

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Nuevas configuraciones de dispositivos de Salud Mental en tiempos de pandemia: resonancias y elaboraciones.

Demarco, Victoria, Esteves, Melisa Belén, Giacometti, Gaia, Medina, Luciana y Romero, Ayelén Victoria.

Cita:

Demarco, Victoria, Esteves, Melisa Belén, Giacometti, Gaia, Medina, Luciana y Romero, Ayelén Victoria (2020). *Nuevas configuraciones de dispositivos de Salud Mental en tiempos de pandemia: resonancias y elaboraciones*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/231>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/uhp>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

NUEVAS CONFIGURACIONES DE DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA: RESONANCIAS Y ELABORACIONES

Demarco, Victoria; Esteves, Melisa Belén; Giacometti, Gaia; Medina, Luciana; Romero, Ayelén Victoria
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente escrito se propone reflexionar acerca de distintos cambios atravesados en las prácticas de las y los residentes de psicología, a raíz de las reconfiguraciones suscitadas a partir de la declaración de la Pandemia de COVID-19 por parte de la OMS, junto a las respectivas medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio tomadas en nuestro país. Estos hechos modificaron y reorganizaron sustancialmente tanto las tareas asistenciales cotidianas en el marco hospitalario, así como la lógica de trabajo. Surgen los siguientes interrogantes: ¿Cómo pensar los efectos de la reorganización imprevista de la lógica laboral en la grupalidad como residentes? ¿Cómo pensar nuestro rol como agentes de salud en este contexto? ¿Cómo pensar las nuevas configuraciones de los dispositivos en articulación con la red asistencial de salud?

Palabras clave

Pandemia - Dispositivos asistenciales - Grupalidades - Red asistencial de salud

ABSTRACT

NEW CONFIGURATIONS OF MENTAL HEALTH DEVICES IN TIMES OF PANDEMIC: RESONANCES AND ELABORATIONS

This writing proposes to reflect on different changes in the practices of psychology residents, as a result of the reconfigurations caused by the declaration of the Pandemic of COVID-19 by the WHO, together with the respective social, preventive and compulsory isolation measures taken in our country. These events substantially modified and reorganized both the daily care tasks in the hospital setting, as well as the work logic. The following questions arise: How to think the effects of the unexpected reorganization of the work logic in the group as residents? How to think about our role as health agents in this context? How to think about the new configurations of the devices in articulation with the health care network?

Keywords

Pandemic - Assistive devices - Group's - Health network

Introducción

“La salud es la capacidad para transformar colectivamente el mundo”.

P. Rivière.

La declaración de la Pandemia COVID-19 por parte de la OMS tuvo consecuencias en nuestro país: la declaración por el Estado Nacional de emergencia sanitaria y la medida adoptada de aislamiento social, preventivo y obligatorio. Estos hechos modificaron y re-organizaron sustancialmente tanto nuestras tareas asistenciales cotidianas en el marco hospitalario, así como la lógica de trabajo. De este modo se fueron suscitando distintos interrogantes: ¿Cómo pensar los efectos de la reorganización imprevista de la lógica laboral en la grupalidad como residentes? ¿Cómo pensar nuestro rol como agentes de salud en este contexto? ¿Cómo pensar las nuevas configuraciones de los dispositivos en articulación con la red asistencial de salud?

Nuestro propósito, a partir del siguiente trabajo es dar lugar a una escritura sencilla, situacional, inevitablemente atravesada por nuestra experiencia (la más última de todas), por aquello que nos pasa, nos acontece. Y por lo tanto, se tratará de una escritura inacabada, una escritura sobre el devenir. Teniendo en cuenta que al tratarse de una situación dinámica, las condiciones de posibilidad van mutando y nuestra tarea continúa modificándose; ya que mientras escribimos las elaboraciones pertinentes para este trabajo continuamos en contexto de pandemia y nos vemos inmersas, al igual que todos/as, en el transcurrir de los acontecimientos y las distintas formas en que esto impacta en cada comunidad, en cada espacio de trabajo, como así también en cada quién.

Tiempos de crisis y nuevas configuraciones de los espacios laborales.

“La fecundidad de un campo de conocimiento se revela por su capacidad no sólo de abrirse a tareas prácticas inéditas, sino por su posibilidad de incidencia en pensar las cuestiones anticipándose a las mutaciones y catástrofes que la realidad en la cual se despliega le impone.”

