

# El enfoque grupal de psicoterapia y de supervisión clínica: una instancia de psicohigiene en equipos de salud mental universitaria

---

## The group approach of psychotherapy and clinical supervision: an instance of psycho-hygiene in university mental health teams

---

Antonio Letelier S.<sup>1,2</sup>, Natalia López G.<sup>1</sup>, Marcelo Balboa G.<sup>3</sup>

### RESUMEN

Se describen las actuales condiciones generales de la atención en salud mental en estudiantes universitarios en Chile, destacando la existencia de diversas variables que han modificado la composición de la población universitaria, que se traducen en nuevas necesidades de los alumnos y que requieren respuestas diferentes al uso exclusivo del dispositivo psicoterapéutico individual.

Se destaca la relevancia de los dispositivos psicoterapéuticos grupales y los espacios de supervisión clínica como un medio eficaz de psicohigiene en equipos de salud mental de la Universidad de Chile y se describe la implementación de grupos operativos articulados entre SEMDA y CAPs de la Universidad de Chile, desde el punto de vista de la experiencia del equipo clínico.

Las discusiones y conclusiones apuntan a otorgarle relevancia al dispositivo grupal como un espacio de psicohigiene en la línea de la promoción y prevención de la salud mental, tanto para la población universitaria como para los profesionales involucrados en la intervención descrita.

**Palabras clave:** salud mental, universitarios, psicohigiene, psicoterapia grupal, grupo operativo.

<sup>1</sup> Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA), Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile.

<sup>3</sup> Centro de Atención Psicológica (CAPs), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

## ABSTRACT

The current general conditions of mental health care for university students in Chile are described, highlighting the existence of several variables that have changed the composition of the university population, which translate into new needs of students and require different responses to the exclusive use of the individual psychotherapeutic device.

The relevance of group psychotherapeutic devices and clinical supervision spaces as an effective means of psycho-hygiene in mental health teams of the University of Chile is highlighted and the implementation of articulated operating groups between SEMDA and CAPs of the University of Chile is described from the point of view of the experience of the clinical team.

The discussions and conclusions aim to give relevance to the group device as a space of psycho-hygiene in the line of the promotion and prevention of mental health, both for the university population and for the professionals involved in the intervention described.

**Keywords:** mental health, university, psychohygiene, group psychotherapy, operative group.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, los servicios de salud mental en el contexto de las universidades públicas chilenas se han visto fuertemente demandadas en función de la expansión de la educación universitaria en los quintiles socioeconómicos I, II y III, que se asocian al 40% de los hogares con menos ingresos del país, mostrando a su vez una alta tasa de deserción vinculada a las variables socioeconómicas de estos grupos (1).

De acuerdo a Micin y Bagladi (2), los nuevos estudiantes universitarios no provienen solamente de sistemas educativos socialmente aventajados, sino también de grupos sociales más vulnerables que muestran, asociada a la compleja etapa del ciclo vital en que se encuentran, una mayor tendencia a presentar trastornos de salud mental.

Frente a esta problemática, las universidades han asumido el desafío de brindar formación integral de profesionales para el desarrollo del país, integrando la salud mental en el proyecto global de formación y tomando en consideración que la cultura universitaria es un campo complejo, conformado por un cuerpo estudiantil, un cuerpo docente y otro administrativo (3).

En nuestro medio, y siguiendo los lineamientos hegemónicos de un enfoque individual en psicoterapia, los servicios de salud mental de estudiantes se han centrado en un enfoque clínico de psicoterapia individual; en el cual el psicoterapeuta cumple la función de atención psicológica de los pacientes, orientada a disminuir el malestar del sujeto. En términos generales, el dispositivo psicoterapéutico individual, está inserto en espacios clínicos con una definición biomédica, en la cual el modelo de la relación médico-paciente se basa en el principio ético de la beneficencia, que establece que el vínculo entre el profesional y el paciente es asimétrico, y que es el profesional quien se encarga de velar por el cuidado de la persona que consulta.

