embargo, la institución no cuenta con un espacio de encuentro y producción, donde se habilite la discusión y planificación entre los diferentes servicios sobre los posibles abordajes ante cada caso en particular, con el fin de lograr un adecuado trabajo interdisciplinario.

Se considera necesario para lograr un continuo progreso y mejoramiento en la calidad de la atención ofrecida por parte del Nuevo Hospital, superar resistencias e ir en busca de un desafío hacia una construcción colectiva. “Sabemos que es correcto adjetivar el trabajo en salud como interdisciplinario, pero también conocemos que, bajo esa denominación, encontramos prácticas unidisciplinares o collages armados con los retazos que aporta cada profesión que interviene en la atención de un paciente”. (Alvarado, 2013, p.43).

En relación a los aportes de Stolkiner trabajados anteriormente, es importante comprender a la interdisciplinariedad como un modo de posicionarse ante el objeto y frente a los otros campos del saber, llevando a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. (Azaretto, Ros, 2015).

Con lo trabajado hasta aquí, se plantea como necesidad la creación de un programa de formación continua entre los diferentes servicios del Nuevo Hospital, construyendo un

espacio de formación, debate, crítica y reflexión que tenga como fin complejizar la mirada ante el objeto de estudio.

Un antecedente de la necesidad desarrollada tiene lugar en una investigación realizada en la ciudad de Cataluña, España, en el año 2012. El objetivo de la investigación consistió en identificar las competencias actuales y las necesarias para el futuro de los directivos y técnicos de Salud Pública. La misma fue llevada a cabo mediante una metodología cualitativa fenomenológica, en donde se realizó 31 entrevistas individuales semiestructuradas a una muestra teórica, intencionada y razonada conformada por diferentes profesionales del sector, para incluir la máxima pluralidad discursiva posible. El contexto de la investigación se caracterizó por la reforma de la Salud Pública en dicha ciudad, teniendo por objetivo una renovación conceptual y administrativa que permita el pasaje de un modelo fragmentado a un modelo anticipativo, próximo a los ciudadanos y que genere confianza y seguridad. Los resultados obtenidos muestran coincidencia en las competencias requeridas para técnicos y directivos, siendo para los primeros necesarias habilidades de orden operativas, y en los segundos, habilidades de supervisión y gestión de implementación de programas. Un aspecto importante radica en la necesidad que ambos puestos detectan con respecto a adquirir entre diferentes servicios y profesionales una comunicación eficaz, asertiva, clara, oral y escrita. También coinciden en la importancia de compartir un marco teórico común sobre Salud Pública y proponen numerosas competencias transversales potentes que permitan la flexibilidad necesaria. (Berenguera, Capella, Peray, Pujol, Rodríguez y Roma, 2013).

Los autores mencionan al respecto: “Para la mayoría de los participantes, la gestión del conocimiento, la informática y la predisposición a aprender y a investigar son muy importantes.” (Berenguera, Capella, Peray, Pujol, Rodríguez y Roma, 2013, p. 396).

Podría pensarse que esta investigación da cuenta de la necesidad del trabajo interdisciplinario en una institución de Salud Pública que tiene como objetivo realizar un abordaje integral de la salud, siendo necesario la comunicación y construcción conceptual entre los diferentes servicios que la componen.

Objetivos

Objetivo general: Favorecer el desarrollo de la interdisciplina en los profesionales de diferentes servicios del Nuevo Hospital de Rio cuarto San Antonio de Padua a través del dispositivo grupo Bal int.

Objetivos específicos:

- Reflexionar acerca de las formas de relaciones entre pacientes, médicos, familiares.
- Favorecer el desarrollo de una actitud empática en los profesionales de salud.

Justificación.

El nuevo Hospital de Río Cuarto es una institución escuela que brinda prestaciones de alta complejidad, siendo un referente con gran cobertura a nivel provincial, asistiendo a varios departamentos y una población de 500.000 habitantes aproximadamente (Gonzales, 2015).

Las demandas que llegan a la institución se caracterizan por ser de alta complejidad, proviniendo, en términos generales, de los sectores más vulnerados de la región que cuentan con bajos recursos económicos, problemas sanitarios, culturales, ambientales, geográficos, etc. (Gonzales, 2015).

Debido a esto se requiere por parte de la institución una respuesta que esté a la altura de la complejidad de la situación. Para ello se considera fundamental potenciar el trabajo interdisciplinar entre diferentes servicios, lo cual posibilitaría ampliar miradas y horizontes, incorporando diferentes concepciones y abriendo lugar al debate y la crítica.

El dispositivo que se desarrollará con el fin de enriquecer el trabajo interdisciplinar es el creado en el año 1957 por Michael Balint denominado como “Grupo Balint”. Dicho autor fue un psicoanalista húngaro que trabajaba en la clínica Tavistock, en Londres, buscando contribuir a la formación y práctica de los médicos generales, criticando la noción de diagnóstico tradicional, basado en la descripción, clasificación y evaluación de un concepto abstracto, para proponer un diagnóstico global, donde además de lo anterior, se incluiría la relación entre médico-paciente y los sentimientos que allí se juegan (Daurella, 2013).

“...la transferencia se nos aparece, en un primer momento, solo como el arma más poderosa de la resistencia...” (Freud, 1912, p. 102).

Marco teórico

Hacia una mirada compleja.

A partir del comienzo de la modernidad en el Siglo XV y su posterior consolidación hacia fines del Siglo XIX, se da la instauración hegemónica de un paradigma científico con un notable posicionamiento reduccionista, basado en una unidad metodológica, ubicándose como la forma más desarrollada y genuina de conocimiento (Palma, 2008).

Acerca de la exigencia metodológica en la modernidad del Siglo XX: “En la medida en que la racionalidad humana se condujera según los pasos correctos del método se arribaría al conocimiento verdadero acerca del mundo” (Palma, 2008, p.11). Fiel representante de dicha concepción fue el denominado “Círculo de Viena” surgido en la década de 1920, buscando una formulación canónica que toda teoría pretendidamente científica debía satisfacer. Para ello, dicha concepción de la ciencia se caracterizaba por: su militancia metafísica, distinción tajante entre contexto de justificación y de descubrimiento, intentos de demarcación precisa, reduccionismo, objetividad, decibilidad, intersubjetividad y la racionalidad (Palma, 2008).