Bleichmar, S. (1999).

Para abordar las nuevas configuraciones de nuestros espacios laborales en este contexto es preciso ubicar cierto marco que permita, a grandes rasgos, dar cuenta de las coordenadas situacionales en la que las mismas se desarrollan.

Mucho se ha hablado y escrito a partir de la emergencia de la pandemia COVID-19 respecto de distintos *estados de crisis*, sociales, individuales, económicas, sanitarias, estatales, de poder, entre tantas otras. Para dar cuenta de la trama de sentido que define el contexto actual, vamos a tomar aportes de distintos campos. El término “crisis” en su etimología, según el Diccionario de la Real Academia, proviene del latín crisis y éste del griego krisis que significa originalmente, decisión, derivado de “separar”, “decidir”, “juzgar”. La palabra crisis, entonces, tiene que ver etimológicamente con un momento de decisión en un asunto de importancia. Mucho después, en 1783, fue incorporada otra acepción, más médica, al definir la crisis como “mutación grave que sobreviene en una enfermedad, para mejoría o para empeoramiento” (Musicante, R. 2005).

Desde una perspectiva sociológica, Musicante R. (2005), en “Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?” plantea: “Otra de las tantas acepciones de la palabra “crisis” (...) es la concerniente a las llamadas “crisis sociales” que, en la literatura sociológica se ha relacionado, muy frecuentemente, con el fenómeno de desintegración del sistema de valores, y por ello con el concepto de anomia de Durkheim. La crisis, desde muchas perspectivas sociológicas y psicosociológicas suelen ser entendidas como situaciones graves de la vida social, en donde el curso de los acontecimientos ha llegado a un punto donde el cambio es inminente.” (p. 36)

El campo de la intervención en crisis en psicoterapias inició formalmente con el trabajo pionero de Erich Lindemann and Gerald Caplan entre los años cuarenta y sesenta. Caplan propone definir la crisis como: “Un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas” (p. 36) (González de Rivera y Revuelta, 2001).

A partir de estos distintos aportes podemos ubicar un denominador común, en tanto un momento, una mutación grave, una situación específica o un obstáculo que interviene en el devenir cotidiano y pone en cuestión la trama de sentido que se sostenía hasta ese momento. Este cambio súbito, que podríamos ubicar a partir de que la OMS declaró el estado de pandemia, fue anunciado por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros A. G., “Ginebra, 11 de marzo de 2020” (OPS, 2020):

“La OMS ha estado evaluando este brote durante todo el día y estamos profundamente preocupados tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción. Por lo tanto, hemos evaluado que COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia”

A partir de esta declaración y su repercusión a nivel nacional, en el marco de la Residencia se comenzaron a definir nuevas es-

trategias de abordaje de las tareas cotidianas, se reformularon espacios de trabajo e incorporaron distintas herramientas de intervención. Las rotaciones en curso en otras sedes hospitalarias fueron suspendidas, los tratamientos por consultorios externos se reconfiguraron a través de seguimientos telefónicos o virtuales en articulación, muchas veces, con el personal de salud del hospital que continúa yendo a la institución. Las guardias se redujeron a partir de organizar equipos para disminuir el riesgo de contagio, se incorporaron elementos de protección y nuevos protocolos de intervención en función del contexto sanitario.

Además, los/as residentes nos incorporamos a un dispositivo virtual/ telefónico de atención psicológica frente a la pandemia abierto a la comunidad, el cual recibe consultas de diferentes partes del país. La posibilidad del armado de recursos en función de tal dispositivo hizo que nos pusieramos en contacto con distintos/as residentes, tanto de CABA como de Provincia de Buenos Aires y resto del país, para conocer los dispositivos que se fueron poniendo en funcionamiento, sus lógicas, los recursos disponibles, y también para construir lazos de trabajo en tiempos de aislamiento colectivo. Los espacios de formación -mediatizados ahora por la modalidad virtual- continuaron reemplazándose a partir de incorporar herramientas para abordar los nuevos escenarios, las nuevas lógicas de atención y el nuevo dispositivo virtual/telefónico. Esto consistió en el armado de clases con distintos/as profesionales, la discusión permanente de los casos para ubicar alcances y limitaciones de nuestra práctica, así como la elaboración a través de la escritura, como formas de hacer posibles.

Efectos en las lógicas grupales: tiempos de aislamiento.