La inclusión del principio de autonomía en la psicoterapia ha implicado, también, desprenderse del modelo biomédico paternalista, centrado en el principio de beneficencia, y abrirse a la consideración de la vivencia compleja del otro, que incluye las variables de su contexto social y la responsabilidad que al sujeto le compete en su propio tratamiento. En este sentido, el encuadre terapéutico clásico, pensado como un espacio neutro e individual es, hoy en día, mucho más difícil de establecer, en consideración a los notorios cambios que se observan respecto a la

demanda y los actuales lineamientos de la salud mental en Chile.

En la actualidad, y desde el pensamiento ético instaurado a partir de la segunda mitad del siglo XX, lo que se releva en el espacio de atención psicoterapéutica es el principio de autonomía, que busca respetar la intrínseca libertad del ser humano de decidir sobre las intervenciones en que participa.

El principio de autonomía ha modificado paulatinamente el esquema clásico de la relación médico-paciente y ha cambiado la asimetría entre el profesional y la persona que consulta. En este sentido, la psicoterapia se ha visto conminada a adoptar nuevas formas de establecer el vínculo terapéutico, más allá del esquema clásico de la relación diádica entre el individuo que padece el malestar y un profesional que interviene para curarlo.

En el contexto universitario nacional, la progresiva inclusión de estudiantes al sistema educativo, se ha traducido en la necesidad de generar nuevas formas de intervención en salud física y mental y, como señala Florenzano (4), es precisamente la salud mental la que adquiere mayor relevancia en un sistema educativo masificado, donde han aumentado sistemáticamente patologías como los trastornos del ánimo, las conductas suicidas o el consumo problemático de alcohol y drogas (2). Lo anterior, sumado a que una gran parte de los estudiantes universitarios de pregrado se encuentran en la adolescencia tardía, donde se intensifican conductas de riesgo como el consumo abusivo de sustancias, las conductas antisociales o los patrones desadaptativos, como los trastornos de la personalidad. Los altos niveles de exigencia social competitividad y expectativas acrecientan el estrés e inciden negativamente en la salud de los estudiantes (5).

La intensa carga que ha significado para los profesionales de la salud mental, este cambio para-

digmático, lleva también a cuestionar el uso de los modelos clásicos de atención psicoterapéuticos y su efectividad para los usuarios, considerando también que la mayor complejidad de los trastornos y los cambios en las lógicas de abordaje de estos problemas, incide directamente sobre los profesionales de la salud mental, generando altos niveles de desgaste, estrés y síndrome de burnout.

La excesiva demanda de atención individual, la falta de adherencia a los tratamientos, la orientación a la productividad estadística en la atención, la falta de espacios grupales de supervisión y contención de los profesionales, se transforma en un riesgo para los propios terapeutas que abordan estas problemáticas (6).

Frente a la posibilidad de reflexionar en torno a los métodos de intervención utilizados en psicología, el dispositivo psicoterapéutico grupal se ofrece como una instancia de gran pertinencia para responder a la necesidad de abordar problemas transversales en la cultura universitaria, en espacios abiertos que desplazan la lógica individualista de la relación profesional-usuario y ofrecen una auténtica instancia de autonomía grupal, para trabajar el malestar psicológico.

Por otra parte, pensar la grupalidad desde el campo profesional, abre la posibilidad de problematizar la praxis propia de los profesionales de la salud mental (7) (8), estableciendo una reflexión que, en primera instancia, está centrada en la tarea, pero que incluye también la posibilidad de ser contenido por un equipo que sostiene los procesos personales asociados a esa tarea y que instala un espacio de contención y psicohigiene (9) donde se integran los distintos niveles de conocimiento que implican el qué hacer, cómo hacerlo y por qué se hace (10).

En la supervisión clínica de la práctica grupal, el profesional de la salud mental y su ejercicio son comprendidos en un entramado ecológico que

incluye al fenómeno grupal inserto en una comunidad que, a su vez, se inscribe en un campo institucional.

De este modo, la intervención grupal misma y el equipo de supervisión que la sostiene, se enarbolan como un medio eficaz de psicohigiene con miras al cuidado psicológico para equipos profesionales de la salud mental, de cara a las nuevas problemáticas que viven los estudiantes universitarios en Chile.

En el marco de estas variables, algunos profesionales del SEMDA y el CAPs de la Universidad de Chile implementaron durante el año 2017 una intervención psicoterapéutica grupal, que ha sido utilizada como una plataforma de supervisión pensada para los miembros de ambos equipos, y que se encuentra actualmente operativa con miras a establecerse como un nuevo dispositivo de atención en salud mental y como un espacio laboral integrado por profesionales de diversas instituciones.

### DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El trabajo ha sido realizado por profesionales pertenecientes a dos servicios de salud que operan en la Universidad de Chile.<sup>1</sup> CAPs es el Centro de Atención Psicológica de la Facultad de Ciencias Sociales y SEMDA, que es el Servicio Médico y Dental de los Alumnos. Este último cuenta con atenciones psicológicas y psiquiátricas gratuitas, siendo la modalidad por excelencia la psicoterapia individual sin límite de tiempo. En CAPs, sucede algo similar: los grupos no han sido considerados dentro de las posibilidades de atención y las atenciones individuales son el modelo por excelencia.

<sup>1</sup> El equipo a cargo de la realización de la intervención estuvo conformado por: Marcelo Balboa, representante de CAPs y Daniela Correa, Natalia González, Antonio Letelier y Yael Weinstein, representantes de SEMDA.

En este contexto, estos profesionales psicoterapeutas de ambas instituciones desarrollaron vínculos asociados a la reflexión en torno a las prácticas individuales, muchas veces aisladas y con escasos espacios de contención. Un pequeño grupo surgió de esas primeras reuniones informales, que aspiraba a abrir un espacio a los dispositivos grupales en los respectivos servicios y mostrar la viabilidad de su implementación, a sabiendas que, históricamente, la institución no ha respaldado tales intentos, ya sea por la existencia de diversos tipos de resistencia o por experiencias previas que no habían dado los resultados esperados o no se mantuvieron en el tiempo.

A pesar que ambos servicios pertenecen a la Universidad de Chile, por muchos años el trabajo de cada institución fue independiente, desconociéndose que entre los miembros de ambos equipos se encontraba la inquietud por implementar la terapia grupal. De este modo, se evaluó en conjunto el aumento de la demanda en salud mental en los últimos años y la insuficiencia de los recursos humanos y económicos con que se ha hecho frente a este fenómeno.

La convergencia de los factores descritos hizo posible encontrar un punto a desarrollar que podría resultar de interés para las autoridades, considerando la instancia grupal como una manera de cubrir en menor tiempo y con menos recursos el mayor número posible de atenciones, aún cuando no fuera ésta la motivación e iniciativa original del grupo.

Cada uno de los participantes se fue involucrando en la tarea desde su contexto particular, algunos aportando desde su formación en psicoterapia grupal, otros sin una formación específica en el tema, pero con la motivación de aprender una intervención diferente, pero por sobre todo, con el objetivo de agruparse para pensar la clínica y abrir el diálogo con el objetivo de des-alienarse

de la demanda institucional que parecía cumplirse sin cuestionamientos.

El espacio grupal de supervisión, en este contexto, es pensado como un dispositivo de diálogo y trabajo en equipo que mitiga el desgaste emocional de los profesionales de la salud mental, a través de la elaboración conjunta de las exigencias subjetivas propias de su tarea clínica y ofrece una alternativa de tratamiento a los pacientes (11).

El plan de trabajo establecido incluía espacios de aprendizaje técnico y teórico, conversaciones y debates en torno a lo grupal, con el fin de construir un dispositivo que fuese implementado posteriormente en cada servicio.

Si bien el quehacer estuvo enfocado en la tarea clínica y sus problemáticas, no era posible desconocer que el rol de los profesionales debía ser estratégico, con el fin de convencer a la autoridad institucional que para realizar un buen trabajo era necesario contar con los espacios básicos para desarrollarlo. De este modo, se conformó inicialmente el grupo con los profesionales motivados con la coordinación y la observación de los dispositivos a realizar y fue establecido un espacio de reunión semanal.

En las primeras reuniones, se comenzó a revisar material relativo a los grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière (12), junto con la propuesta de Armando Bauleo sobre los corredores terapéuticos (13) que consisten en dispositivos grupales operativos de duración definida, que se suceden uno tras otro al cumplirse el número de sesiones establecidas. En las sesiones finales se realiza una evaluación acerca del desarrollo alcanzado por la relación grupo-tarea, a nivel individual y de coordinación. Asimismo, se determina la continuidad de cada integrante, ya sea a un próximo grupo corredor, al formato individual o al alta.