Michael Foucault (1976) al realizar un exhaustivo análisis en la “Historia de la Sexualidad” acerca de la expansión discursiva a partir del Siglo XIX menciona:

“Hasta fines del siglo XVIII, tres grandes códigos explícitos – fuera de las regularidades consuetudinarias y de las coacciones sobre la opinión – regían en las prácticas sexuales: derecho canónico, pastoral cristiana y ley civil. Fijaban, cada uno a su manera, la línea divisoria de lo lícito y lo ilícito” (Foucault, 1976, p. 39).

A pesar de que con el paso de los años este modelo ha recibido numerosas y valiosas críticas, ha llegado a posicionarse en Occidente como el modo hegemónico de construcción de la realidad. Se identificó a la razón iluminista en Europa con la idea de evolución y progreso, estableciendo una norma y dejando a otros pueblos y culturas bajo la estigmatización de “primitivas”, cargadas de atraso y misticismo (Galende, 1983).

Bajo la influencia del paradigma positivista se ha instaurado en América Latina un modelo fármaco biomédico enmarcado en una episteme donde predomina la mercantilización del cuerpo, desapropiando el cuerpo humano e instaurando relaciones de poder (Breilh, 2015).

Autores que se han enmarcado dentro de este modelo, como por ejemplo Karl Popper con su individualismo metodológico, rechaza cualquier explicación de fenómenos sociales o individuales que no se expresen en términos de hechos sobre los individuos, es decir, que pueda ser falsable. De esta manera no se puede pensar en términos de lo “colectivo” (Palma, 2008).

A partir de la irrupción y consolidación de este paradigma se fue produciendo un pasaje desde una época de gran represión (como lo fue durante los siglos XV, XVI, XVII y XVIII), a otra en donde predominó la explosión y la proliferación discursiva en torno a los placeres y al sexo, nombrando y persiguiéndolo exhaustivamente mediante la norma médica. Proliferación en una búsqueda incesante de la verdad, hasta en su más ínfimo secreto. En relación a esto Foucault menciona: “Lo importante quizá no resida en el nivel de indulgencia o la cantidad de represión, sino en la forma de poder que se ejerce.” (Foucault, 1976, p. 43).

En el plano de la psiquiatría, podría tomarse como ejemplo la denominada Revolución Francesa, que tiene a Pinel como principal referente y que resultó en la

asignación legal al médico, del problema de la locura: “se funda la psiquiatría como disciplina médica y el loco pasa a ser enfermo.” “La locura no fue más posesión demoníaca, rareza o genialidad como era en el renacimiento, devino “enfermedad” para la razón iluminista.” (Galende, 1983, p.2).

Otra consecuencia de la unicidad metodológica mencionada anteriormente, radica en la fragmentación disciplinar dentro del conocimiento científico. Desde la consolidación del positivismo, se fue reivindicando la universidad como lugar de producción y reproducción del conocimiento de modo sistemático a partir de la organización disciplinar, la cual resultaría en la división y especialización del trabajo y diferentes áreas de la ciencia. Esto ha provocado la constitución de fronteras disciplinarias, fundando una actitud de “propiedad” dentro de cada disciplina, con respecto a un lenguaje y conceptos definidos (Bru, 2012).

En palabras de Foucault (2013), se entiende por disciplina como: “un conjunto de enunciados que se rigen por un mismo modo de existencia y que a su vez, su modo de existencia determina el de la formación discursiva” (P. 233).

En relación a la fragmentación discursiva, el Dr. psiquiatra Jorge Berlaffa (2018), actual Jefe de departamento de Medicina Interna del Nuevo Hospital de Río Cuarto, relata lo siguiente:

“Este hecho ha sido interpretado por algunos como una forma de hacer perder la noción de la totalidad al especialista, dado que éste no conocería un ápice de disciplinas que fuesen diferentes de la suya; un conocimiento de la generalidad, de lo total, sería imposible de reconstituir desde esta configuración de las prácticas sociales e intelectuales de un profesional.” (p. 11).

Un pensador que ha producido un giro en cuanto al modo que tuvo la Concepción Heredada de entender a la epistemología clásica fue Thomas Kuhn, al proponer a la ciencia no solo como producto, sino también como proceso, lo cual implicaría darle un lugar a la historia en la construcción del conocimiento científico. El autor niega la neutralidad de la experiencia y afirma que la observación va a depender del paradigma desde el cual se la realice (Palma, 2008).

Palabras de Kuhn tomadas por Palma (2008): “Un paradigma es lo que los miembros de una comunidad científica comparten y, recíprocamente, una comunidad científica consiste en hombres que comparten un paradigma.” (p. 90).

Otro aporte que realiza el epistemólogo es en relación al carácter dogmático que posee la formación que reciben los profesionales dentro del modelo científico tradicional, llegando a compararla con la educación religiosa. La misma tiene una doble función: el científico es formado para defender el paradigma y no para refutarlo, y segundo, solo los especialistas están en condiciones de comprender el alcance de las anomalías que pueden llegar a surgir (Palma, 2008).

Desarrollando las ideas de Kuhn, Palma (2008) afirma que los paradigmas están inscriptos en una dinámica histórica y van alternando entre dos nociones básicas: la ciencia normal y la ciencia revolucionaria. La primera hace referencia a los tiempos estables dentro de una comunidad científica, donde los enigmas que surgen se intentan resolver mediante la metodología y técnicas compartidas en la misma, aquí podría pensarse la continuidad que ha tenido el modelo médico en los últimos siglos y su unicidad metodológica. Por otro lado, está la ciencia revolucionaria, la cual requiere una crisis del paradigma vigente y la aparición de uno alternativo: “...aquellos episodios de

desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por otro nuevo e incompatible.” (Palma, 2008, p.94).

“La historia de las ciencias no es solamente la de la constitución y de la proliferación de las disciplinas sino también aquella de la ruptura de las fronteras disciplinarias, de la usurpación de un problema de una disciplina sobre otra, de circulación de conceptos, es también la historia de la formación de complejas y diferentes disciplinas que van a ir sumándose a un tiempo que aglutinándose. Dicho de otro modo, si la historia oficial de la ciencia es la de la disciplinariedad, otra historia ligada e inseparable, es la de la Inter-trans-poli-disciplinariedad.” (Morín, 2001, p.10).