La reconfiguración de nuestro trabajo habitual como residentes generó movimientos a nivel grupal. Nuestra incorporación al dispositivo de atención telefónica trajo consigo una particularidad a la que no estábamos acostumbradas, y que difiere de lo que transitamos diariamente en el hospital: ser virtual/ telefónico y desde nuestras casas. Se trata de un dispositivo cuyo funcionamiento estamos aprehendiendo sobre la marcha, su estructura y reglas van modificándose y acomodándose día a día. Dispositivo que nos confronta a realizar una tarea en solitario, en la intimidad de nuestras casas. Que nos encuentra, a su vez, en compañía de otros/as compañeros/as con quienes compartimos la misma tarea, apostamos al intercambio, buscamos recursos y pensamos estrategias posibles. Encuentros novedosos, marcados por la virtualidad -grupos y mensajes de whatsapp, llamadas, audios, reuniones por zoom-

La reconfiguración de lo grupal también tuvo su impacto en las guardias. Se comenzó a fortalecer un lazo con otros/as residentes del hospital lo cual consideramos esencial para poder pensar los avatares de la actualidad y la complejidad de la práctica en el hospital.

Parecería que hay algo de lo colectivo, lo grupal, del “hacer con otros/as” que se fue reinventando en estos tiempos de aisla-

miento social. ¿Acaso se trata de una grupalidad nueva suscitada por lo extraño del contexto actual y por la tarea a la que se nos convoca? ¿Son grupos viejos que se reorganizan o grupos nuevos? ¿Se trata de grupalidades? ¿O acaso es solo la ilusión de grupalidad? ¿Se trata de apostar a la potencia de lo grupal en estos tiempos que corren? ¿Lo grupal como apuesta de trabajo, como posibilidad (¿o condición?) para transitar lo complejo de estos momentos?

Fernández, A. M. (1989), plantea que en el grupo estamos frente a “múltiples hilos de diferentes colores o intensidades, que forman un “nudo”; pero son sus anudamientos los que constituyen su “realidad” (p.2). Al pensar al grupo como un nudo, se desdibujan el adentro-afuera y por el contrario, se lo piensa como un “complejo entramado de múltiples inscripciones”. “Los grupos no son islas sino que tienen siempre una inscripción institucional, sea dicha inscripción real o imaginaria.” (p.2). En este sentido, la autora sostiene que el llamado contexto, sea institucional y/o social, es el “texto del grupo”.

Respecto a la tarea, Fernández refiere que opera como convocante del grupo pero no como fundante; a diferencia de Pichón Rivière E. (1999) quien plantea que el factor determinante para la existencia de un grupo consiste en que sus miembros tengan una tarea común a resolver. Nos preguntamos, ¿Cuál es la inscripción institucional que subyace a los grupos de los que los/as residentes formamos parte? ¿Cuál es el contexto que da texto a estas nuevas grupalidades?

Percia M. (2019) plantea que el grupo tiende a visualizarse como un espacio cerrado, refiere que “la metáfora del grupo es el círculo”. “(...) los grupos más que una potencia, son espacios de consenso, coerción, de organización, de espectáculo, de diferencias jerárquicas, de condena, de maltrato, de daño, de imposiciones de poder a través de liderazgos” (p.69). Lo grupal no se reduce a los grupos, pero los grupos incitan a pensar lo grupal. Ubica a lo grupal precedido por lo neutro (...)” (p. 69). “Los grupos presionan a hacer o no hacer algo; en lo grupal moran potencias que esperan” (p.15).

Creemos que el valor de lo grupal no radica solamente en el alojar diferencias, sino más bien, al decir de Percia (2010), “(...) importa como ocasión para que, en el relato de cada cual, acontezca la posibilidad del diferir de sí mismo, oportunidad de una fuga, huida de la obstinada perseverancia de una representación” (p.19). ¿Se tratará de apostar a lo inesperado del encuentro y del hacer con otros/as?

Un acercamiento a pensar nuestro rol asistencial en tanto agentes de salud.