Esta modalidad de psicoterapia grupal surge, entonces, como alternativa al espacio terapéutico de larga duración como único procedimiento útil para la curación y sobre la constatación de que el tiempo que necesita cada persona para romper su estereotipia no es el mismo.

En una primera etapa, que se extendió por aproximadamente tres meses, se desarrolló un trabajo de carácter formativo, centrado en la persona del terapeuta y el análisis en torno a las dudas y fantasías de los profesionales respecto de lo que podía ocurrir en los grupos que serían formados.

En el último mes, previo a la constitución de los grupos, se comenzó el trabajo para configurarlos de acuerdo a los criterios de agrupabilidad previamente revisados, y con el fin de cumplir con la propuesta de comenzar los dispositivos en las primeras semanas de inicio del segundo semestre académico de 2017. A continuación, se realizaron entrevistas iniciales a los posibles participantes de los grupos, hallando una buena acogida en los pacientes, respecto de la idea de pasar de la modalidad individual a la grupal. En total, el trabajo previo se desarrolló a lo largo de cuatro meses, aproximadamente, y tras el inicio de los grupos, se constituyó un espacio de supervisión semanal.

Respecto de la implementación de los grupos, se estableció que la consigna inicial y tarea, consistiría en abrir espacio para la reflexión y el análisis de las motivaciones que llevaron a los pacientes a consultar. El encuadre se definió como grupos de duración de 1 hora y 30 minutos, de frecuencia semanal y de doce sesiones de duración. Estos grupos serían abiertos, es decir, se podrían incorporar pacientes durante todo el proceso. El número de integrantes sería de ocho como máximo.

La propuesta implicaba iniciar con dos grupos en forma paralela, con la intención de dedicar

mayor atención y reflexión a la evolución de los grupos en dos sedes distintas del SEMDA. Los grupos formados han sido mantenidos con la asistencia regular de entre 4 a 5 pacientes y las reuniones semanales se han sostenido en el tiempo, viéndose interrumpidas en algunas sesiones por la ausencia de miembros del grupo. No obstante, permanece la idea de relevar el grupo que ha sido constituido, con el fin de resguardar la plataforma de supervisión y contención al equipo clínico involucrado.

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: UNA APROXIMACIÓN A LA PSICOHIGIENE DE LOS EQUIPOS DE PSICOTERAPEUTAS GRUPALES**

Consideramos la premisa de que “la función social del psicólogo clínico no debe ser la psicoterapia, sino la salud pública, y dentro de ella la higiene mental” (9). Es decir, que el psicólogo, en especial el psicólogo en instituciones de salud mental pública, debe trabajar con énfasis en estrategias y diseño de dispositivos que promuevan la psiquiatria, y no esperar la aparición de la enfermedad para recién intervenir.

La implementación del dispositivo grupal en SEMDA y CAPs ha sido una labor llevada a cabo en un campo interdisciplinario, que aúna el esfuerzo de profesionales de la psicología en torno a un malestar constatable desde las primeras reuniones, que implica al/la psicoterapeuta en un trabajo muchas veces aislado, reactivo a políticas institucionales y progresivamente carente de espacios de reflexión y supervisión formativos, lo que incide directamente sobre el bienestar de los profesionales y se erige como factores de riesgo en el trabajo.

La institución universitaria ha buscado resolver la creciente demanda de atención en salud mental a través de la implementación de recursos claramente insuficientes, traducidos muchas veces en la contratación aislada de profesionales

psicólogos/as, sin velar por la conformación de equipos de salud mental insertos en la comunidad y, por tanto, depositando la responsabilidad de la atención de los estudiantes en profesionales formados en una lógica individual de intervención clínica, que busca responder a la exigencia de resultados efectivos, traducibles a un cierto número de atenciones, significativas en el nivel estadístico, pero que muchas veces se desentiende de las necesidades de la comunidad. La labor formativa que supone el trabajo grupal está implícita en su lógica de funcionamiento. Hace necesaria la reflexión de los profesionales respecto de sus roles y funciones y facilita una discusión en torno a la incidencia que tienen en relación con la comunidad, entendida también en clave grupal.

La complejidad del funcionamiento de los grupos hace necesaria la restauración de espacios de reflexión grupal y la configuración de equipos de salud mental que puedan pensar los diferentes niveles del fenómeno.

A pesar de las ventajas que ofrecen los dispositivos grupales, existe una suerte de resistencia institucional a este tipo de intervenciones, que se expresa en argumentos en torno a la eventual exposición de los pacientes o la vulneración de la intimidad que se arriesga, las dificultades en el manejo de la confidencialidad, la complejidad que tiene la confección y el seguimiento de la ficha clínica y muchos otros argumentos que, incluso, son atribuidos a los consultantes, como la incomodidad que le puede producir al paciente este tipo de dispositivos o la ausencia de una cultura grupalista en la sociedad.

En contraste, se aprecia una suerte de hegemonía política de los dispositivos individuales en los campos clínicos (8), que resguarda los lugares de poder desde los que se ejercen ideologías o posturas epistemológicas o técnicas que dificultan la instalación de nuevas formas de intervención.

Frente a la sistemática resistencia institucional observada ante las propuestas de dispositivos grupales, nos parece relevante destacar las ventajas de este tipo de intervenciones terapéuticas, tanto para los consultantes como para los equipos clínicos, en tanto permiten movilizar dinámicas que son muy difíciles de reproducir en la terapia individual. Es fundamental, además, acoger la importancia que pueden tener para la subjetividad y la construcción de identidad del estudiante, considerando que la experiencia de adaptación a la cultura universitaria se vive, muchas veces, como una experiencia de malestar que se experimenta en soledad.

Por otra parte, las problemáticas específicas de los estudiantes, como la baja del rendimiento académico, las deserciones, la disminución de la motivación o los problemas de relaciones interpersonales con los profesores o ayudantes, no siempre son aplicables a las problemáticas de la salud mental o no se encuentran tipificadas en los manuales diagnósticos conocidos.

El complejo proceso de adaptación a la cultura universitaria es vivido comúnmente por los estudiantes como una experiencia de la que no pueden hablar en grupo. Reportan a menudo la vivencia de desprotección e incompreensión que atraviesan, cuestionando si sus compañeros tienen experiencias similares. La Universidad actúa como un 'padre exigente', que espera el éxito de sus estudiantes, sin hacerse cargo de las problemáticas que puede generar tal nivel de exigencias en la salud mental de las personas.

Los equipos de salud mental existentes en la Universidad ofrecen un espacio de elaboración de la experiencia que los estudiantes reconocen y valoran, sin embargo, no es suficiente para contener todos los niveles del malestar psicológico, incluyendo aquellos que se asocian a su origen social o a las particularidades de la institución.

Al ser la terapia grupal una instancia para reflexionar sobre la incidencia que la institución tiene sobre los individuos, resulta comprensible la tensión que puede generar eventualmente en las autoridades y el consecuente rechazo que puede producir un dispositivo que tensiona y cuestiona un poder que es, en último término, político.

La verticalidad del poder político en cuestión, se ejerce también sobre los terapeutas, quienes reportan compartir la vivencia de algunos estudiantes, en tanto el rol del/la psicólogo/a ha sido despojado de instancias de reflexión grupal a favor del cumplimiento de criterios estadísticos de atención en salud mental. Se aprecia, también, una vivencia de soledad/aislamiento de los profesionales, cuyo núcleo común es la experiencia de confrontar una política institucional que insiste en que el malestar debe ser elaborado individualmente.

Aún así, se decidió enfrentar este desafío, rescatando y conservando el aprendizaje de anteriores experiencias y partiendo desde ellas para fortalecer el quehacer y apostar porque este nuevo espacio ofrecido sea valorado por los estudiantes.

Compartimos, por otra parte, la curiosidad y motivación de articular un grupo sin conocer con claridad los alcances que puede tener en el contexto de las instituciones involucradas, con el vivo interés de descubrir, reflexionar y compartir los fenómenos que ahí ocurren, relacionar la multiplicidad de la realidad y ver los efectos que tiene en los pacientes. Nuestra convicción pasa por re-vivir la experiencia de la grupalidad, buscando que la reminiscencia de la fusión con otros nos devuelva a la constatación del psiquismo como un fenómeno continuo y no como una individualidad constreñida por saberes o poderes externos.

## COMENTARIOS FINALES

La convicción que nos ha convocado como profesionales es que los dispositivos grupales son altamente pertinentes en las intervenciones en salud mental en el contexto universitario. No sólo respecto del tratamiento de las dolencias de carácter clínico, sino como un espacio accesible para la elaboración del malestar en la adaptación y la exigencia universitaria. En este sentido, es altamente relevante que se estudie su incorporación en la promoción y prevención de la salud mental.

Una de las interrogantes que se abre al implementar el dispositivo grupal es la que atañe a los mismos profesionales de los equipos de salud mental, quienes se encuentran sometidos a una fuerte exigencia dada por su labor clínica y por las restricciones propias de la organización del trabajo.

Pensamos que la institución universitaria debe considerar la función social de su trabajo de salud mental, y que la implementación de un espacio grupal de supervisión clínica constituye un primer eslabón de una estructura de verdad orientada a la psicosiguridad y cuidado del propio equipo de salud, que permite, además del logro de los objetivos clínicos, favorecer el aprendizaje de nuevos recursos para la intervención psicológica y el desarrollo de conocimiento en materias de salud mental, ampliando la perspectiva de la psicoterapia como único y exclusivo dispositivo de salud mental, sino que integra la mirada grupalista que ofrece alternativas para objetivos más amplios y estratégicos a través del desarrollo de la psicosiguridad y prevención en estudiantes universitarios y en el propio equipo profesional de salud mental.

Sin duda, compartir el quehacer psicoterapéutico esclarece el sentido de nuestro trabajo y es-

tablece un espacio posible de implicación de los profesionales con su propia labor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONACE. *Construyendo contextos preventivos en educación superior*. Orientaciones para la formulación de políticas de prevención del consumo de drogas y alcohol. Santiago: Andros, 2007.
2. Micin, S.; Bagladi, V.. *Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que acude a un Servicio de Salud Estudiantil*. *Terapia psicológica*, [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006). 2011, 29(1), 53-64.
3. Muñoz, M.; Cabieses, B. *Universidades y promoción de la salud: ¿Cómo alcanzar el punto de encuentro?*. *Rev. Panam Salud Pública*. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf>. 2008, 24 (2): 139-146.
4. Florenzano, R. *Salud Mental y Características de personalidad de los estudiantes universitarios en Chile*. *Rev. Calidad de la Educación*, 2006, 23, 103-114.
5. Gómez, H.; Pérez, C.; Parra, P.; Ortiz, M.; Matus, O.; McColl, P.; Torres, G.; Meyer, K. *Relación entre el bienestar y el rendimiento académico en alumnos de primer año de medicina*. *Rev. Méd. Chile*. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000700015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700015). 2015, 143 (7).
6. Daskal, A. *Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica*. *Rev. Argentina de Clínica Psicológica*, <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921795003.pdf>. 2008, Vol. XVII (3), pp.215-224.

7. Balboa, J. Estudio de la noción de Grupalidad en el marco de las teorías psicoanalíticas grupales. Memoria para obtener el título de psicólogo. Universidad de Chile. [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/balboa\\_j/html/index-frames.html](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/balboa_j/html/index-frames.html). 2006
8. Foladori, H. Grupalidad. Teoría e intervención. Santiago de Chile: Universidad de Chile, 2005.
9. Bleger, J. Psicohigiene y Psicología Institucional. Argentina, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966.
10. Guerrero, J; Castañedo, R.; Rubio, S.; Cutiño, M.; Fernández, D. Calidad de vida y trabajo: Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352006000400005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000400005&lng=es&tlng=es) MINSAL, Gobierno de Chile (2001) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. 2006, *ACIMED* 14(4)
11. MINSAL, Gobierno de Chile. Protocolo de Vigilancia de Riesgos psicosociales en el trabajo, 2013.
12. Pichon-Rivière, E. (1985) El proceso grupal. Nueva Visión. Buenos Aires.
13. Bauleo, A. La concepción operativa de grupo. Asociación española de neuropsiquiatría. España, Madrid, 1990.

Correspondencia a:  
antonio.letelier@usach.cl