Los debates acerca de posicionamientos epistemológicos y paradigmáticos no es tema que haya quedado en la historia, sino que, posee gran vigencia hoy en día. A partir de la complejidad que la realidad actual presenta, comienza a notarse la insuficiencia de aquel paradigma medico hegemónico con su respectiva unicidad metodológica, que resulta en un abordaje reduccionista y simplista de la realidad (Almeida, 2006).

Se considera pertinente retomar aquí la concepción propuesta por Kuhn anteriormente mencionada como “Revolución científica, para poder pensar lo que respecta al surgimiento del paradigma complejo a partir de los aportes del pensador francés Edgar Morín a mediados del Siglo XX. El mismo va a realizar una crítica al paradigma de la simplicidad vigente:

“La simplicidad ve a lo uno y ve a lo múltiple, pero no puede ver que lo Uno puede, al mismo tiempo, ser Múltiple. El principio de

simplicidad o bien separa lo que está ligado (disyunción), o bien unifica lo que es diverso (reducción)”. (Morín, 1990, p. 55).

El autor va a proponer una mirada compleja que implique la aceptación de una contradicción, que permita recuperar la incertidumbre que durante tanto tiempo se ha perseguido, para lo cual es fundamental introducir la noción de sujeto, comprendiendo al mismo como la capacidad de posicionarse en el lugar de “yo”, una posición ubicada en el centro del mundo para poder tratarlo y tratarse a sí mismo, es lo que se puede denominar como egocentrismo: “Ser sujeto, es ser autónomo siendo, al mismo tiempo, dependiente. Es ser algo provisorio, parpadeante, incierto, es ser casi todo para sí mismo, y casi nada para el universo.” (Morín, 1990, p.61).

Análogamente, la epistemóloga argentina Denise Najmanovich (2011) en su libro “El juego de los Vínculos”, aporta lo siguiente:

“Si... iniciamos nuestro camino desde una *no-dualidad* fundante, podremos construir una perspectiva que en lugar de eludir las paradojas achatando el espacio del pensamiento nos permita hacernos cargo del desafío que nos plantean, dándonos la oportunidad de salir del círculo vicioso de las oposiciones dicotómicas y creando un círculo virtuoso merced a una dinámica creativa.” (Najmanovich, 2011, p. 76).

Siguiendo lo planteado hasta aquí con respecto al paradigma complejo, se podría realizar una crítica a la definición de salud que sigue hoy vigente por parte de una institución que ha tenido gran impacto a nivel mundial a partir de su creación en 1948 como lo es la Organización Mundial de la Salud. La misma entiende a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones y enfermedades.” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Podría pensarse que al hablar de “un estado de completo bienestar...” corresponde a una noción de sujeto fijo, estable y definido, que proviene de la lógica identitaria instaurada por la perspectiva de la época moderna. En cambio, a partir de los aportes de diferentes autores pertenecientes al paradigma de la complejidad, se puede pensar la concepción de sujeto en un constante devenir, inmerso en el constante devenir y donde ya no hablamos de “límites-limitantes”, sino de, “límites fundantes”, los cuales no son fijos ni claros, sino que constituyen una dinámica de intercambios y da lugar a pensar la noción de vínculo (Najmanovich, 2011).

En relación al concepto de Salud Mental, Galende (1983) aporta lo siguiente:

“Se les escapa así que los modos de comprensión de lo patológico son históricos, cambiando tanto las formas y los contenidos de la alienación mental, como los modos teóricos y prácticos de dar cuenta de ella. La “comprensión definitiva” de la enfermedad mental es solo un sueño de la razón positivista.” (p. 2).

Tomando los aportes de Jaime Breilh (2015) provenientes de la epidemiología crítica, es indispensable en la actualidad superar reduccionismos en lo que refiere al concepto de salud, y pensar a la misma como un fenómeno multidimensional, como un proceso colectivo constituido por un dinamismo entre la construcción del objeto, el sujeto y un escenario de práctica. Atender a la interrelación y movimientos entre estos aspectos, implica desde donde nos posicionamos.

Se espera que el recorrido hecho permita pensar algunas cuestiones que ayuden a comprender aquellos fenómenos resistenciales que muchos profesionales presentan ante la propuesta de un trabajo interdisciplinario (Bru, 2012).

Psicoanálisis e Interdisciplina.

Hasta aquí se ha desarrollado sobre algunos cambios significantes que han tenido lugar a partir de la modernidad hasta la actualidad, acerca del modo de concebir y hacer ciencia con el fin de poder abordar el constructo central del presente trabajo, la Interdisciplina.

Para llegar a tal tema se considera necesario realizar, primeramente, un pasaje por una disciplina que ha provocado una ruptura epistemológica, o en términos de Kuhn (1974), una “Revolución Científica”, en cuanto al modo de concebir al ser humano a comienzos del siglo XX, denominada como Psicoanálisis. El fundador de dicha disciplina fue Sigmund Freud, médico neurólogo austriaco de origen judío que, a partir de una mirada diferente a la clínica de la época, pudo comprobar la existencia del Inconsciente y provocó novedosos aportes conceptuales.

A partir de sus principales postulados acerca de la estructuración del aparato psíquico, se puede pensar que Freud produjo un cambio en el modo de concebir al cuerpo, dejando de ser este un ente meramente biológico, sino que, va a plantear la correlación existente entre la vida anímica del Sujeto y lo somático. En “Esquema del Psicoanálisis”, el autor expresa: “... esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescinde al comienzo de la cualidad de la conciencia” (Freud, 1940, p, 156).

Un concepto a partir del cual Freud basaría sus intentos por explicar los desarrollos de la sexualidad infantil y la consecuente estructuración del aparato psíquico, es el de Pulsión, mediante el cual daría cuenta de aquella correlación entre la vida anímica y lo somático mencionada anteriormente:

...pasamos a la consideración de la vida anímica, la «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (Freud, 1915, p. 117).

Esto lleva trabajar otro aporte que brinda valiosos instrumentos para repensar la relación entre médico-paciente. A lo largo de su obra se ha dedicado a intentar comprender el sentido del síntoma, entendiendo al mismo como una formación de compromiso sostenida por dos fuerzas pulsionales enemistadas en la instancia del Yo, que vuelven a coincidir para la conformación del mismo. Dicha conducta se pondría al servicio de la compulsión a la repetición en la vida cotidiana, lo que se llamaría Transferencia, y en el espacio analítico, al manifestarse aquella repetición en relación con la figura del analista se establecería la denominada Neurosis de Transferencia como base de la cura en el tratamiento (Freud, 1912).

En el ámbito de la salud, se puede entender a la relación profesional de la salud – paciente, como el contacto único o múltiple, regular o entrecortado, que realiza un profesional en rol de terapeuta y una persona portadora de una enfermedad en tanto paciente, teniendo ambos el objetivo común de la remisión de la enfermedad. Algunas de las características de la misma es el establecimiento de un flujo emocional bilateral, es una relación biográfica-longitudinal en donde el padecimiento del paciente está articulado en su trama histórica y es dinámica (Berlaffa, 2018).

Todo lo trabajado hasta el momento conduce a plantear la pregunta que se realiza Paula Carina Abellón (2017) en su relato clínico acerca de su experiencia profesional

como residente en el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Aurelio Moyano, con el fin de repensar un espacio fundamental en la práctica de la salud, la cual es "... ¿La función del Interconsultor, se trata solamente de responder un pedido? ..." (p. 72).

Al referirse al espacio de la Interconsulta, siento este de gran importancia y que concierne tanto a los trabajadores de la salud, la relación médico paciente y a la Interdisciplina, no se alude a un espacio físico ni teórico, sino que: "...una praxis y un espacio virtual donde se encuentran al menos dos paradigmas (el de las ciencias naturales y el de las ciencias sociales) y dos encuadres (el médico y el psicológico); por tanto, estamos ante un espacio epistemológico muy particular." (Berlaffa, 2018, p. 10).

Aquí se puede pensar aquella noción denominada como Asistencia médica, entiendo por tal al cuidado personalizado de un paciente, que permita discriminar sus necesidades, hacerse cargo de ellas y contenerlas. El espacio de la Interconsulta viene a ampliar dicha asistencia, incluyendo al análisis las necesidades del médico y la manera en que estas pueden influir en el establecimiento de la relación médico-paciente (Berlaffa, 2018).

Resulta indispensable entender el espacio de Interconsulta Médico-Psicológica como lugar donde promover la mirada acerca del servicio de Salud Mental, no como sinónimo de patología, sino como, un espacio abocado a la singularidad de cada sujeto y a su componente humano. Fomentar esto podría dar lugar a repensar en los profesionales de la salud sus prácticas, con el fin de reducir y/o evitar efectos iatrogénicos de la misma (Rocca, 2001).

Si se considera la noción de Sujeto, se podría remitir a pensar en los aportes que introdujo Jacques Lacan en su relectura de la obra freudiana. A partir de la edición realizada por el psicoanalista francés Jacques-Alain Miller (2008) de los seminarios del

autor, abocándose al estudio y difusión del pensamiento de Lacan, podemos comprender al Inconsciente como Lenguaje en términos estructurales, y entendiendo al Sujeto como Sujeto de la falta que se constituye en el universo del lenguaje, es decir, del Gran Otro, su estructura emerge en un entre y se sitúa en el intervalo que expresa la discontinuidad entre significantes. Esa falta constitutiva de aquel Sujeto del Lenguaje conduce a pensar en la imposibilidad de decirlo todo, en que la palabra es engañosa, y, por lo tanto, la necesidad de pensar la salud de una manera holística y colectiva, dando lugar a los discursos provenientes de diferentes disciplinas.

A diferencia de Freud, Lacan al partir de su concepción de Sujeto barrado, va a sostener que la pulsión no puede ser algo natural y total, porque el Sujeto es “no todo”. Las pulsiones para el psicoanalista francés van a ser siempre parciales y sexuales, surgen a partir de la Demanda y produce una herida en los bordes del cuerpo, es decir, el Sujeto va a realizar un montaje de sus zonas erógenas e inscribirá allí los significantes (Miller, 2017).

La psicoanalista Colette Soler (1993) al revisar los modos de concebir al cuerpo en psicoanálisis, tomando los aportes de Lacan trabaja sobre la importancia de realizar la distinción entre organismo (lo viviente) y aquello a lo que se denomina cuerpo. A este último lo entiende como una realidad, pero no en un sentido tangible, sino que:

“Decir que el cuerpo es una realidad, implica decir que el cuerpo no es primario, que no se nace con un cuerpo. Dicho en otra forma, el cuerpo es de la realidad, pero en el sentido de que la realidad, después de Freud, tiene un estatuto subordinado: es algo que se construye, es secundario.” (p. 1).

Estos aspectos nos remiten a repensar una actividad central en la atención a la salud, la cual consiste en el uso del diagnóstico. En la actualidad se observa una tendencia en la actividad de diagnosticar proveniente de aquel paradigma médico a evaluar, clasificar y estandarizar dentro de parámetros fijos, estáticos y descontextualizados. Dicha actividad deja por fuera la subjetividad, fijando y pronosticando un determinado futuro. Esta forma refleja la lógica de aquella ciencia sin sujeto (Levin, 2005).

Con respecto al diagnóstico, Galende (1983) menciona lo siguiente:

“Los frecuentes debates sobre diagnósticos, de importancia decisiva en la medicina general, se limitan en psiquiatría a una tarea nosográfica sin implicancias para el conocimiento etiopatogénico ni para las prácticas terapéuticas, ya que éstas no difieren grandemente en función de su especificidad nosológica.” (p.3).

Levin propone una mirada diferente en relación al diagnóstico en la clínica, entendiendo al mismo como el establecimiento de una relación con el otro, un lazo transferencial, lo que implica también encontrarnos con una historia, una trama. Se debe partir de aquella relación para interrogarnos por qué ese sujeto está poniendo el cuerpo en escena. “Toda experiencia diagnóstica, por ser singular, tiene algo de ininteligible, de irrepresentable, de inidentificable, de incomprensible e inclasificable, y es justamente en aquello que no podemos catalogar donde se pone en escena la historicidad y la problemática siempre discontinua...” (Levin, 2005, p. 57).

Si se entiende a la salud como un proceso colectivo y dinámico, resulta enriquecedor poder pensar al constructo de la Interdisciplina tal como lo hace Alicia Stolkiner (1999), psicóloga argentina especializada en Salud Pública con orientación en

Salud Mental, que entiende a la misma como la construcción conceptual común entre disciplinas, que va más allá de un grupo heterogéneo de profesionales: “Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos”. (Stolkiner, 1999, p. 1).

Tener en consideración las nociones abordadas hasta el momento, tanto provenientes del paradigma complejo como del psicoanálisis, brindaría al profesional de la salud, la posibilidad de repensar y potenciar la función de la interconsulta, mirar más allá de lo que permitiría hacerlo aquel paradigma médico, deconstruyendo relaciones de poder hegemónicas que resultan en aquella mirada distante del profesional con respecto del paciente, donde se aborda un cuerpo concebido como mero organismo. Podría pensarse que esto habilitaría un lugar para la pregunta, entendiendo al cuerpo como hablante, subjetivarlo, leer el mensaje que está brindando (Abellón, 2017).

Se considera importante poder pensar a la interconsulta, en términos de lo que otros autores denominaron como “*Urgencias Subjetivas*”, habiendo tantas como sujetos hay y siendo las mismas una situación desbordante, un “fuera de discurso”, si entendemos a este como vínculo social, entender a la urgencia como la suspensión de este (Tomas, 2011).

En consonancia con los aportes trabajados acerca de la Interdisciplina, Azaretto y Ros (2015) entienden a la misma como la convergencia entre varias disciplinas, pero con el objetivo de ampliar el saber sobre el problema, fruto de ese diálogo. Bajo el primer contexto de uso del concepto se plantea que la interdisciplinariedad constituye un modo de posicionarse frente al objeto y también frente a los otros campos de saber. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la

existencia de corrientes de pensamiento subterráneas -de época- atravesando distintos saberes disciplinarios.

La Interdisciplina es: "...la interrelación orgánica de los conceptos de distintas disciplinas, hasta el punto de constituir una nueva unidad que eleva los aportes de cada una de las disciplinas particulares." (Berlaffa, 2018).

Partiendo de aquella noción de la salud como un proceso dinámico y colectivo, se la puede entender también dentro de la noción de campo, refiriendo al mismo como un espacio de lucha, donde los distintos contendientes tratan de defender o de apropiarse de un material cultural y simbólico, pudiendo por ello agregar que se trata de un espacio de poder. La interdisciplinariedad es un "posicionamiento, no una teoría unívoca". Al hablar de subjetivación, estamos haciendo lugar a la singularidad y es desde aquí que podemos empezar a hablar de un paradigma de derechos y hacer entrar a la diversidad en nuestras prácticas (Garzaniti, Romero, 2018).

Lo enriquecedor de potenciar el trabajo interdisciplinar a través del dispositivo de Grupo Balint, consistiría en la construcción de un espacio que plantee más interrogantes que respuestas; rescatando desde el orden práctico la búsqueda de nuevas salidas. (Berlaffa, 2018).

Dispositivo de Grupo Balint.

Para arribar a la comprensión del dispositivo a desarrollar, se requiere en una primera instancia, presentar algunas características que hacen a la situación de un sujeto que está atravesando por una enfermedad. Dicha situación implica el fenómeno de regresión, que resulta en: una reducción del tiempo y espacio, se vuelve egocéntrico y dependiente. La misma implica un fracaso en los diferentes mecanismos defensivos, acompañado del surgimiento de fuertes temores con respecto a lo que está sucediendo. Es de considerar la situación de aquellos pacientes con lesiones corporales, donde se pone en juego un mecanismo de resomatización, entendiendo a este como un modo arcaico de expresión vía corporal (Berlaffa, 2018).

A estas características presentadas, se le debe sumar la importancia de la intervención del equipo de salud, quien se vuelve depositario de fuertes ansiedades y temores, y que el manejo de las mismas, influirá de manera decisiva en el desarrollo del caso (Berlaffa, 2018).

Pero si se piensa en la relación entre médico-paciente, en términos de cómo el primero puede favorecer las condiciones para atravesar la situación de quien consulta, es necesario remitirse no solo a las ansiedades, emociones y afectos depositados en la figura del médico, sino también, realizar un análisis de la situación institucional y laboral en la cual se trabaja día a día. A partir de ello es interesante desarrollar un aspecto que atraviesa fuertemente al personal de la salud, denominado como “Síndrome de Burnout”, teorizado en 1974 por Herbert Freudenberger, entendiendo al mismo como: “... el sentimiento de estar siendo usado o exhausto ante una excesiva demanda de energía y recursos personales, lo cual deriva en depresión y fatiga como resultado de la devoción a una causa que no produjo la recompensa esperada.” (Escardó, 2012).

Dicho Síndrome es caracterizado por un agotamiento emocional, que se manifiesta en fatiga física o psíquica, disminución de recursos emocionales y la sensación de impotencia o falta de recursos para ofrecer como profesional, aparece reiteradamente la queja y se pierde el disfrute del trabajo, dando lugar a diferentes reacciones que resultan iatrogénicas por parte del profesional tanto ante sus compañeros, como hacia las personas que solicitan su asistencia (Escardó, 2012).

El dispositivo de Grupo Balint fue creado en el año 1957 por Michael Balint, psicoanalista húngaro, a partir de su trabajo en la clínica Tavistock en Londres. Allí buscaba aportar a la formación y prácticas de los médicos de la institución, realizando una crítica a la noción clásica de diagnóstico trabajada anteriormente, para ir en busca de la construcción de un diagnóstico global, donde se permitiera incluir la relación entre médico-paciente con la dinámica afectiva emocional que esta implica (Daurella, 2013).

Balint entiende al padecimiento como campo en donde: "... entran en juego aspectos subjetivos, psicológicos, creencias y temores, mientras la enfermedad es solamente un nombre escueto, impersonal, dado a una entidad nosológica." (Owens, 2008).

El autor sostiene que el médico debe incluir en la actividad del diagnóstico aquellas connotaciones emocionales que surgen de ambas partes de la relación profesional de la salud-paciente y valorarlas como elementos útiles, sin dejarse llevar acríticamente e ingenuamente en su práctica. Aquí se puede mencionar la importancia de fomentar una actitud crítica por parte de los profesionales de las instituciones para no recaer en prácticas con efectos iatrogénicos. Para Balint: "...hacer un diagnóstico no es un mero ejercicio intelectual, sino un encuentro entre dos personas, con las consiguientes connotaciones emocionales para ambas" (Daurella, 2013, p.1).

Siguiendo el lineamiento, el psicoanalista húngaro manifiesta su discrepancia con respecto a un déficit crucial que observa en la formación de los médicos: no se enseña a los futuros profesionales, como manejar la medicina más utilizada, el propio médico. Así es que en la práctica resultan situaciones iatrogénicas a causa de una serie de creencias preestablecidas por parte del médico sobre numerosas cuestiones, a lo que el autor denomina “función apostólica”, es decir, se actúa por sentido común. Una de las principales manifestaciones de dicha función, es la dificultad que puede tener un médico para empatizar con el paciente que se le presenta (Owens, 2008).

Con respecto a la metodología de los grupos Balint: constituyen espacios conformados por diversos médicos, profesionales de la salud y un psicoanalista, en donde a partir de la especificidad clínica de este último, se da lugar a la presentación de casos provenientes de la práctica médica con el fin de trabajar, no solo los aspectos referentes a la psicopatología o psicodinámica, sino también aquellas dificultades encontradas en la relación con el paciente, con familiares, como también con otros profesionales que participan del caso. Si bien a partir del dispositivo los participantes aprenden y obtienen mejorías en torno a su salud mental, el mismo no es de carácter didáctico, como tampoco terapéutico (Daurella, 2013).

Para lograr un adecuado trabajo en el grupo, se requiere que el psicoanalista, lejos de adoptar una actitud interpretadora, pueda posicionarse en rol de recoger todos los elementos que van surgiendo en la dinámica y ayudar a pensar, incentivando a los participantes a estimular su función reflexiva, con el fin de que aquello que se percibe como de sentido común en cuanto la intervención profesional, no es tan así, lo cual ampliaría su mirada para afrontar situaciones próximas (Daurella, 2013).

“Para que el grupo sea fresco y creativo, se trata de crear un clima de cooperación entre colegas de disciplinas diferentes, no jerárquico, donde puedan manifestarse espontáneamente muchas de las convicciones implícitas de los participantes que contribuyen a perpetuar formas de ejercer su oficio frustrantes y desgastantes, sin sentirse juzgados ni perseguidos, sino contenidos y ayudados a imaginar alternativas más esperanzadoras” (Daurella, 2013, p. 4).

¿Para qué sirve el grupo Balint? Podría decirse que ayuda a alternar el trabajo clínico y no clínico, promueve el trabajo en grupo, sirve de sostén al compartir experiencias emocionales y ayuda a plantear objetivos realistas entre profesionales. A partir del mismo se busca la comprensión, que el profesional pueda reflexionar sobre su estilo de respuestas, capacidades y puntos débiles. Atravesar por la palabra aquellas cuestiones que se juegan en la intensidad del momento, daría lugar a una calidad de elaboración en los profesionales (Daurella, 2013).

Además, se podría pensar que el grupo Balint busca fomentar el interés por la dimensión psicológica en el ámbito médico, abriendo lugar a diferentes narrativas, potenciando el trabajo interdisciplinar en busca de mejorar la calidad de atención integral de la salud (Owens, 2008).

Plan de trabajo

La intervención se llevará a cabo en actividades grupales durante el transcurso de los encuentros, en el espacio de capacitación profesional del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua. Para ello se desarrollará un dispositivo de Grupo Balint, realizando tres encuentros por semana, durante el tiempo que sea necesario para que la mayor parte de los profesionales correspondientes a diferentes servicios de la institución puedan tener la experiencia de formar parte. Cada uno tendrá una duración aproximada de 120 minutos, lo cual variará dependiendo de la dinámica del grupo y el encuentro.

La coordinación del taller estará a cargo de dos Licenciados/as psicología con formación en psicoanálisis, y que cuenten con por lo menos 5 años de experiencia clínica en la materia, espacios de supervisión de los mismos y análisis personal. Es requisito que los mismos pertenezcan al equipo de trabajo que conforma al servicio de Salud Mental.

Cabe aclarar que, a partir de los fundamentos epistemológicos del dispositivo elegido, todos los encuentros contarán con los mismos parámetros formales que hacen a la consigna, duración, y número de participantes. Serán los profesionales pertenecientes a diferentes servicios los que no contarán con la posibilidad de presenciar más de un encuentro.

Con respecto a la modalidad de trabajo, el dispositivo estará dirigido a los profesionales de diferentes servicios del Nuevo Hospital y dispondrá un número de participantes que no exceda a 12 profesionales en cada encuentro, dentro de los cuales se espera que concurran no más de 3 por cada uno de los servicios, sin contar con la posibilidad de volver a presenciar un encuentro posterior. Se considera necesario pautar esta cantidad de miembros y modalidad para lograr un adecuado dinamismo en los encuentros que favorezca el cumplimiento de los objetivos planteados, como también,

que la mayor parte de integrantes de cada servicio puedan presenciar, por lo menos un encuentro.

Para la convocatoria de los participantes se solicitará reuniones por parte de los/las coordinadores/as a cargo del dispositivo, con los jefes de los Servicios del Nuevo Hospital, con el fin de que puedan realizar una selección y programación de los profesionales que acudirán a los encuentros, y cuándo lo harán.

Encuentros

La modalidad de encuentro que se realizará a lo largo de la implementación del presente proyecto en el Nuevo Hospital, estará constituida por cuatro segmentos, los cuales son:

A. Presentación del dispositivo

Aquí los/as coordinadores/as del dispositivo darán lugar al comienzo del encuentro, realizando una presentación de ellos mismos en su rol de profesionales de la salud, su formación y lo que compete a su trabajo dentro de la institución. Se estima para esto, una duración de máximo 10 minutos.

Luego se procederá a desarrollar durante 10 minutos aproximadamente, en qué consiste el dispositivo elegido y cuáles son sus características y objetivos principales, entendiendo por los mismos: poder reflexionar acerca de la relación establecida entre profesional-paciente, promover una actitud empática hacia la atención de quien consulta y brindar a los profesionales un lugar para hacer conciente y poner en palabra aquellos aspectos inconscientes que se ponen en juego en la atención a la salud en una institución pública.

B. Pensar un caso

Los/as coordinadores/as brindarán la consigna de: “A continuación, les vamos a pedir que, con sus compañeros del servicio, en el transcurso de 10 minutos, puedan pensar en el caso de algún paciente que les haya tocado atender, ya sea a uno o a ambos, que haya tenido su complejidad y/o dificultades, y armen una presentación del mismo, que pueda contemplar, en términos generales, sus vivencias ante el encuentro con ese paciente, su diagnóstico, la atención que se realizó, cómo fue el trato establecido con la persona que consulta y su familia, la evolución del mismo y cuáles fueron los

sentimientos, afectos y emociones suscitados en ustedes durante el transcurso de la atención. Para luego realizar una puesta en común”.

C. Supervisión.

Transcurrido el tiempo de pensar un caso, se procederá a preguntar quién quisiera compartir lo trabajado, para lo cual contarán con un tiempo de 15 minutos, en donde se especificará que se da lugar a consultas que puedan tener tanto los demás participantes como quienes coordinan el dispositivo.

Dada la presentación, se abrirá durante 15 minutos lugar al dialogo y debate entre todos los presentes, buscando aportes que brinden diferentes miradas y posibles intervenciones diferentes a las efectuadas. En cuanto al rol de los/as coordinadores/as, se buscará profundizar (en caso de ser necesario y que la situación lo amerite) sobre aspectos que hacen a la vinculación del profesional como persona hacia el paciente, con el fin de que se pueda reflexionar acerca de qué impacto tuvo dicha intervención y el modo en que se la realizó, y principalmente brindar la posibilidad de plantear interrogantes, puedan o no responderse.

Luego de la primera puesta en común, se procederá con la misma modalidad hacia los grupos restantes.

D. Conclusión

Una vez que todos los grupos hayan presentado y trabajado sobre su caso, se dará lugar durante 10 minutos a un espacio de cierre, en donde puedan manifestar los participantes, cómo se han sentido a lo largo del encuentro, si han podido generar nuevos interrogantes, si les ha resultado de interés y utilidad.

Cronograma

Ante la característica epistemológica del dispositivo elegido, se explicitó anteriormente que se implementará a lo largo de una indeterminada cantidad de semanas, una misma modalidad de encuentro, la cual queda sistematizada en el siguiente Diagrama de Gantt:

ENCUENTROS POR SEMANA	ACTIVIDADES POR ENCUENTRO	DURACIÓN DE ACTIVIDADES	DURACIÓN TOTAL DE CADA ENCUENTRO
3 Encuentros por semana	1. Presentación del dispositivo	10 minutos.	150 minutos.
	2. Pensar un caso	10 minutos.	
	3. Supervisión	30 minutos por grupo. 2 horas en total.	
	4. Conclusión	10 minutos	

Recursos

A continuación, se detallarán los recursos necesarios para la implementación de este Plan de Intervención. Cabe aclarar que el Nuevo Hospital de Rio Cuarto San Antonio de Padua cuenta con todos los materiales necesarios dentro de su infraestructura, más precisamente en el área de capacitación profesional, por lo cual no serán contemplados en el presupuesto del mismo.

Los recursos provistos por la institución son:

A. Una sala equipada con:

- 15 bancos pupitres.
- Pizarra blanca para fibrones.
- Fibrones.
- Proyector.

Presupuesto.

En relación al área de recursos humanos se requiere para la implementación del presente Plan de Intervención:

- Dos profesionales Licenciados en Psicología.

El Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno N° 008/19 que los honorarios mínimos éticos son:

- Por consultoría: sugiere por hora la suma de \$2.160.

PRESUPUESTO FINAL RECURSOS HUMANOS					
CANTIDAD DE PROFESIONALES	TIEMPO DE CADA ENCUENTRO	NUMERO DE ENCUENTROS	IMPORTE	CANTIDAD DE HORAS SEMANALES	TOTAL POR SEMANA
2	150 minutos	Indeterminados	\$2.160 por hora	7 horas y 30 minutos.	\$ 32,400

Evaluación

Para realizar la evaluación de los resultados obtenidos de la implementación del dispositivo de Grupo Balint en el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, se realizará una Matriz de Evaluación de Impacto creada ad-hoc, ubicada en Anexo I. Dicho instrumento ha sido elaborado a partir de las categorías de análisis de los objetivos específicos, elaborando una serie de indicadores para cada uno de ellos.

En cuanto a la recolección de los datos, se aplicará una metodología de trabajo Pre Post test, realizando un cuestionario ad-hoc a través de entrevistas individuales, el cual se expondrá a continuación y está conformado por 10 preguntas, con respuestas en formato de escala Likert:

Preguntas	Respuestas		
A) En su consideración, ¿En qué porcentaje usted realiza aportes sobre posibles alternativas en cuanto a una intervención?	Siempre	A veces	Nunca
B) En su opinión, ¿En qué porcentaje sus compañeros brindan posibles intervenciones nuevas en un caso?	Siempre	A veces	Nunca
C) En su opinión, ¿Con qué frecuencia su opinión es tomada en cuenta al intervenir en un caso?	Siempre	A veces	Nunca
D) ¿Con qué frecuencia usted toma las intervenciones propuestas por sus compañeros?	Siempre	A veces	Nunca

E) ¿Considera usted comunicarse de manera empática con sus pacientes y el grupo familiar del mismo?	Si	No	
F) En caso de responder la pregunta anterior afirmativamente, ¿Con qué frecuencia?	Siempre	A veces	Nunca
G) ¿En qué porcentaje de casos, consulta usted con el servicio de Salud Mental?	Siempre	A veces	Nunca
H) En su consideración, ¿Cuenta usted con instrumentos para medir el impacto emocional de la relación Médico-Paciente?	Siempre	A veces	Nunca
I) En su opinión, ¿En qué porcentaje se dirige usted amablemente hacia sus compañeros de trabajo?	Siempre	A veces	Nunca
J) En su opinión, ¿Cuenta con dispositivos que le permitan enriquecer la relación transferencia/contratransferencia entre Médico-Paciente?	Si		No

Referencias bibliográficas

Abellón, P. C. (2017). “Interconsulta. Cuerpo y Subjetividad”. Revista Clepios. Nº 2, volumen XXIII, p. 71 – 76.

Almeida, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la Salud Colectiva: Evaluación de conceptos y Aplicaciones. Buenos Aires, Argentina: Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2006.v2n2/123-146/es>

Alvarado, L. (2013). Ley Nacional de Salud Mental, posibilidades para su implementación. Extraído de: [file:///C:/Users/Hector/Downloads/Dialnet-LeyNacionalDeSaludMental-4760788%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Hector/Downloads/Dialnet-LeyNacionalDeSaludMental-4760788%20(1).pdf)

Azaretto, C. y Ros, C. (2015). Las relaciones del psicoanálisis y otros campos de saber en términos de multidisciplina-interdisciplina-transdisciplina. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXII

Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Berenguera, A. Capella, J. Peray, J. Pujol, E. Rodríguez, D. y Roma, J. (2013). Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Barcelona, España: Revista: Gaceta Sanitaria.

Berlaffa, J. (2018). La relación profesional de salud – paciente. Interconsulta médico-Psicológica. Interdisciplina. Recuperado de: https://1drv.ms/b/s!Ams6DUxFpE-Hj0-6R91cyeRQK_a7

Breilh, J. (2015). IV congreso Provincial de Medicina General. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=c7YOCW2lFQk&t=4254s>

Bru, G. (2012). La Interdisciplina como Utopía. Publicado en margen N° 67. Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen67/bru.pdf>

Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Buenos Aires, Argentina: Revista Argentina de Clínica Psicológica.

Daurella, N. (2013). La aportación de los grupos Balind: Una perspectiva actualizada. Recuperado de: http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/Salut_Mental_2010/Docs/G_Balint_NDaurella.pdf

Escardó, V. (2012). Psicólogos y Trabajo en Instituciones de Salud, los efectos del contexto: Burnout y Síndrome de Desgaste Laboral Crónico. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/2803/1/Psicologia_Escardo.pdf

Foucault, M. (1976). Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (2013). Arqueología del saber. Buenos Aires: Ed. Siglo Veintiuno.

Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Tomo XII. Buenos Aires – Madrid: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. Tomo XIV. Buenos Aires – Madrid: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. Tomo XXIII. Buenos Aires – Madrid: Ed. Amorrortu.

Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. Cuadernos Médicos Sociales N° 23. Recuperado de: <file:///C:/Users/Hector/OneDrive/Documents/Lectura%20Jorge/Galende%20Emiliano%20-%20la%20crisis%20del%20modelo%20médico%20en%20psiquiatría%20-%20C3%A9Da.PDF>

Gonzales Torres, M (2015). “Trabajo de sistematización de primer año de la residencia interdisciplinaria de Salud Mental. Manuscrito no publicado” Recuperado de: CANVAS.

Kuhn, T. (1974). La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE.

Ley N° 26657. (2013). Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario. Buenos Aires, Argentina: Recuperado de: <file:///C:/Users/Hector/Desktop/Hector/Universidad/Practicas%20Profesional/Decreto%20reglamentario%20ley-nacional-salud-mental.pdf>

Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Recuperado de http://www.hjunin.ms.gba.gov.ar/files/residencias/bibliografiacomun/modelo_hegemonico.pdf

Miller, A. (2008). El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica. Seminario 2. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Miller, A. (2017). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario 11. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Morín, E. (1990). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España: Ed. Gedisa.

Morín, E. 2001. Sobre la Interdisciplinariedad. Publicado en el boletín N° 2 del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires. Recuperado de:

file:///C:/Users/Hector/Downloads/Sobre%20la%20interdisciplinariedad_Edgar%20Morin%20(1).pdf

Najmanovich, D. (2011) “El juego de los Vínculos”. Buenos Aires, Argentina: Ed. Biblos.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Quiénes somos y qué hacemos. Recuperado el 28/09/20 de: <https://rominajorge.com/2020/04/30/referencias-bibliograficas-como-citar-medios-digitales/>.

Owens, T. (2008). Aportaciones de Balint para entender la relación médico paciente. STFM. Recuperado de: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/12/Balint-y-la-Medicina-General.pdf>

Palma, H. (2008). Filosofía de las Ciencias. Temas y problemas. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín),

Rocca, V. (2001) Interconsulta Médico-Psicológica: Intermediación con lo real del HIV/sida. En A. Silverio, SIDA y Enfermedades Asociadas (págs. 591-592). Buenos Aires: 3° Edición.

Soler, C. (1993). El Cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. Estudios de Psicopatología.

Stolkiner, A (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Buenos Aires: El campo psi.

Universidad Siglo 21 (2019). Título del material en cursivas. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

ANEXO

I.

Matriz de evaluación de impacto

Dispositivo de Grupo Balint en los Profesionales del Nuevo Hospital de Río Cuarto San

Antonio de Padua.

CATEGORIAS DE ANALISIS	INDICADOR	RESPUESTAS (entrevista individual)
Reflexión acerca de las formas de relaciones entre pacientes, médicos, familiares.	Participación activa en el grupo. Tener en cuenta las opiniones del grupo acerca del caso. Índice de participación en las reuniones grupales. Comunicarse de manera empática con pacientes y sus familiares. Aumento de las interconsultas con el servicio de Salud Mental. Creación de instrumentos para medición del impacto emocional en la relación médico-paciente.	

Favorecer el desarrollo de una actitud empática en los profesionales de salud.	Relación empática entre los integrantes del equipo. Disponer de dispositivos que favorezcan el abordaje de la transferencia y contratransferencia en la relación M-P.	
--	--	--