Frente a escenarios complejos hay que producir herramientas complejas, valga la redundancia. Es decir, cuestionar el concepto causal lineal de las problemáticas de salud, a la vez que los conceptos, las prácticas y las creencias profesionales como un proceso permanente, para que no se generen coagulaciones de sentido y para poner en cuestión los atravesamientos

ideológicos de cada disciplina. En este ejercicio constante, pensar nuestro rol en tanto agentes de salud del sistema público, supone conocer los alcances y limitaciones, para posibilitar el trabajo conjunto con otros campos disciplinares, no como mera yuxtaposición de disciplinas o un encuentro casual de las mismas, sino como la construcción conceptual de una problemática a partir de un marco común de representaciones, en función de sostener la tensión y la interrogación constante entre varios. Nuestro rol también implica sostener una formación continua respecto de los protocolos, los lineamientos de los dispositivos, los criterios respecto de las intervenciones en crisis, la sintomatología prevalente y las legislaciones vigentes en materia de salud. Es decir, el entrecruzamiento de los distintos discursos que se ven implicados en el devenir de nuestras prácticas.

Al mismo tiempo, al pensar la práctica desde el psicoanálisis situamos la importancia del criterio clínico, el estar disponibles y generar las condiciones de posibilidad para acompañar el proceso y poder ubicar las coordenadas singulares del sufrimiento en el caso por caso. Jullien, F. (1999), en su texto *Tratado sobre la eficacia*, comienza hablando sobre la dificultad de plantear el modelo teórico como un fin en sí mismo, es decir someter la práctica a los corpus establecidos y definir a partir de allí un modo de hacer y hacia dónde ir: “(...) siempre la práctica traicionará, por poco que sea, a la teoría. Y el modelo sigue alejando la mirada. Protegido en su cielo, el ideal inaccesible” (p. 12). En este sentido, siguiendo al autor, nuestras prácticas se inscriben sobre un fondo de indeterminación, que contiene la contingencia y particularidad, aquello que se resiste a las generalidades de los protocolos y lineamientos de intervención. Por lo que sostiene un más allá del trazado de formas ideales, a partir de cuestionar la eficacia en términos de medio-fin. Es en este punto que podemos ubicar nuestro rol a partir de la oferta de un espacio donde se aloje la *contingencia y la particularidad* de los modos en que cada quien es atravesado/a por los acontecimientos, como lo plantea Sanfelippo (2020):

“Me refiero a la función de quien ayuda a la construcción de lazos y de tramas que permitan abordar y tramitar la “experiencia del Covid-19”. No se trata de exigirnos la tarea (imposible) de evitar el malestar; al contrario, podríamos pensar nuestra función como una oferta de alojamiento del malestar para evitar que llegue al desamparo, al trauma.”

Es a partir de esa oferta que se generan las condiciones de posibilidad para las intervenciones, la puesta en marcha de distintas estrategias y el intento de armado de redes.

Nuevas configuraciones de los dispositivos en articulación con la red asistencial de salud.

Otro aspecto de suma importancia es la re-configuración de los espacios de trabajo en términos institucionales, en este caso el sistema público de salud. Para analizar este aspecto nos serviremos de algunos aportes que nos permitirán pensarlo desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud (APS). Algunos in-

terrogantes que nos interesa abrir para pensar sobre nuestros espacios de trabajo y las distintas modificaciones que se fueron suscitando a lo largo de este proceso, son: ¿De qué manera incorporar esas modificaciones y favorecer, mediante la orientación, el acceso a distintos niveles de atención y dispositivos de salud? ¿Se puede pensar como un puntapié inicial para un trabajo de articulación interinstitucional el armado de una red de derivación, mediante un recursero que nos permita visualizar los recursos institucionales disponibles?

A partir de este contexto, tanto en el dispositivo de guardia como en el de orientación telefónica, muchas veces, quienes consultan acceden a un primer contacto con un profesional de salud mental en los casos donde no hay antecedente de tratamiento o nunca han realizado una consulta en esta área. En este sentido, se puede pensar en relación a la Atención Primaria de Salud integral que, según la declaración de Alma Ata (1978), se concibe como algo que “forma parte integral tanto del sistema nacional de salud (...) como del desarrollo social y económico de la comunidad. Por lo tanto se trata del primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad” (p. 1). La APS no se reduce a un nivel en el sistema de atención sino que se trata de una estrategia de organización de los sistemas de atención y la sociedad para promover la salud. Por lo tanto, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud.

En otros casos, hay un tratamiento previo o interrumpido a partir de la situación de aislamiento social. Por lo general, además de la contención frente a un aumento del malestar o una urgencia que motivó la consulta, se trata de (re)orientar hacia los recursos disponibles en salud. En algunos casos, se debe realizar una derivación, si así lo amerita, hacia algún efector de salud. Esta derivación se realiza, principalmente, en función de la disponibilidad de dispositivos de atención en este momento particular, las posibilidades de acceso por parte del/la consultante y de la cercanía con el lugar de residencia. En la estrategia de APS se intenta llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas (Declaración de Alma Ata, 1978). Se trata de ofrecer todos los medios posibles, haciendo uso de aquellos con los que dispone quien consulta. Esto se puede pensar en relación a la promoción de la salud, la cual consiste en proporcionar a la comunidad los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, de modo de alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social (Carta de Ottawa, 1986).

En muchos casos, es fundamental indagar sobre los lazos, con qué otros/as cuenta el/la consultante, teniendo en cuenta las posibilidades de un armado de red ya que en este contexto se tornan imprescindibles las redes comunitarias. Muchas veces, el sostén ante situaciones críticas -como la que resulta ser la actual para muchos/as-, se puede pensar a partir de acciones de colaboración, cooperación y/o asociación entre las personas (Rovere, 2002). Se trata de un contexto en el cual muchos aspectos de la vida cotidiana se ven afectados para la mayoría de

las personas: desde la posibilidad de encontrarse con otras, el incremento de incertidumbre respecto del futuro -y su repercusión en los proyectos personales-, temores ante lo que se presenta como amenazante a la integridad física propia y de los seres queridos; en muchos casos, incidencias a nivel económico, en tanto se han perdido fuentes de ingresos. Por lo tanto, la calidad de vida se ha visto afectada, y estos factores se deben tener en cuenta si se piensa el fenómeno salud-enfermedad como un complejo sistema no lineal. Se trata de un proceso dependiente de condiciones previas que no es determinístico y en el que interactúan múltiples variables. Barajas (s/f) plantea que esta concepción de salud es fundamental para entender la importancia y la necesidad de la intersectorialidad, la cual articula a la noción de redes. La verdadera intersectorialidad se refiere, entonces, a la convergencia y la interacción entre nodos de redes complejas. Por eso creemos que frente a la complejidad, el sistema de salud debe responder de manera articulada en función de sus redes de recursos disponibles.

Por otro lado, fue necesario, como se mencionó anteriormente, el armado de una red ante la emergencia de interrogantes, al interior de la residencia, a partir de situaciones complejas que se presentaron frente a este nuevo contexto. De este modo, se convocó a profesionales que se encuentran por fuera de nuestro campo disciplinar, a partir de reconocer la incompletud, insuficiencia y las limitaciones del abordaje de situaciones complejas desde una sola disciplina, ante el obstáculo y la imposibilidad del trabajo interdisciplinario. En relación a esto, consideramos la importancia de sostener la tensión y la interrogación constante entre varios.

Conclusiones

Para concluir, este trabajo se trata de reflexiones y articulaciones posibles acerca de una experiencia que aún estamos transitando, abrir interrogantes y producir la escritura grupal como un modo de hacer posible.

La pandemia en tanto *crisis* que puso en cuestión el devenir cotidiano, en tanto situación impredecible, nos condujo a reflexionar sobre lo novedoso pero también nos hizo repensar los espacios que veníamos habitando, aquello que se fue naturalizando. La residencia, su actividad y los cambios en las lógicas de trabajo no quedaron ajenos a la situación actual, convocándonos a repensar continuamente las nuevas configuraciones en los distintos espacios.

En tiempos de aislamiento social e incertidumbre, las *redes* y los *lazos sociales* nos resultan fundamentales para pensar algunos de los modos de intervenir tanto en los dispositivos presenciales como en los virtuales. En este sentido, algunas de las estrategias tales como (re)orientar no sólo dentro de la red asistencial de salud, sino también hacia redes comunitarias y reforzar lazos sociales, resultan fundamentales en este contexto tan particular. Algo similar rige para nosotras, quienes ante lo complejo, cambiante y novedoso de nuestra realidad encontramos en el

armar redes con otros/as, estrategias en conjunto, maneras de atravesar el momento. Siguiendo a Juan Mitre (2018) “Hemos de orientar nuestras intervenciones dentro de los colectivos no propiciando la ilusión de que el grupo colme el vacío, sino de que el grupo de la posibilidad de afrontarlo y sobrellevarlo de la manera más digna posible” (p. 40).

A partir del contexto de pandemia, se presentó la imposibilidad de habitar lugares que solíamos transitar diariamente y que constituían nuestros espacios laborales. Surge la pregunta ¿cómo habitar la residencia por fuera de ellos? En relación con esto, Percia M. (2019) sitúa “El hacer residencia es la construcción del deseo de residir, de estar, de habitar un lugar. (...) La residencia tiene esa extranjería que introduce una sensibilidad que le es ajena a la institución, o mejor dicho, que está adormecida en la institución”. Se puede pensar que las nuevas configuraciones, tanto en torno a las tareas asistenciales así como a las grupalidades, permitirían habitarla de otra manera, más allá de los lugares físicos, y esto genera nuevas preguntas en tanto experiencia nueva. Retomando a Percia (2019) “Los saberes quedan en estado de pregunta: “¿Yo nací para esto?” Esa pregunta no habría que perderla nunca, porque es la pregunta por la fragilidad de los saberes (P. 71)”

Hoy seguimos trabajando dentro de este panorama de incertidumbre que nos lleva a repensar modificaciones continuas tanto en nuestras tareas como en las formas de vincularnos. Las preguntas y los interrogantes nos invaden pero no nos paralizan, encontramos en los espacios grupales un lugar de potencia para abordarlos, confrontarlos, ponerlos a trabajar.

BIBLIOGRAFÍA

- Barajas, E. R. (s/f). La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/lidsspp/pdf/95_pdfsam_la.pdf
- Bleichmar, S. (1999). Entre producción de subjetividad y constitución del psiquismo. En *Revista del Ateneo Psicoanalítico*. N° 2.
- Bleichmar, S., Musicante R., Schenquerman, C., Tradatti A. R. (2005). *Intervención en crisis, ¿encuadre o dispositivo analítico?*. 3a ed. Córdoba: Brujas.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa. 21 de noviembre de 1986.
- Catalán, V. (2014). Escenarios complejos: comunidad y territorio. En Material de estudio Curso: Una mirada epistémica y político-institucional sobre la atención primaria de la salud en el primer nivel de atención. Hospital Nacional en Red, especializado en Salud mental y adicciones “Lic. Laura Bonaparte” 2013-2015.
- Czeresnia, D. (2008). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion_.CONCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVENCIÓN.pdf
- Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Derrida, J., Dufourmantelle, A. (1997/2008). *La Hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Fernández, A.M., Del Cueto, A.M (s/f). *El dispositivo grupal*. <http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/13DEL-CUETO-Ana-Maria-FERNANDEZ-Ana-Maria-El-dispositivo-grupal.pdf>
- Fernández, A. M. (1989). *El campo de lo grupal. Notas para una genealogía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Grupalidades (Julio 2019/Septiembre 2019). En *Clepios. Revista de profesionales en formación en salud mental* N° 79, volumen XXV, pp. 72-77.
- González de Rivera y Revuelta, J. L.. (2001). Psicoterapia de la crisis. En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79). 35-53. Recuperado en 1 de abril de 2020 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es.
- Jullien, F. (1999). *Tratado sobre la eficacia*. Buenos Aires: Libros Perfil S.A.
- La Hospitalidad (Oct 2017/Feb 2018). En *Clepios. Revista de profesionales en formación en salud mental* N° 74, volumen XXIII, pp. 124-125.
- Ley 26.657/ 2010 Derecho a la Protección de la Salud Mental.
- Mitre, J. (2018). *El analista y lo social*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- OPS (11 de Marzo de 2020) Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Percia, M. (1997). En *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires: Lugar.
- Percia, M. (2014). Lo grupal, políticas de lo neutro, *Revista La Biblioteca*, N°14, <http://bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/grupos/percia/Lo%20grupal,%20politicas%20de%20lo%20neutro.pdf>
- Percia, M. (Julio 2019/ Septiembre 2019). Entrevista a Marcelo Percia. En *Clepios. Revista de profesionales en formación en salud mental*, volumen XXV, pp. 68-71.
- Pichón Riviére, E. (1999). En *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. En: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.36, N° 94, jul/set 2012.
- Rovere, M. (2002). Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional. En E. Wolfberg (comp.). *Prevención en Salud Mental. Escenarios actuales*. Buenos Aires: Lugar.
- Sanfelippo, L. (28 de Abril de 2020). Coronavirus, ¿guerra o desastre?. *Revista Paco*. <https://revistapaco.com/coronavirus-guerra-o-desastre/>
- Stolkiner, A. (1999). *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. El campo psi. <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Testa, M. (1996). Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud. En *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar.