

2017-03-27

# Dispositivos terapéuticos en el campo de la salud mental: el rol del acompañante terapéutico en los tratamientos ambulatorios

Martínez, María Agustina

---

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/560>

*Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni*

## ANEXO

### Entrevistas Desgrabadas

#### Entrevista N° 1

**Institución:** Hospital de Día del Hospital Inter zonal de Agudos Oscar Alende.

**Entrevistada:** Lic. En terapia ocupacional, coordinadora del Hospital de Día.

#### EJE 1

##### **A) Caracterización de la institución, dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Hospital de Día del Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. Oscar Alende de la ciudad de Mar del Plata, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este servicio se compone por las áreas de internación, consultorios externos, inter-consultas y el hospital de día.

Este dispositivo existía desde el año 1980, integrado al Servicio de Salud Mental. Estuvo ubicado dentro de las instalaciones de Hospital General, en su primer piso, pero luego se bloquea pasando el área de hospital de día a un período de obras de refacción. El edificio funciona actualmente en una sala amplia, antiguamente perteneciente al sector de internaciones, creada en el año 1998, dónde no se contemplaba el funcionamiento del hospital de día. Se bajó luego desde el Ministerio de Salud la orden de abrir en este sector el Hospital de Día, siendo anulada para ello un área de internación y del comedor. Actualmente, y en consonancia con la Ley de Salud Mental se sugirió un traspaso nuevamente al Hospital General.

Actualmente asisten al Hospital de Día 6 pacientes, aunque oscila esta cantidad, teniendo un máximo de 33 personas.

##### **B) Equipo de trabajo, cómo se compone el equipo interdisciplinario.**

Se compone de dos terapeutas ocupacionales (una de las profesionales desempeña la coordinación del dispositivo) enfermeras y psiquiatras (la presencia de los mismos alterna en función del recurso humano disponible en la institución) El área de psicología fue cubierta por residentes, aunque actualmente no hay residentes en el puesto y la rotación por los diferentes servicios no está formalizada. También hay una asistente social que responde a las demandas de

todo el servicio. Con ella se gestionan las entrevistas de admisión, derivaciones, acompañamiento terapéutico, pases, pensiones, subsidios y certificados de discapacidad.

## **EJE 2**

### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

El funcionamiento del dispositivo es grupal. Se admiten personas mayores de 15 años, que no tengan abuso de sustancias activas, ni psicopatías. No se admiten personas con debilidades mentales. Los pacientes que acuden al dispositivo de hospital deben estar necesariamente dados de alta, acuden por lo general luego de la internación, y ante la ausencia de condiciones de ayuda familiar o laboral, así como también en forma preventiva, ya que puede ser vista como una internación parcial. Luego de ser admitido, el paciente debe sostener un tratamiento con un médico psiquiatra de la institución.

El tratamiento se realiza con pacientes en condición de agudos, y se trabaja la integración, los hábitos, la independencia y los hábitos personales. También se trabaja sobre procesos psicológicos como atención, percepción, memoria. Se desarrollan algunos micro emprendimientos cómo la realización de una huerta de aromáticas, también se produce pan rallado y tostadas.

Se realizan asambleas semanales de apertura y cierre, y reuniones con los familiares una vez al mes como mínimo. También se reúnen los profesionales una vez por semana. El hospital articula con la institución AIPE, aunque actualmente no sostienen trabajo inter institucional.

## **EJE 3**

### **A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

La convocatoria de un Acompañante terapéutico se decide en la reunión de equipo, y se tramita mediante la asistente social del servicio. Se reciben pasantes de los cursos de formación de acompañantes, quienes cubren tres horas por semana, aunque llegan sin experiencia a esta área. Se les asigna un paciente y

luego se reúnen para hablar sobre las características del paciente y se establecen estrategias. En general se habla sobre la conducta del paciente y sobre la conducta que se pretende generar.

El acompañante se reúne una vez por semana con el equipo. Si bien se plantean claramente los objetivos, los AT no son nombrados como recurso del servicio. Entre los objetivos que se persiguen figuran la evaluación en el afuera para transmitir cómo está el paciente en su contexto. Y trabajar los hábitos que no se ha logrado en el hospital, entrenando aspectos más oscuros. Brindar una contención en el afuera, es fundamental con aquellos pacientes que viven solos trabajar algo del deseo, y que logren trasladar los hábitos de la institución a su vida cotidiana, sobre todo cuando no hay sostén. Ya que las asistentes sociales no pueden hacer visitas domiciliarias.

### **B) Valoraciones y perspectivas.**

La experiencia del hospital refleja en algunos casos resultados óptimos, y en otros no. Los acompañantes que llegan son alumnos que vienen a realizar pasantías mientras realizan el curso de acompañamiento terapéutico y la mayoría no tiene experiencia en el trabajo con personas con las características de quienes asisten a este dispositivo.

## **Entrevista N° 2**

**Institución:** Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón

**Entrevistado:** Licenciado en Psicología, Coordinador del área de Psicología

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución, dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

La Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, tiene un Departamento de Salud Mental, cuya atención se da en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), y en la sede de Jara dónde funciono históricamente la atención de salud mental para los adultos de la zona centro. En la parte de atrás del edificio funciona el Servicio Municipal de Atención a las adicciones (SEMDA). Con el correr del tiempo se fue transformando, y hoy por hoy sigue funcionando ahí la jefatura y el equipo de coordinaciones y después hay algunos psiquiatras atendiendo ahí que son psiquiatras que atienden pacientes de las distintas zonas. Psiquiatría es una de las especialidades que no está del todo descentralizada, no es que hay psiquiatras en todos los CAPS. Entonces se atiende algo de psiquiatría ahí (en la sede de salud mental de la calle Jara), también hay un programa de veteranos de Malvinas, está el Área jurídica social. Es un área más vale articuladora de gestión más que un centro de atención a la comunidad.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone el equipo interdisciplinario.**

El Departamento de Salud Mental está integrado por diversas disciplinas: psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, fonoaudiología, servicio social y acompañantes terapéuticos.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

El Departamento de Salud Mental trabaja en un primer nivel de atención, desde un abordaje ambulatorio, y los equipos están insertos en los distintos centros de salud del municipio. El tipo de atención que se hace es ya sea espontánea, por gente que acude a los centros de salud o bien por derivación. El tipo de prácticas que se hace, son tratamientos individuales, grupales; se trabaja

mucho con talleres para niños, adolescentes y adultos. Se trabaja también en distintos programas de salud con los médicos, obstetras, y el servicio social. Y actualmente, en función de la Ley de Salud Mental, estamos generando dispositivos de nivel intermedio para pacientes más graves o crónicos. Esta atención sigue siendo atención primaria, sólo que es para aquellos pacientes con los que no alcanza con dispositivos individuales de atención, que requieren de mayor control, de seguimiento y contención, que presentan dificultades para integrarse en la comunidad. Entonces son aquellos pacientes que no requieren internación, ni tampoco un hospital de día, son pacientes que requieren de ciertos lugares de referencia donde poder ir hacer actividades y acá se trabajaría mucho con acompañantes terapéuticos porque de lo que se trata en estos dispositivos es de poder fortalecer o restablecer ciertos lazos sociales a partir de ciertas actividades.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el Acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

EL AT está en el SEMDA, que tiene incorporada una suerte de acompañantes pero son más operadores que AT. Lo que es la figura de AT surge a partir de lo siguiente; hace 7 años se conformó una mesa inter sectorial que después se transformó en una red de salud mental, que se conformó a instancias del Ministerio de Salud, que pidió a las instituciones trabajar coordinadamente para tratar de resolver el tema de los pacientes que quedaban como “boyando” de un lado a otro. Hoy en día esto sigue pasando, en menos cantidad pero pasa, pero hay pacientes que no son ni para un dispositivo ni para otro y quedan dando vueltas. Entonces se armó una propuesta que era un Centro de Día, se presentó la propuesta en la banca 25 y el Secretario de Salud en ese entonces que era Alejandro Ferro, dijo que sí, que se iba a armar este Centro de Día y que iba a ser municipal. Y para ello nos pidió que eleváramos la propuesta. Resulta que se

propuso edificio y recursos y lo único que salió, fueron dos acompañantes terapéuticos ya que con el tiempo se fue dilapidando, se sacó un expediente que se pedían acompañantes terapéuticos, terapistas ocupacionales, asistentes sociales, psicólogos. De todo eso lo único que salió fue una psicóloga y al tiempo dos acompañantes terapéuticos. Pero el centro de día nunca se hizo y después cambiaron las gestiones.

Con el tiempo se incorporó un administrativo de una sala que hizo el curso de acompañante y pidió dedicar parte de sus horas para trabajar como AT. Hace poquito entró otra acompañante más, a sabiendas de que estábamos haciendo este dispositivo de segundo nivel dentro de lo que es atención primaria, nos brindaron otro cargo. Hoy por hoy lo que tenemos son estos cuatro cargos, pero la lógica fue esa; incorporarlos para poder trabajar en equipos interdisciplinarios, para poder trabajar con este tipo de pacientes.

Los AT están distribuidos en distintos barrios dentro de los CAPS, ellos tienen como directivas ser un integrante más del equipo y que ellos puedan delinear las estrategias terapéuticas en función de la problemática del paciente. La idea no es que sea un mero auxiliar de un psiquiatra o un psicólogo, si no que sea el profesional el que le indica: “tengo estos pacientes, tengo estas problemáticas, me gustaría por ejemplo que este paciente estudie, se integre”, y ahí el AT va tomando el caso y va delineando qué estrategias se pueden hacer. Promovemos que se generen dispositivos grupales, por el tema del recurso, hay muchísimos pacientes y si dispusiéramos una atención más individualizada de cada paciente necesitaríamos un recurso de 500 acompañantes. Hay una tendencia de ciertos profesionales de poder acaparar, una tendencia a decir “*necesito un acompañante 4 horas por día*” y la verdad que no es esa la idea. La idea es que puedan trabajar en estrategias inclusivas para cada tipo de paciente. En cada Centro de Salud tienen características distintas, pero bueno hoy por hoy, hay dos en la zona sur, otro en la zona del Martillo y Belgrano, otro está en la zona del barrio Bernardino Rivadavia. Es poquitito lo que tenemos, pero es nuevo el recurso y recién ahora se está empezando a conformar como área. Todas las demás disciplinas son áreas, y esta todavía no. Ahí estamos tratando de que se genere cómo área.

Y los aportes que puede hacer en relación a las estrategias terapéuticas en general, a veces aporta ideas que uno no tiene, lo que sucede es que si bien uno ve al paciente y le hace preguntas, el AT es como la extensión de los ojos de uno, puede ver como el paciente se comporta en otros ámbitos.

Esa mirada es devuelta al equipo, dentro del departamento también hay miradas más individualistas desde los profesionales que no entienden esta lógica, hay otros que son más abiertos. Hay situaciones muy duras, con pacientes de mucho riesgo dónde uno sino, se queda muy solo trabajando. Tal vez el AT puede armar ahí alguna actividad, paseos con otros pacientes, ir al museo o al cine, armar un picnic en la playa cuando el día esta lindo. Porque si no, uno ve al paciente una vez por semana y no sabe qué pasa en el medio.

### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento terapéutico**

Es un recurso importante porque hay una cuestión que tiene que ver con cierta limitación de cada uno de nuestros quehaceres, de los psicólogos, de los psiquiatras. Y después me parece que el AT logra cierta transferencia, más desde el cara a cara, más desde el orden de lo imaginario que permite que el paciente pueda explayarse más, abrirse más y entonces de esa manera puede hacerse otro tipo de llegada, que cuando el paciente viene a ser atendido por un psicólogo o psiquiatra a veces no alcanza. La posibilidad de ir a la casa, estar y conocer a la familia, como que hay una cuestión que hace que el paciente realmente este mejor porque son pacientes que en ese sentido, solos no pueden. Así que en ese sentido es un auxiliar bárbaro.

### **Entrevista N° 3**

**Institución:** Centro de Atención Primaria de Salud Municipal “Dr. Coelho de Meyrelles”

**Entrevistada:** Psicóloga clínica del CAPS

#### **EJE 1**

##### **A) Caracterización de la institución, dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda**

Desde el Departamento de Salud Mental, dependiente de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, se brinda un servicio de Atención Primaria de la Salud, cuyo trabajo está distribuido por Centros de Salud barriales.

Este Centro se encuentra en un barrio de características humildes, en la zona sur de la ciudad de Mar del Plata. En él se brinda atención en varias especialidades.

##### **B) Equipo de trabajo: como se compone el equipo interdisciplinario**

El equipo de salud mental de este centro se compone por dos terapistas ocupacionales, una fonoaudióloga, un psicólogo y un psiquiatra.

#### **EJE 2**

##### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

La Ley Nacional de Salud Mental, hace foco en la Atención Primaria de la Salud (APS). De este modo parte de la atención que era provista por el Hospital Inter zonal se vuelca hacia los Centros de Salud, recibiendo derivaciones de casos múltiples.

La *descentralización* impone una mayor demanda en los centros de salud, pero con el mismo recurso humano, lo cual refleja la realidad a nivel municipal. Las derivaciones son ante determinados casos “complejos” que ya no son retenidos por el hospital. Por lo tanto, termina siendo atención primaria y secundaria. Aquellos casos complejos que no llegan a ser agudos para el hospital. Por lo tanto pasan a ser centro de APS, como también de atención secundaria.

Los centros de salud no están preparados desde lo edilicio, ni desde los equipos, ni por la formación de los profesionales que no están preparados para los casos de atención secundaria.

La Ley debería estar acompañada de políticas públicas de salud. La ley es nueva, pero pasa esto. Como profesional que trabajo acá veo esto, y esto implica poder pensar no solo en atención de la salud, sino poder pensar en programas y actividades. Quedamos en la tensión entre lo que nos gustaría hacer y lo que se puede.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el Acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

Los Acompañantes Terapéuticos ingresan al Departamento de Salud, por una decisión en conjunto con la Secretaria de Salud, en este nivel se tomo la decisión que tuvo que ver con un proyecto de centro de día que luego quedó en suspenso. Se piensa el recurso para trabajar con algunos pacientes crónicos, que necesitarían por su nivel de complejidad un acompañamiento más acorde.

Son cuatro acompañantes con los que se cuenta actualmente, y en realidad se incorporaron al área de salud mental bajo otro proyecto.

En el caso puntual de este centro de salud, existe un caso de una paciente crónica, con dos criaturas a cargo. Ella tiene serias dificultades para hacerse cargo. Uno de sus hijos tiene un trastorno del desarrollo, entonces un acompañante terapéutico nos está ayudando a trabajar algunas cuestiones con ella que ella sola no podía. Por ejemplo, realizar la pensión de discapacidad para su hijo, todo lo que para ella implica ir y venir, llevar a su hijo al médico, un montón de cosas que ella sola no podía. Tiene épocas en que no puede salir de su casa, o que no puede ir a buscar a sus hijos a la escuela, ya que uno de sus hijos asiste a una escuela especial.

Ella tiene un tratamiento psiquiátrico, viene a psicología acá porque este centro le queda cerca. Cuando inicia tratamiento, inicia y deja varias veces, tenía que ir lejos de acá. Entonces, el AT la acompaña y le enseña a llegar, porque el psiquiatra que la atiende está en otro centro. Actualmente es el mismo psiquiatra el que la atiende porque ya estableció vínculo con él. La medicación se la maneja el acompañante, e incluso va a la farmacia a buscarla, que queda en la otra punta de la ciudad. Él viene cuando tiene consulta un rato antes o un rato después y se organiza con ella el tema de la medicación. Revisan algunas cuestiones de turnos, de tratamiento. Le divide la medicación. Por ejemplo si cambian algunas pastillas ella no se da cuenta. A veces hay que modificar los sobres...de todo eso se encarga el acompañante.

Es en función del caso, y de las características de ese caso particular, que se asigna un acompañante. Este caso específico, es planteado en el departamento, y desde allí es asignado el recurso del AT.

## **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el AT**

Me parece importantísimo el recurso del AT, y en mi caso lo necesitaría en muchos otros casos más. Dadas las condiciones de recursos, puedo hablar de un caso particular en el ámbito público. Estamos en un tiempo de adaptación. Con el AT trabajamos la terapeuta ocupacional y yo en la sala, con el psiquiatra él actúa como articulando el trabajo de los profesionales que muchas veces no coincidimos en el espacio físico ya que estamos en distintas dependencias.

## **Entrevista N° 4**

**Institución:** Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA)

**Entrevistada/o:** Licenciada en Psicología, Coordinadora del Servicio Municipal de Adicciones

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA) que depende del Servicio de Salud Mental, que está a su vez dentro de la Secretaria de Salud del Municipio de General Pueyrredón.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.**

El equipo se compone de psicólogos, psiquiatras, una asistente social, una terapeuta ocupacional, acompañante terapéutico, operadores, médica patóloga.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

Planteado desde el marco regulatorio que plantea la Nueva Ley de Salud Mental (Ley 26.657, sancionada en el año 2010), el modelo en el que sustentamos las prácticas y las intervenciones, el modo en que pensamos los padecimientos en salud mental y las adicciones, es a través de un modelo ético social, es decir que el centro de la atención está puesta en el sujeto como sujeto con derechos y con un padecimiento específico. Pero que tiene un correlato histórico social.

Desde este modelo empezamos a pensar la *descentralización y la territorialización de las prácticas*. Por eso el servicio funciona en doce centros de atención primaria de la salud (CAPS) en donde los profesionales del servicio que trabajan en estos centros de salud integran el equipo de salud y salud mental de la sala, con una modalidad de trabajo de puertas abiertas. Si bien hay atención puntual de pacientes el objetivo no es un consultorio de adicciones sino poder armar un dispositivo con la complejidad que requiere este tipo de padecimientos, y

con una inserción del dispositivo dentro de la comunidad para poder generar cuestiones que tengan que ver con el dispositivo.

Aun no son dos años que estamos con esta modalidad de trabajo, hay gente que llega demandando espontáneamente o porque ya se enteró en el barrio, o llega por derivación interna de la sala o de otras instituciones del barrio que pueden ser el CPDN, la escuela, la sociedad de fomento.

El objetivo fundamentalmente es mejorar la accesibilidad de los sistemas de salud. Aquella persona que tiene un consumo problemático de sustancias no siempre lo vive así en primera persona. Si sumado a esto le hacemos una propuesta de tratamiento para la que requiere hacer un despliegue familiar, trasladarse, supongamos que la persona vive en un barrio como por ejemplo Serena... si le damos un turno a las nueve de la mañana en la sede central de la calle Jara, se tiene que levantar a las 6 para tomar el colectivo. Llegar más o menos bien acá. Si además los tratamientos o las modalidades de intervención que nosotros proponemos en la mayoría de los casos están planteados con una frecuencia mayor a una vez por semana, se vuelve difícil de sostener en el tiempo. Estar en el barrio nos permite esto, de que alguien con un mínimo de traslado llega a un lugar dónde es atendido por todo un equipo de salud.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

El operador terapéutico es parte del equipo. En estos momentos no contamos con operadores fijos en los dispositivos en los centros de salud o no en todos; en algunos hay y forman parte del equipo de salud mental. En el equipo que funciona más centralizado acá en Jara hay dos que están incorporados al equipo en este momento y la verdad que alentamos que en la medida que lo necesiten desde los equipos se pueda pedir el trabajo conjunto con el operador terapéutico. Y tratamos en realidad que el primer contacto de una persona que llega por

primera vez a una consulta la haga el operador terapéutico, con una posibilidad de empatía y de acercamiento con el paciente diferente de la que puede tener el profesional. Muchas veces funciona como sostén del tratamiento y en las cuestiones más cotidianas, no desde lo psicoterapéutico, pero sí desde las cuestiones más cotidianas y del manejo de situaciones complejas pero que están vinculadas a lo cotidiano.

### **B) Qué diferencia establece entre operador terapéutico y acompañante terapéutico**

En adicciones siempre hubo un trabajo diferente, en algunas cosas es similar y en otras no. Nosotros no pensamos el operador terapéutico en esta función de acompañar con el cuerpo en lo doméstico. No se plantea cuando una persona está sola que se lo acompañe en la casa todo el tiempo. Sí a lo mejor se lo puede acompañar para realizar un trámite por ejemplo. Si la dificultad de la persona para estar sola tiene que ver con el riesgo de consumo se valoran otras posibilidades. No tenemos tampoco la posibilidad de hacerlo porque tenemos dos operadores nada más, no se lo piensa al operador como conteniendo esa dificultad. Cuando comenzamos con estos dispositivos más territoriales la secretaria de salud hizo convenio con una ONG que trabaja con la figura de “consejeros” en adicciones, con el objetivo de que tuvieran también un poco más esta función, de poder ir a buscarlo si tenía que venir y no vino, de acompañarlo a la escuela o a inscribirse en un curso, o a conseguir trabajo y funcionó muy bien. Esta ONG todavía está trabajando más centralizadamente en el programa Envión, en la zona puerto, trabajando articuladamente, la experiencia es muy buena, fundamentalmente con la población a la que más nos cuesta llegar que son los más jóvenes que requieren mucho sostén. Por cuestiones hasta de atravesamientos sociales, porque estos jóvenes muchas veces no tienen un adulto que pueda acompañarlos y sostenerlos en un proceso de tratamiento.

El operador terapéutico está integrado a la reunión del equipo como alguien más del equipo, no hay una distinción entre una reunión de profesionales y una reunión de operadores. La verdad es que intentamos trabajar los casos con un criterio de horizontalidad. La mirada del operador suele ser bastante aguda y

acertada, digamos que aporta un montón al trabajo del resto del equipo y se trabaja en conjunto. Los objetivos se definen en conjunto con todo el equipo.

La primera entrevista es con el operador, la segunda entrevista es con alguno de los profesionales del equipo, pero el operador va a seguir en contacto con ese paciente, lo va a seguir durante todo el tratamiento en conjunto con el resto del equipo. Lo verá una vez por semana, a veces el operador es el que más lo ve, una vez por semana o dos. El profesional lo ve cada 15 días. Serán 2 veces por semana la frecuencia del tratamiento, un encuentro es con el operador, el otro es con el profesional.

### **C) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento terapéutico.**

Nosotros intentamos tanto SEDRONAR como en los organismos que dependen de Provincia, las becas que otorgan a modo de pensión, son por un máximo de un año. Así y todo hoy la tendencia de los organismos del estado y en función de la Ley de Salud Mental, lo que plantean son internaciones cada vez más cortas para no sostener el aislamiento de la persona. Intentamos que la internación sea el último recurso. El criterio para que alguien requiera internación no está solo dado por la cantidad, el tipo y la frecuencia del consumo, sino que también influyen otros elementos, tratamos de ser creativos a la hora de pensar una intervención. Hoy tenemos recursos que hace cuatro meses no existían que nos dan la posibilidad de armar ciertos planes de tratamiento con cierta estructura de contención del paciente que muchas veces uno puede evitar la internación.

## **Entrevista N° 5**

**Institución:** Servicio Municipal de Adicciones (SEMDA)

**Entrevistado:** Psicólogo de la institución

### **EJE1**

#### **A) Caracterización de la Institución, dependencias gubernamentales.**

##### **Usuarios**

El SEMDA es una institución municipal, que está dentro de la Secretaria de Salud, y dentro del Departamento de Salud Mental de la municipalidad. Dentro del departamento está éste área de adicciones, esa es nuestra dependencia.

#### **B) Equipo de trabajo: cómo se compone el equipo interdisciplinario**

El trabajo es interdisciplinario. Actualmente hay psicología, servicio social, psiquiatría, terapia ocupacional y operadores o acompañantes terapéuticos. Por ahí se le llama operadores y no acompañantes terapéuticos porque es la figura tradicional que se ocupó siempre en adicciones.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención**

El dispositivo está dividido en dos, el SEMDA tiene una estructura en la calle Jara, que está conformada por los integrantes de las profesiones antes nombradas, y después tiene dispositivos territoriales, que son los dispositivos que funcionan actualmente en los CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) y en otro momento funcionaban en un programa que se llama Envión, que son programas de inclusión para jóvenes y niños, y fue una prueba piloto, en uno de ellos que funciona en el barrio del Puerto se sostuvo hasta hace dos o tres meses. No es que no funcionara sino que la propuesta siempre fue trabajar desde los centros de salud. Básicamente, estas dos patas, la que está en Jara y la que funciona en los CAPS, tiene como el mismo perfil o la misma propuesta de abordaje que es un abordaje comunitario, y entendemos por abordaje comunitario la intervención no solo interdisciplinaria sino multi organizacional, multi institucional, mucho más visible en los CAPS. Tal vez en la sede de Jara, se ve una atención más tradicional, el paciente tiene que llegar hasta la sede, muchos son derivados judicialmente, ya sea desde el Patronato de de Liberados, la

Defensoría Oficial, los Centros de Protección de Derechos. Y siempre el abordaje es más tradicional en el sentido de que el paciente llega, se hace un circuito por dos o tres profesionales: psicología, servicio social y los operadores. Y el abordaje se trabaja en forma articulada, pero siempre con la característica de que el paciente acude a la Secretaría de Salud Mental.

El perfil cambia bastante con los que trabajamos mayormente en el territorio, porque ahí sí la propuesta es más territorial y comunitaria. Lo entendemos como una forma de que el paciente llegue, aunque la articulación es diferente; tanto en lo que hacemos nosotros con el paciente, como con lo que hacen otras instituciones ahí en el barrio, cuando tenemos una persona que no está viniendo, o hay una propuesta de intervención. Por ejemplo, ayer venía la mamá de una chica que la mandan desde un comedor del barrio (por intermedio de un referente barrial) y el abordaje con esta chica sería muy diferente. Con lo cual entendemos lo comunitario desde ahí, no vamos a esperar que el paciente llegue y golpee la puerta. Particularmente en los CAPS, el operador no está y tampoco la trabajadora social, se articula de manera especial, dado que las trabajadoras sociales en este caso ya tienen intervenciones con planes de lactancia, maternidad sana, hay planes de Nación que ellas son las encargadas de llevarlos a cabo. Esa es otra diferencia, en la sede de Jara hay un equipo completo, y en los CAPS somos los psicólogos y tenemos que ver cómo logramos la articulación para que sea en función del paciente o de la persona con la que vamos a intervenir.

El trabajo con la persona es individual, grupal y familiar. Hay un espacio para familiares una vez por semana, que es a la vez familiar y multifamiliar. Está abierto no solamente para el familiar de la persona que ya está viniendo o en tratamiento, sino que puede ser para hermanos, hijos o padres de alguien que consume y que en realidad nunca conocimos pero viene al espacio. Esa inclusión de ese familiar, lo hacemos desde esta visión, porque creemos que es una primera manera de empezar a trabajar tal vez indirectamente con esa persona, y una forma de que el familiar encuentre contención, herramientas, alivio, un lugar

dónde poder hablar con otro. Después en conjunto también, porque la forma de intervenir con otros.

Hay algunos pacientes que son abordados semanalmente al estilo de una psicoterapia. En las diferentes esferas. El dispositivo en sí se va amoldando a la persona que se acerca. Hay algunos pacientes que son al estilo de una psicoterapia y mantienen el espacio y trabajan desde la angustia. Y después hay pacientes que ya sea por características subjetivas o familiares, que no se da esa modalidad y se da una modalidad con mucha más apoyatura por ejemplo en la formación profesional. Como es el caso de algunos pacientes. El año pasado articulamos con un curso en el puerto para armar redes, que sirve como herramienta para buscar laburo.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el Acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

Los “operadores” trabajan al estilo clínico. La propuesta desde acá es un perfil clínico, pero que trabaja por ejemplo en cuestiones de la vida cotidiana, ordenamiento del día a día, cuestiones que tengan que ver con las rutinas. Por ahí es algo que un psicólogo también lo hace, pero en este caso esta tal vez más delineado que el psicólogo trabaje más en cuestiones del ordenamiento subjetivo y el operador en cuestiones más del ordenamiento cotidiano. Lo que pasa en realidad es que se cruza todo el tiempo y hay operadores haciendo más una función terapéutica, que podría hacer cualquier psicólogo. Y viceversa. Es una estructura que está pensada desde hace muchos años y no se ha tocado.

En los CAPS tenemos dos operadores que son de una ONG que está integrada por un grupo de Narcóticos Anónimos; crearon un grupo que ha establecido convenio con la Municipalidad. Hasta este verano éste convenio hacía que hubiese un operador en cada dispositivo, entonces el trabajo se hacía en duplas. Y a partir de Enero quedó solamente en dos lugares. Ahí el operador hace

un trabajo mucho menos clínico y más comunitario. De hecho (ellos se autodenominan consejeros porque así es la estructura de NA pero su función es claramente la de operadores). Ellos son los que se mueven mucho más en lo que es conseguir articulación en los barrios, los recursos. Cómo son los cursos de formación o capacitación, el operador hace el contacto, muchas veces acompaña a los pacientes, asiste con ellos. Viabilizan la posibilidad de conseguir tarjetas para el transporte, materiales, etc.

Los operadores son considerados parte del equipo, tiene particularidades, en este caso al ser parte de una organización no tienen las mismas formalidades que por ahí sí tenemos los que estamos en los Centros de Salud. Por ejemplo si un día no van, o tienen otros horarios, no tienen ningún problema porque se regulan ellos mismos. Hay una estructura formal que es diferente. Después en la lógica del laburo yo los incluyo, ellos me incluyen a mí y también esto fue algo que se pensó cuando se crearon estos dispositivos desde la Secretaria de Salud Municipal, porque no había este recurso del operador en las salitas, es decir en los dispositivos ambulatorios, que sí había por ejemplo en las comunidades terapéuticas.

La interacción con el equipo se da de una manera mixta, no hay una propuesta desde el psicólogo, una propuesta o una planificación. Y tampoco surge solamente desde ellos de que se trabaja de determinada manera. Casi no hay una estandarización; con diferentes pacientes se interviene de manera diferente. Muchas veces hablando y escuchando a la persona con la que estamos interviniendo vemos como nos vamos ubicando. De persona a persona de paciente a paciente es diferente, hay quienes no han demandado, no ha surgido en la escucha. Entonces hay cuestiones del acompañamiento por el afuera que no surge, no se hace necesario. Hay algunos que se transforman, esa cuestión más clínica la aborda directamente el psicólogo, tampoco es en forma aislada, por que las entrevistas se hacen en conjunto. En esa cuestión clínica interviene también un consejero, escuchando, sosteniendo, haciendo un señalamiento en particular. Pero de repente aparece otro paciente, que tiene para trabajar mucho mas alguna cuestión en lo comunitario, ya sea desde la formación, la búsqueda laboral, a

veces están sin el DNI o traen dudas acerca de si son portadores de VIH, no se hacen controles de salud, o podrían tener una pensión y no la han tramitado nunca. Hay personas que están mucho más desarmadas en ese aspecto y ahí es mucho más clara la acción del consejero, hace un acompañamiento que está dentro de la intervención.

### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañante terapéutico**

En este contexto y con esta problemática el rol es fundamental, para los que trabajamos también en espacios privados, en espacio psicoterapéuticos, la diferencia también es notable, yo que trabajo en lo individual, salvo algo muy puntual. En los dispositivos barriales es fundamental porque lo que da también es un sostenimiento integral. En los dos dispositivos en los que estoy yo, en el año 2014 tuvimos 86 pacientes, de los cuales 20 eran menores de 18, muchísimo mayor el número de varones que de mujeres. Si bien las características pueden ser similares en otras instituciones, si no se hubiese sostenido por fuera, ninguno de esos pacientes hubiese continuado el tratamiento. Cuando surgen problemáticas acerca de salud, trámites y uno lo está acompañando, lo ayuda, es otro tipo de tratamiento el que se sostiene. De la misma manera de la cuestión laboral, de formación recreativa, lúdica, si no contamos con una estructura en donde tenemos un relevamiento de recursos y la persona que llega no tuviera todo eso no podría sostener el tratamiento, por eso hay varias patas. Lo que se puede discutir si es el tema de la efectividad, es algo que se da puntualmente en el tema de adicciones, la mayoría de las intervenciones son efectivas si uno piensa que es algo que puede tener subidas y bajadas, periodos de crisis, consumo no consumo. Pero que la intervención se sostiene.

## **Entrevista N° 6**

**Institución:** Hospital Inter zonal de agudos Dr. Oscar Alende, Área de Salud Mental

**Entrevistada/o:** Jefa de Residentes de Psicología

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Este es un Hospital General con varias especialidades, entre ellas salud mental, que está a parte en el espacio, por afuera del hospital. El servicio de agudos tiene sector de internación con dos salas: una de hombres y una de mujeres con 23 camas cada una. Cuenta con dispositivo de guardia que funciona todos los días de la semana, aunque no todos los días están cubiertos por los profesionales. Hay consultorio externo e interconsulta con pacientes que están internados en el hospital y hay hospital de día.

Cada profesional de la psicología se dedica según el área al que está abocado. En mi caso soy jefa de residentes. Los residentes trabajan con guardia, internación, inter consulta, admisión y consultorios externos.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone el equipo interdisciplinario.**

El equipo se compone de Psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y una terapeuta ocupacional que maneja el hospital de día. Tenemos pacientes ambulatorios que hacen hospital de día.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

Este es un hospital de agudos, de atención secundaria y terciaria. Trabajamos más que nada con los pacientes que quedan internados acá que son pacientes psicóticos Después de la internación, hay pacientes que van al dispositivo de hospital de día, no son todos los pacientes porque hay muchos que no pueden adherir a este tratamiento y uno a veces prueba o intenta y hay quienes

agarran y otros no. Hay muchas personas que pueden venir todos los días a las 8 de mañana hasta las dos de la tarde y les viene bárbaro y hay otros que no. Hay pacientes psicóticos que no pueden levantarse todos los días. Es un dispositivo que tiene una forma bastante rígida; se trabaja justamente para que adquieran determinados hábitos y capacidades, está orientado a eso, pero para poder trabajar sobre las capacidades el paciente tiene que tener ya la capacidad de llegar todos los días, hay pacientes que ya no pueden con eso.

Hay personas que siguen tratamiento psiquiátrico y psicológico en consultorios externos, viene a consulta y buscan la medicación y hay quienes sólo siguen tratamiento psicológico. Otros que después de la internación ni siquiera siguen el tratamiento.

### **EJE 3**

**A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

En el hospital no hay acompañantes terapéuticos de planta. Con los acompañantes que hemos trabajado son los que vienen a hacer alguna pasantía porque están estudiando en un curso de acompañamiento por tres meses. Esos AT en general son asignados por la asistente social. Vemos qué personas pueden servirles, en general son pacientes que no tienen ningún recurso, no tienen obra social y muchos ni siquiera tienen contención familiar y están internados. Son para esos pacientes que los necesitamos. Y para consultorio externo también hay, pasa que todo depende si la persona puede pagar o tiene la obra social que se lo cubra. Te puedo decir el caso de una paciente que estuvo internada, pero tenía recursos porque cobraba una pensión y una jubilación. Si bien su obra social no le cubría la internación si le cubrió el acompañamiento una vez que fue dada de alta. Estuvo acá y le hicimos el contacto con la acompañante terapéutica que conocíamos porque hizo su pasantía en el hospital, y a ella se le pagó mediante la cobertura social de la paciente. La verdad que funcionó muy bien porque necesitaba si o si

de una acompañante. Tenía muchas cosas para trabajar. Estaba en una situación de mucha precariedad, con poco contacto familiar. En este caso, la AT acompañaba a la paciente a los turnos conmigo o con el psiquiatra y en las entrevistas con ella a parte, me comentaba las cosas que veía o comentábamos estrategias sobre qué sería lo mejor, pensábamos las actividades. Además hacía informes por escrito.

Pero el recurso no es algo institucional o formal, no es un recurso del hospital, en este caso la prestación la pagaba la paciente.

Lo que si puede ser generalizado (en caso de que sea contratado en forma particular por el paciente) es que uno tenga entrevistas con el AT para saber cómo está el paciente, para saber lo que está haciendo. *“Aunque sea un acompañante que trabaje en forma particular, porque en definitiva... ¿quién decide el acompañamiento?”*

También ha pasado con otra paciente que la madre pedía de una acompañante, que se decidió entre el psiquiatra, la psicóloga y la madre que la chica tuviese un AT todos los días. Era una adolescente y en un momento la psicóloga consideró que ya no necesitaba más un AT porque era una chica joven que había mejorado bastante del estado en que había estado inicialmente y no necesitaba más alguien que la acompañe todos los días de 12 a 4, realmente no lo necesitaba. Lejos de hacer que algo de su estado fuese mejor, la limitaba esto de estar “acompañada”. Pero no hubo caso, su madre y el psiquiatra querían que sostenga el acompañamiento. Es algo del caso a caso, porque no es un recurso institucionalizado, depende mucho de cada profesional. Este acompañante no hacía informes por ejemplo. Sí venía al consultorio y ahí se le preguntaba: cómo la ve, que piensa, que cuestiones hay que trabajar...

Cuando hay AT si se considera parte del equipo, pero no es un recurso. Actualmente en el hospital no toman psiquiatras, no se cubren las guardias. No considero que estén al mismo nivel, que sean lo mismo. La verdad que considero más importante que contraten psiquiatras, pero puede ser porque a veces hay movidas en donde invierten en algo y no en otra cosa. Son cosas impredecibles. No tiene que ver con una política.

## **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el AT**

Sería bueno que el hospital tuviera ATs, tienen un aporte positivo para el trabajo con el paciente, sobre todo porque hay pacientes que tienen situaciones muy precarias entonces se hacen muy evidentes todas las variables que intervienen en la salud mental. Realmente hay un aporte más para dar que pueda hacer algo diferente y que le sume.

Aporta y suma, pero no es todo lo mismo; que puede ser parte del equipo y que lo que tiene que decir sobre el paciente está bueno escucharlo, y que está con el paciente en otras situaciones diferentes a lo que vemos en el consultorio. Ha pasado también que nos mandan algunos AT como pasantes, que ni siquiera se recibieron y que hacen una pasantía y en esos casos tenés que estar cuidando más al pasante que al paciente, es lo único que hay. Digamos que los pacientes que requieren acompañamiento tienen sus dificultades.

Pasa con pacientes internados que a lo mejor si tuvieran acompañantes terapéuticos podrían empezar a salir. La nueva Ley plantea la internación como última indicación o recurso. Nosotros tenemos muchos pacientes internados meses y meses por cuestiones sociales, y la verdad es que hay pacientes que incluso se les tramita una pensión por discapacidad que tarda año, año y medio en que se la den. Entra un paciente, con descompensación en estado agudo, se compensa en un mes, no tiene familia ni hogar a donde mandarlo. No le puedes abrir la puerta para que se vaya por que lo dejas en la calle. En el mejor de los casos la asistente social le va a tramitar una pensión pero bueno demora un año o más. La familia no se la puede llevar, no entienden de la enfermedad. Cada vez que se fue terminó en situación de calle, como no tiene conciencia de enfermedad, no va a tomar la medicación. También está el peligro de creer que un acompañante terapéutico le va a poder resolver un montón de cosas y no es así. También nos pasa con algunos pacientes que están en internación pero si tienen AT está bueno. Para el proceso está bueno porque me paso con esta paciente

que comenté anteriormente, que si no hubiera estado el acompañante no la hubiese podido externar de la manera que la externé.

En la actualidad el único lugar municipal que hay para que los pacientes vayan a vivir y que los reciban es “El campito” pero actualmente no hay lugar. Los tribunales tampoco actúan en la situación de ilegalidad que están muchos pacientes.

## **Entrevista N°7**

**Institución:** Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón

**Entrevistada/o:** Licenciado en psicología, coordinador general del Departamento de Salud Mental

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Departamento de salud mental que pertenece a la secretaría de salud municipal. Brinda atención a través de los centros de atención primaria de la salud en los diferentes barrios de la ciudad.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone el equipo interdisciplinario.**

El departamento tiene cinco disciplinas: psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía. Y ahora tenemos una extra que sería acompañamiento terapéutico que son cuatro en total.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

Los dispositivos en la municipalidad abarcan desde primera infancia hasta los 65 años. En crónicos tenemos adultos crónicos y estamos terminando de armar equipos interdisciplinarios en territorio, y estamos empezando a armar un dispositivo de atención cada un número determinado de centros de salud, que sean centros de salud mental más específicos donde puedan funcionar equipos interdisciplinarios con mayor facilidad y que estén más permanentes. Se están armando experiencias en el barrio Dorrego y El Martillo. Intentamos replicar el sistema brasilero de organización de atención y es una referencia que nos va orientando. Lo estamos armando desde las bases, desde los profesionales y desde el departamento. No termina de configurarse como una política pública y lo

estamos haciendo porque lo entendemos así, es una forma piola de organizarse pero no es que hay una definición de que se lleve esto a la práctica. Hoy la Ley y el Plan Nacional de Salud Mental tienen que ver fundamentalmente con la desmanicomialización, salir del monovalente y la propuesta es que vaya al ámbito comunitario. No se indica como, se deja muy librado al azar, en esto adolece la ley, de este desarrollo o lineamiento. No alcanza decir que se va a trabajar en estos lineamientos, si no se indica cómo.

### **EJE 3**

**A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

No hay muchos antecedentes, nosotros recién ahora estamos comenzando a trabajar formalmente incorporando acompañantes terapéuticos. En el departamento que hay más de cien profesionales, hay cuatro acompañantes. Los AT estaban pensados para un centro de día y con la lógica de un centro de día y se está intentado potenciar los equipos de salud que tenemos en territorio con la presencia de los AT, siempre en el ámbito de la atención primaria de la salud. La poca experiencia que estamos haciendo es muy positiva, es muy interesante y significativo el aporte de los AT desde su mirada. Es un rol que se está construyendo, que no está claro del todo, porque a nivel de la atención primaria intentamos que las intervenciones abarquen la mayor cantidad de gente posible ya que no podemos trabajar en el uno a uno. Se busca la mayor eficiencia abarcando la mayor cantidad de población, esto siempre desde la atención primaria. Dentro de la atención primaria también tenemos que atender pacientes crónicos. Si los pocos AT que tenemos (4 en todo Mar de Plata) los agotamos en tratamientos individuales, no llegamos a cubrir absolutamente nada. Esto es lo que se está repensando. La lógica de intervención del acompañante terapéutico en éste

ámbito. Aparecen dispositivos de intervención y acciones que son muy interesantes.

Es muy “verde” aún la situación y se están armando las primeras formas de organización en ese sentido. Las supervisiones las hacemos desde la jefatura, en principio las armamos desde acá. Van apareciendo distintas formas de intervenir, por ejemplo se está trabajando muchísimo con talleres, con el Plan Fines. Se armaron por ejemplo grupos de plan fines (finalización de estudios secundarios) para pacientes del servicio, eso lo armó un AT. La lógica era acercar el Plan Fines a la gente que estaba bajo nuestro ámbito de intervención. La potencia del agrupamiento generó que hoy por hoy el Plan Fines sea algo que va mucho más allá del plan de finalización de estudios secundarios. Hoy los chicos que vienen empiezan a tomar ese grupo cómo grupo de referencia y empiezan a funcionar a través de una red mediante la cual el AT los hace trabajar. ¿De qué manera? Por ejemplo, cuando tienen que hacer un trámite en muchos lugares dónde antes los acompañaba el AT ahora los acompaña su compañero del Plan Fines. Ese un ejemplo básico de cómo están trabajando. El plan funciona fuera del centro, fuera de las oficinas de la secretaría, funciona en los barrios.

Es interesante porque estamos re significando el recurso que es novedoso para nosotros. Así como sale esto otro ejemplo es que se abrió un grupo del Plan Fines que son personas usuarios del servicio y de personas que no son usuarios del servicio. Ahí se da otro fenómeno porque más de una persona que está terminando sus estudios descubre que puede desde lo social perfectamente cumplir un rol, de acompañamiento, de apoyo a otra persona que lo necesita. Con esta misma lógica estamos descubriendo otras situaciones: talleres de producción de plantas aromáticas, en el CAPS (Centros de Atención Primaria de la salud) del barrio Belgrano se está armando un grupo de yoga con un psiquiatra y un AT, para practicar yoga. Todas estas actividades tienden a desarrollarse de forma descentralizada.

La idea es que cada una de las especialidades se reúna y mantenga reuniones temáticas de área. Cada una tiende a trabajar estas temáticas en forma interdisciplinaria, por ejemplo niñez, crónicos.

Los AT recién ahora van a empezar a configurar un grupo y empezarán a involucrarse en las reuniones temáticas. Sobre todo en la parte de crónicos y de adolescentes. La estrategia del departamento es tener equipos de salud lo más completos que se pueda en territorio. Tratando de asumir la población de crónicos dentro de esa área programática y buscando alternativas a las intervenciones que se necesiten.

### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento.**

La valoración es excelente, creo que el aporte es muy valioso y creo que las personas que trabajan en el municipio como AT tienen un discurso propio, una mirada propia desde lo disciplinar. Por eso tienen un aporte importante que hacer en el equipo, hacia lo interdisciplinario. Son específicos y esto es importante porque si no es como que quedan subsumidos a un discurso psicológico o psiquiátrico. Esa mirada viene del propio accionar, del contacto y la proximidad que tiene el AT con el sujeto que hace que lo comprenda desde otro lado. Es por ejemplo como cuando el servicio social va a la casa de una persona y trae información al psiquiatra. Muchas veces esto cambia la mirada y cambia el diagnóstico y por ende la intervención. El AT tiene esa proximidad de lo cotidiano, entonces en una reunión interdisciplinar traen un saber sobre el sujeto que no lo tiene el resto de las disciplinas, y también pueden hacer algún tipo de interpretación o lectura que es muy válido.

Antes era impensable que en un centro de salud municipal hubiese acompañantes terapéuticos. Hoy empieza a ser una realidad, es parte de esta construcción. En atención primaria nosotros trabajamos con estrategias de baja complejidad y alta efectividad. Tiene que ver con el orden comunitario.

## **Entrevista N° 8**

**Institución:** Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Psíquicos (AIPE)

**Entrevistada/o:** Licenciada en servicio social, Coordinadora del área de pacientes integrados

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Centro de promoción social AIPE, es una institución que trabaja en el tercer nivel de atención en salud mental, los usuarios son personas con padecimientos psíquicos.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.**

Está conformado por una médica psiquiatra, un enfermero, dos terapistas ocupacionales, dos trabajadoras sociales y una psicóloga.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios**

Este dispositivo es un taller integrado que funciona con una carga horaria desde las 11:30 hasta las 18:00 y es para aquellos pacientes que han tenido mayor nivel de dificultades en cumplir objetivos pautados de otras etapas. Es decir que el taller de integrados tiene objetivos más personalizados y es una intervención más cuerpo a cuerpo, es decir, la estrategia de tratamiento se trata de focalizar más en cada sujeto, no quizá como el resto de las etapas que quizá los objetivos son más comunes a todos y cada uno tiene que encajar en esos objetivos. Por ende, en este dispositivo algunas personas tienen horarios mucho más adaptados, realizan actividades en centro de día y en el afuera, y cuándo realizan actividades en el afuera tienen acompañantes terapéuticos. De hecho nosotros tenemos 33 pacientes y 10 de ellos tienen acompañantes terapéuticos. Porque entendemos que es necesario el **sistema de apoyo** además de venir acá.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

Se decide interdisciplinariamente cuando un concurrente necesita un sistema de apoyo. El sistema de apoyo que nosotros consideramos puede ser ya sea desde la participación en un dispositivo artístico o laboral o un AT. Muchas veces para pensar en la inserción de un concurrente en un dispositivo artístico se necesita un AT. La población con la que nosotros trabajamos al tener muchos años de enfermedad presentan mucho deterioro y en algunos casos no tienen familia o si tienen familia tienen las redes sociales como muy desgastadas, entonces se piensa en la necesidad del AT cuando hay que hacer gestiones en el afuera para favorecer su autonomía y no tienen quien haga ese sistema de apoyo de acompañarlos a...entonces se empieza a pensar en los AT con los objetivos puntuales. De hecho cada AT tiene los objetivos que le da el equipo, que si bien los vemos en lo cotidiano también les pedimos informes en lo que van avanzando cada tres meses. Después se ve en función de cada paciente lo que van trabajando, generalmente están abocados a cuestiones socio recreativas, a cuestiones vinculadas con la comunidad, o a las gestiones médicas. Entendiendo que el sistema de salud es a veces bastante excluyente, entonces a veces el hecho de que vayan acompañados hace que pueden ingresar al sistema de salud. Por ejemplo cuándo van al hospital es todo un tema sacar los turnos, la espera que hay que hacer hasta que los atiendan y muchos pacientes que no tienen familia incluso hasta la concurrencia al médico es una situación traumática sobre todo en aquellos pacientes que no ha tenido ningún tipo de control más que el psiquiátrico. Entonces la permanencia del AT que los esté apoyando tanto adentro como afuera de un consultorio es importante.

Es muy variada la tarea que cumplen los AT pero por lo general están abocados a cuestiones socio recreativas, culturales o a gestiones.

En algunos casos los pacientes si bien asisten acá, porque funciona como un sistema de contención y de tratamiento, los concurrentes no participan en todas las actividades propuestas (talleres, asambleas, la propuesta de terapia ocupacional). Sin embargo asisten para el almuerzo, el armado de pastillero, la merienda, y en el medio logramos instaurar, en un caso, que el AT haga el acompañamiento en la institución, no ingresa al taller pero hace que el concurrente permanezca hasta la merienda pudiendo salir a caminar o hablando con él, en este caso, el 50% del tratamiento se basa en el vínculo que tiene el AT con esa persona. En ese caso puntual la participación del AT en la institución ha sostenido al paciente en el tratamiento.

Los objetivos se piensan de persona a persona. A cada concurrente, incluso si es hombre o mujer se decide según como esa persona se vincule con el género masculino o femenino. La idea es que tengan este espacio de referencia pero que empiecen a vincularse más con el afuera. Originalmente este dispositivo se pensó como un espacio más de crónicos, y con el tiempo fuimos descubriendo que no se podía. Tenemos pacientes con 40 o 50 años de padecimiento, que son los que más reconocen su enfermedad pero a su vez, los que más cuesta insertarlos en el afuera porque siempre fueron institucionalizados. Entonces la figura del AT es una herramienta fundamental.

Si hay una propuesta laboral por ejemplo de asistir a un taller protegido, en el caso de un paciente psicótico, con su patología le resultaría imposible asistir si no es acompañado, le falta como el empujón.

Estaría bueno que el AT sea parte del equipo, lo pienso en experiencias que tuve personalmente en otros equipos en dónde el AT formaba parte del equipo. Creo que no se logra por una cuestión meramente burocrática, porque no sé si está reglamentado que el AT sea parte de los equipos en las instituciones. Muchas veces para suplir esa necesidad del AT se terminan pidiendo favores por la vía informal.

## **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañante terapéutico.**

Creo que es un recurso valiosísimo, en mi caso me toca trabajar directamente con los AT y sostenemos reuniones periódicas. Han sostenido muchos tratamientos y le han puesto el cuerpo, que a veces es muy difícil en salud mental. Y en muchos casos han podido asumir esa responsabilidad y lo han laburado con un compromiso impresionante. Sin embargo, creo que, no sé si tiene que ver con la formación que en Mar del Plata tal vez sea muy breve, o responde sólo a una línea o una escuela, que me parece que falta un poco más. Tenemos ATs que son muy jóvenes, que recién salen de terminar el curso de acompañamiento terapéutico y notamos ciertas falencias en cuanto a ver al sujeto cómo una persona con un padecimiento psíquico, lo comparo con aquellos at que vienen con una experiencia de hace años...bueno también es verdad que a uno la experiencia lo va nutriendo, pero lo que estamos viendo es que estos últimos AT que van surgiendo como que tienen algunas dificultades de entender al otro como un sujeto que está haciendo tratamiento. Si bien nosotros acá tratamos de darle un encuadre, en la formación se deberían dar los diferentes campos de trabajo. No es lo mismo el campo de la educación que el campo de la salud mental. Quizá habría que darle ese enfoque. Profundizar en alguno de los diferentes campos y entender las limitaciones que tiene ese campo. Que me parece que es el proceso que cada uno hace, que lo puedan elegir, que no es el único campo de intervención el de la salud mental. Desde lo personal, hay gente que viene a hacer acompañamientos y te das cuenta que no puede con la locura, que no le gusta, y quizá por una cuestión meramente laboral no pensaron que se iban a encontrar con un paciente de esas características. Entonces nos preguntarnos sobre que hacer: si lo corremos al AT, o si es que le damos más herramientas acerca de las características del paciente. Nos preguntamos si es por la formación que aparecen estas cuestiones. Son algunos casos que se han dado en los últimos acompañantes que hemos conocido. Desde dónde uno reconoce y entiende al otro me parece que es importante.

Hay que ver dentro de la reglamentación de salud mental en dónde ubican al AT. En función también de sus derechos, quedan cómo en la nebulosa de los días a trabajar. El día de mañana cuando se conformen como asociación no

solamente de IMAT, si no cuando se conformen con más peso van a empezar a adquirir más derechos, más representatividad.

El AT es un brazo del equipo terapéutico, un sistema de apoyo y a veces se confunde lo terapéutico con un rol más de amigo.

La ley de salud mental da lugar a los acompañantes terapéuticos por eso creo que se da ese auge que se ve como una salida laboral que tiene que ver con eso, el auge en los cursos de AT porque la ley lo contempla. Después en lo real hay un millón de trabas burocráticas con las obras sociales, algunas sólo pagan los dos primeros meses y después no los pagan más, con lo cual el sistema de apoyo se cae, algunas tardan mucho en aprobarlos. En casos puntuales, IOMA que es una obra social por dónde salen muchas prestaciones, cómo no paga con puntualidad muchos AT no aceptan trabajar con ella. Están 6 meses sin cobrar...Hay otras obras sociales que no los contemplan. Las pensiones no contributivas de muchos de nuestros pacientes que tienen por discapacidad, es por Nación y la cobertura es PROFE, que es una prestación que paga muy mal la hora de trabajo, y es por medio de la institución que lo paga más fácil. Cuando hacemos una pedido de prestación por medio de profe logramos que lo paguen cuando pagan la cápita a la institución. Por fuera de la institución es muy difícil sostener un AT.

Acá entra en juego el tema de la Ley de Salud Mental, hasta donde quieren un sistema de apoyo si no está todavía reglamentado como van a laburar el tema del AT. Hay altas que se nos caen por no poder sostener el AT afuera.

Creo que hay avances, el tema de que haya acompañantes en la municipalidad es un avance, pero hay que ver que pasa más adelante.

## **Entrevista N° 9**

**Institución:** AIPE

**Entrevistada/o:** Médica psiquiatra, integrante del equipo del área de pacientes integrados.

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Este es el Centro de día de de la O.N.G. AIPE. En esta área de integrados, se atiende a personas que necesitan un seguimiento más cercano, que tienen menos autonomía, menos recursos. Que en el transcurso de la enfermedad han perdido el nivel cognitivo y necesitan de un trabajo más cuerpo a cuerpo.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.**

Está conformado por una médica psiquiatra, un enfermero, dos terapeutas ocupacionales, dos trabajadoras sociales y una psicóloga.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios**

En general los pacientes ingresan todos por el dispositivo de primera etapa, se atiende a pacientes crónicos en general, los van evaluando en esa etapa, si no cumplen muchas veces con los requisitos de esa etapa o se observa que necesitan un trabajo más cercano, para poder rendir, ahí pasan a este área de integrados, que es un dispositivo que tiene los mismos profesionales que el resto, pero por ejemplo hay dos terapeutas en vez de una, como hay en las primeras etapas. Los grupos son más chicos y el trabajo es más cercano. Es para aquellos pacientes que han tenido mayor nivel de dificultades en cumplir objetivos pautados de otras etapas. Es decir que el taller de integrados tiene objetivos más personalizados y es una intervención más cuerpo a cuerpo, es decir, la estrategia de tratamiento se trata de focalizar más en cada sujeto.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

El AT es un recurso fundamental, porque muchos de los pacientes con los que nosotros trabajamos no tienen una contención familiar. Es muy difícil el trabajo con la familia, no porque no esté si no porque o hay mucha marginalidad o la familia está en un contexto similar al del paciente, entonces el trabajo fuera del centro de día, ese trabajo personalizado que se hace acá se puede continuar afuera y se ven resultados muy favorables.

En particular, yo con los AT no interactúo tanto, lo hacen más desde el área de servicio social y psicología. A no ser que haya alguna duda puntual en relación a mi especialidad ahí sí, se trabaja y no tengo ningún problema. Pero no tengo tanto contacto. Los objetivos son en general de todo el equipo, pero en sí el seguimiento de cómo van llevando el caso lo hace más psicología y trabajo social. Se hace así por una cuestión de organización de la institución.

En mi experiencia en otro lugar dónde trabajo, en el ámbito público, que se ha empezado a trabajar con AT ahí si mi trabajo es más a la par.

Sí lo consideraría parte del equipo, por más que no tenga contacto tan fluido como con las otras profesionales que comparto todo el día en la institución, porque los AT trabajan más afuera.

#### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento terapéutico**

Me parece que todos los abordajes son necesarios por igual en el tratamiento de un paciente, desde lo farmacológico, el acompañante terapéutico, la terapeuta ocupacional, hasta lo social. Me parece que todos son importantes por igual. En lo personal hay que ver cada caso, pero hay pacientes que tal vez no necesitan acompañante porque tienen mayores recursos, pero la mayoría de los

que están en este dispositivo, para ellos es fundamental el AT. Es una de las herramientas más importantes.

Tengo la experiencia de haber trabajado en internación en salud mental, en el hospital (Hospital Inter zonal Oscar Alende), y es muy distinto de lo que es el Centro de Día. En el hospital que se trabaja con pacientes agudos no había ningún abordaje interdisciplinario. Si bien, la Ley de Salud Mental es nueva y recién esta arrancando con falta de dispositivos y de recursos todavía, pero no era nada de abordaje interdisciplinario, el paciente era solo de psiquiatría, ni siquiera tanto de psicología.

Había algún que otro AT rotando de los institutos, que venía por tres meses y se iba, ósea que ni siquiera era un tratamiento, porque solo tres meses entre que hacen una mínima transferencia ya se iban. Nunca vi el trabajo rico. Sí lo descubrí acá, en el Centro de Día que vi un trabajo totalmente distinto y vi resultados que no me hubiera imaginado antes. En la internación es como que cerraba más el diagnóstico: "le pasa esto al paciente y listo". Aquel paciente psicótico, crónico, que hace diez años, veinte que está con medicación no hay mucho mas para hacer...Y eso no es así. Hay un montón para hacer. No solo desde el acompañamiento terapéutico sino desde las convivencias que se han hecho entre pacientes, de casas de medio camino... Me parece súper rico y que se le pueden sacar un montón de cosas y sacarle más el jugo, creo a futuro que se pueden hacer muchísimas más cosas, porque recién se está empezando.

Si bien el trabajo en el hospital es distinto, porque el paciente debería llegar en estado agudo a internación y tiene después el alta y a otra cosa; los recursos son otros. La población es la misma que entra y sale, son pacientes crónicos con recaídas porque no tomaban medicación, porque la familia no contenía...Que ese paciente en otro dispositivo, con otros recursos quizá no se hubiera internado tantas veces. Seguramente no se hubiera re internado tantas veces.

El hospital, más allá de que vos te enfocás en internación y estás todo el tiempo con lo agudo, por ahí te quita un poco de visión de otras posibilidades; faltan recursos, no hay AT y no podés pedir porque no hay psiquiatras, no teníamos asistente social en un momento. Hay un Hospital de Día que se empezó

a cerrar un poco que hoy no sé si existe o no. Es difícil porque la estructura es distinta. Mi primera experiencia en salud mental fue ahí, entonces era lo que yo había visto hasta que empecé a hacer rotaciones y veo otro tipo de dispositivos. Está también el interés de cada uno de ver otro tipo de dispositivos e imaginarte que puede haber también otras posibilidades. Hay quienes se quedan con lo agudo, la internación.

Pero bueno partiendo de la base de que no hay un trabajo entre provincia y municipalidad, no existe un trabajo coordinado. Provincia tiene el hospital, con tratamiento agudo y algunos consultorios para seguimiento externo. En el cual está complicado porque son pocos profesionales también. Esto en el área de psiquiatría. En la Municipalidad qué es atención primaria ahora se está empezando a pensar en atención secundaria que serían casos más complejos con un abordaje interdisciplinario. Entre atención primaria y el hospital que serían las derivaciones, no hay un nexo, no hay un trabajo, se ha intentado pero no existe. Desde los dos lugares los profesionales están colapsados, los CAPS no están preparados para atención secundaria. No hay inyectables por ejemplo para una situación de crisis aguda, no puedes citar a un paciente todas las semanas porque no te da la capacidad. En la sala hay pacientes que por ahí son más hospitalarios porque necesitan de otro tipo de ambiente, de atención. Los pacientes van de un lado para el otro; “este es tuyo, este no es de nadie” no hay estadísticas, no hay proyección...es como muy difícil. Creo que la municipalidad, o al menos desde mi experiencia de haber estado en los dos lados, está más orientada. No sé el hospital como esta hoy. En la municipalidad están armando un dispositivo para pacientes más complejos con equipo interdisciplinario por lo menos como una prueba piloto para formar otros en la ciudad, están siguiendo mucho el modelo brasilero pero igual me parece que la conexión debería existir. Que todos necesitamos de todos. El lugar físico del hospital ya te ubica y lo que significa para el resto de los profesionales: está en el fondo. Eso es muy de salud mental de años atrás, está alejado no está adentro del reto del hospital.

## **Entrevista N° 10**

**Institución:** ONG AIPE

**Entrevistada/o:** Licenciada en psicología, coordinadora institucional

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda**

AIPE es una ONG, su nombre quiere decir “asociación integradora de personas con padecimientos psíquicos”, es una asociación civil, trabajamos en convenio con el Hospital Inter zonal de Agudos (HIGA) y con la Municipalidad de General Pueyrredón. Recibimos pacientes derivados en un % 35 de personas sin recursos, con los cuales luego se tramita el programa Federal Incluir (antes PROFE). También recibimos población de la Municipalidad a través del HIGA, que tampoco cuenta con recursos ni obra social. Gestionamos a través de salud mental del Higa. También tenemos pacientes derivados de obras sociales como loma o Pami. Actualmente asisten 120 personas.

La institución surge por una necesidad del Hospital público, buscando realizar una rehabilitación en salud mental, porque las personas entraban y salían, como es un hospital que atiende en crisis, ahora está el Hospital de Día, pero en aquel entonces, en el año 1996, era distinto. Entonces se genera un espacio para la rehabilitación de este grupo de pacientes crónicos del Inter zonal que reingresaban permanentemente al hospital y permanecían en ese circuito.

Tenemos un convenio con la municipalidad, que aquellas personas que están dadas de alta, se armó recientemente un grupo que los recibe, son personas que necesitan consulta al menos una vez al mes. También tienen una admisión, luego se les da ingreso y trabajan en grupo. Es un trabajo en red, porque la verdad que si no, no podríamos dar altas nunca, porque son personas que necesitan de la medicación y un seguimiento mínimo. Los que tienen obra social como Pami, es distinto porque se los puede derivar a un médico externo.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.**

En el equipo esta psicología, psiquiatría, terapeutas ocupacionales, servicio social y enfermería. Ese sería el equipo base.

## **EJE 2**

### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios**

Cuando los pacientes entran están en estado de compensación por patologías crónicas, no entra una persona en estado de crisis. Entonces se le hace una entrevista de admisión donde se evalúa si es para la institución o no, en general hay una lista de espera y se va siguiendo un orden de admisión. Entonces esta persona ingresa, pasa por lo que llamamos el *Circuito cotidiano integrador* que funciona en el horario de mañana hasta las dos de la tarde, ahí se terminan de hacer las entrevistas, de aclarar el diagnóstico, de ver cuál va a ser el mejor tratamiento. Si bien hay cuestiones que son para todos porque están los talleres de teatro, de expresión corporal, de yoga, que son para todos, después esta la parte más personalizada que es la atención de psicoterapia, de servicio social, de terapia ocupacional, que son mas individuales. Después está lo grupal como la asamblea, los talleres de reflexión. A partir de ahí va pasando por diferentes estadios, una vez que la persona ya logró todos los objetivos de la primera etapa, cumplió su proceso, tomó conciencia de cuál es su problemática, la empezó a trabajar, y cómo nosotros trabajamos en la reinserción social, pasa a lo que serían los *talleres terapéuticos laborales*, dónde ahí se privilegian otros objetivos; poder cumplir un horario, poder tener asistencia a una tarea específica, poder desarrollar una tarea específica. Por ejemplo está el taller de acuario, ahí hay una serie de roles que tenés que cumplir, determinadas funciones que van rotando. Una vez que se cumplió ese proceso y se lograron los objetivos se pasa a la *reinserción socio comunitaria*. Esa etapa funciona de tarde y ya no vienen todos los días, hay grupos que vienen cada 15 días, hay otros que vienen tres veces por semana, acá a la institución o asisten a talleres protegidos de la municipalidad. Puede ser las capacitaciones "in situ" (que se dan a partir de un convenio con el Ministerio de Trabajo), ahora hay tres personas de esta etapa que están realizando por ejemplo una capacitación en el mantenimiento de una plaza de acá del barrio y eso lo paga

el Ministerio, son convenios por 8 meses. Siempre el objetivo es que se puedan reinsertar en la sociedad. Algunos hacen experiencias en la escolaridad mediante el Plan Fines. La idea es que puedan ir desarrollando actividades en el afuera, con el seguimiento del equipo de acá. Lo que buscamos es que una persona, suponte que empieza una capacitación in situ, que se logre en el municipio o en alguna empresa, después que pasa la etapa de la capacitación, y si se desarrollo correctamente, si todo funciona, recién ahí lo contrata el empresario. Eso es algo que aún no se logró. La idea es que la persona una vez que se vaya de acá este ya inserto en la comunidad. O que puedan sostener alguna tarea de ocuparse de sus hijos, de ocuparse de la casa. Después está el otro grupo que también funciona de tarde, que tiene el nombre de *taller de integrados*, que también se evalúa cuando la persona está en la primera etapa, si es para los talleres terapéuticos laborales o no. Si no lo es, pasa a los talleres terapéuticos integrados, que en general son personas que necesitan más tiempo de proceso terapéutico, que tienen algún tipo de retraso además de la patología, que presenten lo que puede ser una psicosis o esquizofrenia, en dónde se necesita más el trabajo cuerpo a cuerpo, con más tiempo. Si bien funciona prácticamente como el circuito cotidiano integrador, les lleva más tiempo y necesitan más la presencia de los profesionales

### **EJE 3**

**A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

No considero a los AT parte del equipo, pero si es un recurso. El AT en general trabaja con el coordinador del área, el trabajo de coordinación está a cargo de diferentes áreas (servicio social, TO) y en general es por concurso. Se trabaja una vez por semana en reuniones con el coordinador, según quien este mas con los concurrentes, pero en general es mas con el coordinador.

Las supervisiones se van pautando con el equipo, en la reunión, y luego con la persona o profesional que se reúne con el AT. Se ha llamado, en algunas ocasiones, cuando necesitábamos aclarar alguna cuestión sobre un paciente, a una reunión de equipo al at y ahí trabaja con todos, aunque no es siempre así y se reúne más periódicamente con los coordinadores.

Nosotros trabajamos mucho con el AT, es fundamental, y más en las etapas en que la persona empieza a irse de la institución, el AT le ayuda a hacer los trámites, a veces a cobrar porque hay personas que no se saben administrar bien con el dinero, cobran su pensión y necesitan saber administrarse. Los acompañan a las salidas.

### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañante terapéutico.**

Es un recurso muy importante, es fundamental. Porque es además el que está con la persona afuera, nosotros vemos a la persona en un determinado dispositivo, en un determinado contexto, pero es el AT el que lo ve por fuera, entonces lo que va a observar es otro tipo de cosas que no son las mismas que suceden en lo institucional, entonces son miradas desde distintos contextos.

La cobertura de Incluir Salud (antes denominado PROFE; que se obtiene mediante pensiones por discapacidad) no tiene aun bien administrado cómo tiene que hacer con los AT, y más con esto de la nueva ley de salud mental, entonces a la persona hay que darle un alta y no tiene AT. Y no le podemos dar el alta sin el AT. Este es uno de los recursos que es muy importante y que tenemos un problema serio con la obra social del Plan Incluir. Si bien figura en la obra social, están las planillas, no está implementado, está nomencado; pero no existe en la realidad. Entonces si la persona no lo puede pagar de su bolsillo, no accede al recurso que en verdad debería tener. Otras obras sociales del Estado los pagan, como Pami o loma, aunque esta última es bastante problemática también. El tema es que hasta que eso no esté bien organizado en salud mental, que ya está la ley y que debería estar en las obras sociales bien implementado, es un tema, porque

realmente vos ves que el AT es central una vez que sale del circuito de tratamiento es muy necesario, es muy importante.

Hemos presentado en la CONADI sobre el tema de AT con INCLUIR SALUD, sobretodo. Ellos acuerdan en que se necesita. Son temas que se trabajan, hasta ahora no hemos tenido respuesta, igual están los AT y se contratan porque mientras la persona está en tratamiento acá hay figuras dentro de las cuales es posible incluir los AT. Es más difícil al momento del alta.

No sé si nosotros en la institución incorporemos porque acá no se necesita el AT, el concurrente ya está trabajando con el equipo de la institución, pero sí en el afuera, es importante trabajar en conjunto, con la mirada de uno y de otro. Nos ha pasado de personas que ingresan y nos piden de venir con el AT y les decimos que no, porque nos parece demasiada dependencia si la persona tiene que poder integrarse al grupo y adquirir ciertas cuestiones. No lo vemos conveniente que forme parte del equipo.

## **Entrevista N° 11**

**Institución:** Centro de Atención Primaria de la Salud "Alto Camet"

**Entrevistada/o:** Psicólogo clínico de la institución

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Centro de atención primaria de la salud del Barrio Alto Camet, que corresponde a la zona norte de la ciudad de Mar del Plata. El área programática que abarca comprende los Barrios Félix U. Camet, Caisamar, Zacagnini, Monte Mar, El Grosellar, Las Dalías. El centro depende de la Secretaría de Salud Municipal.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.**

El equipo de trabajo de la parte de salud mental se compone por psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicopedagogía. Hasta diciembre teníamos el recurso de psiquiatría, en este momento se atiende el área de psiquiatría en el centro de la calle Jara. Y el centro cuenta también con enfermería, odontología, servicio social, pediatría, ginecología, médicos clínicos y médicos generalistas. Es un centro mediano.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

En cuanto a la parte de psicología trabajamos con tratamientos individuales, algunos dispositivos grupales y también en algunas actividades en escuelas, ya articuladas con servicio social, con enfermería. Pero son ya más actividades preventivas en las escuelas que corresponden al área programática. Articulamos con el curso de pre parto o en algunas actividades con el resto de la sala en forma interdisciplinaria. Los usuarios son los vecinos del barrio.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

La vez que necesitamos el recurso del AT, no hemos tenido porque por ahí los recursos de la municipalidad no están para lo que nosotros necesitamos. En este caso era una pareja de discapacitados que habían tenido un bebe y estaban muy limitados en el manejo espacio temporal, en muchas actividades en las que un recién nacido requiere bastante atención. Necesitábamos en esa situación un AT, pero desde la municipalidad no tuvimos respuesta, tuvimos que articular con el hospital, fue bastante complejo. Ese caso lo siguió después la trabajadora social, la verdad no sé en qué instancia quedó, pero no con los recursos de la municipalidad.

Por ahí desde el departamento de salud mental los AT están más para pacientes crónicos, está articulado allá con un trabajo interdisciplinario con los psicólogos, los psiquiatras, para todas las situaciones que van apareciendo.

En el centro de salud se reciben demandas de pacientes crónicos. Mi colega tuvo una situación en dónde requerían de AT y lo terminaron gestionando a través del CPDN, con una beca y con un dispositivo desde la facultad de psicología. Fue articulado por fuera del circuito municipal.

#### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento.**

Considero que el recurso es necesario, pero son poquitos. Hace dos meses entro una mujer, que hacía rato que por ahí no había ingreso de AT, esperamos que se sigan sumando y abriendo el espectro de la actividad que tienen. Ahora están más centralizados en el centro de la calle Jara, por ahí con uno de los AT hemos trabajado en las actividades con adolescentes y era una persona que se acercaba bastante. Habíamos armado en otro barrio un dispositivo con adolescentes y él se había sumado. Que esté la ley no significa que se lleve adelante para todo Mar del Plata.

Hay un nuevo dispositivo en el Barrio Dorrego que es de crónicos y entra esta nueva acompañante que veníamos pidiendo, así que ella vino a trabajar con nosotros. Antes había un solo AT y se abocaba más al Plan Fines. Pero finalmente la perdimos porque fue a participar de otro dispositivo en otro barrio. En el caso de crónicos estamos hablando de que ya hay una patología instalada. La idea es poder integrar en la comunidad y hacer esto sin un AT es muy complicado.

Se armó un grupo de Plan Fines y hay adolescentes que asisten, también hay taller de cocina, pero hay gente que tiene también otro tipo de inquietudes. Hay que pensar un plan para cada persona, pensando en ayudarlos a como se van insertando en la comunidad. Dentro de la atención primaria es complicado.

## **Entrevista N° 12**

**Institución:** Centro de Atención Primaria de la Salud, Barrio Libertad

**Entrevistada/o:** Licenciada en psicología, psicóloga de la institución

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.**

Centro de atención primaria de la salud, que abarca toda la zona oeste de la ciudad, y cuenta con servicio de salud mental. Tiene muchas especialidades y cubre una zona importante. Abarca una población equivalente a la población de la ciudad de Balcarce, para que te des una idea. Es un centro grande, se recibe mucha demanda, quizá con no tanta cantidad de recurso de profesionales como se necesitaría, pero se intenta dar respuesta.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.**

Hay pediatría, traumatología, clínica médica, ginecología, obstetricia. El área de salud mental está compuesta por fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, psiquiatría y psicopedagogía.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

El trabajo de salud mental es de atención primaria, es un abordaje clínico, institucional, inter institucional y se hace trabajo de campo, con otras instituciones. No se puede decir que es como en un consultorio específico con atención de prevención secundaria y terciaria, porque se hace prevención primaria y se intenta dar ese tipo de respuesta.

### **EJE 3**

#### **A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere,**

**cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

La única experiencia que hemos tenido ha sido en un caso individual y muy puntual en dónde no había disponibilidad de AT, para que nosotros pudiésemos contar con ese recurso en el servicio. En este caso el paciente tenía obra social, la obra social cubría esa prestación, así que ese acompañante terapéutico participó en el tratamiento y la verdad dio buenos resultados. (El tratamiento se realizó en el centro de atención primaria y la prestación de acompañamiento fue cubierta por el sistema privado, mediante la obra social particular). Fue una tarea muy personalizada, en dónde esta persona hizo un muy buen trabajo. Independientemente del resultado del caso, con el tiempo ella presentó un currículum en el servicio de salud mental de la municipalidad, pidieron una evaluación y la evaluación era positiva. Creo que esa persona con el tiempo ingresó en el sistema municipal.

Son muy poquitos los acompañantes que hay, por lo que sé, están mayormente abocados al SEMDA (Servicio Municipal de Atención a las Adicciones) y en algún otro servicio. Este caso que te acabo de contar que es fortuito, pero sé que es poquito, están con una tarea acotada, “intramuros” digamos, es decir dentro de una institución. Tengo conocimiento por ejemplo de una AT que está haciendo un proyecto muy interesante que se denomina “fútbol sin reglas” que está trabajando en un barrio con chicos que tienen mucha problemática de adicciones y con problemática de calle, tengo conocimiento que está funcionando bastante bien. Tiene que ver con la formación y la persona que lo está llevando a cabo. Los otros AT están trabajando según lo que se en un proyecto del Plan Fines. Es todo lo que conozco.

En el caso que yo trabaje, teníamos entrevistas semanales, yo particularmente veía a este chiquito dos veces por semana, un chico hiper obeso de 12 años. El trabajo del AT consistía en acompañarlo, llevarlo a sus tratamientos, que eran varios, salir a caminar con él. Participaba en la casa. Estas estrategias las pensábamos en conjunto, una vez cada 15 días o más teníamos entrevista, incluso él hacía informes escritos. En este caso puntual que conozco,

me pareció importante su participación, con este tipo de formación, y digo esto y pongo el acento en la formación porque desconozco cuál es la formación y cuáles son las instituciones que forman AT. En este caso era una chica que estudiaba psicología también además de ser AT. Me pareció sumamente positivo e interesante y con esa modalidad me parece que sería importante que hubiera más at que pudieran estar asistiendo, colaborando en estos tratamientos que muchas veces son complejos.

### **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento**

A veces hay una brecha entre lo que está escrito y la realidad, que es difícil poder zanjar. Yo creo que si esto está pensado para mejorar las estrategias de intervención, en ese caso me parece que está bueno. Habría que ver como se baja y como se hace efectiva esa situación, porque la realidad a veces es muy diferente. Nosotros desconocíamos, cuando hemos pedido otras veces el recurso de AT, que hay toda una serie de cuestiones legales, como por ejemplo el funcionamiento de la ART, cuestiones legales, que uno desconoce. Aparecen también otras dificultades que parece que no están resueltas. Entonces es un obstáculo. Muchas veces la necesidad está, está bueno que la Ley lo contemple pero ponerlo en práctica es un poco más complejo.

## **Entrevista N° 13**

**Institución:** Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA)

**Entrevistada/o:** Licenciada en psicología, psicóloga de la institución

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda**

Este es el SEMDA; servicio de atención a las adicciones que funciona a nivel municipal y está dentro del servicio de salud mental que a su vez está dentro de la secretaria de salud.

En este lugar (Secretaria de Salud Mental) funciona la sede original del SEMDA, que funciona desde hace 25 años, hay un equipo interdisciplinario. Se brinda abordaje ambulatorio.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario**

El equipo está compuesto por psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, operadores socio terapéuticos y psiquiatra.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios**

Mi rol tiene que ver con un programa que está dentro del Servicio Municipal de Adicciones (SEMDA) con dispositivos territoriales. Hace unos años que se venía pensando, y lo que se intenta hacer y también en función de la Nueva Ley, es descentralizar la institución, asique se han creado dispositivos territoriales, que en principio contaban con un psicólogo y un consejero en adicciones, que empezaban a funcionar en los distintos Centros de Atención Primaria de la Salud, por cuestiones de decisiones políticas y demás, esos consejeros quedaron desvinculados del programa y ahora quedamos los psicólogos trabajando digamos como a dos puntas; por un lado el equipo de profesionales que están en el CAPS y por otro lado nuestra referencia es acá en el SEMDA. Y lo que intentamos hacer

es mas un trabajo de psicología comunitaria, un trabajo en extensión, no tanto trabajando hacia el interior de la sala sino trabajando con otras organizaciones barriales de la comunidad, y por lo tanto interactuando con lo que se cruza; con la escuela, con la sociedad de fomento, con el centro de protección. Hay un entramado de otras instituciones, que nuestro objetivo es ofrecer un tipo de atención más a nivel preventiva o de promoción de la salud, al que muchas veces llegamos tarde y lo que terminamos haciendo es prevención secundaria y terciaria, ofreciendo siempre un tipo de tratamiento ambulatorio.

Ese es el único nivel de complejidad que nosotros podemos abarcar, si se evalúa que se necesita un tratamiento de nivel de complejidad mayor tenemos la potestad de derivar a instituciones específicas o a instituciones intermedias que generan becas o demás, la firma de esta institución avala cualquier tipo de derivación, por eso muchas veces los casos pasan por acá porque tenemos la firma competente.

El programa al que pertenezco como psicóloga es a nivel municipal, es un intento de dar respuesta a nivel del municipio a la problemática de adicciones, descentralizando la atención. A nivel provincia está CPA, y a nivel nacional está la Sedronar. Tenemos distintas formas de comunicación y de intercambio porque la Sedronar hace muy poco que se ha instalado en Mar del Plata, mediante dos instituciones: el CEPLA Y el SEDECOR, que tienen un edificio propio creado hace dos meses aproximadamente. Es un espacio pensado para realizar muchas actividades, talleres, más vinculado a la prevención inespecífica, destinada a adolescentes en general. El CEPLA está funcionando por ahora en el CIC del barrio el Martillo, son dos niveles de intervención uno es preventivo y el otro es de evaluación, falta la parte terapéutica que es lo que supuestamente se va a crear, por ahora la parte terapéutica la suplimos nosotros por medio de tratamiento ambulatorio.

### **EJE 3**

**A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en que situaciones se requiere,**

## **cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias)**

Tengo dos experiencias, he trabajado con operadores que es la figura que se usa más acá en adicciones. En el barrio he trabajado mucho tiempo con un consejeros en adicciones que son personas que se definen como adictos en recuperación, que digamos es un híbrido entre un operador y un acompañante terapéutico. Para mí han cumplido sobradamente el rol de acompañamiento, pero no bajo la figura del acompañante. Nosotros contamos con operadores, que la función principal que tienen como auxiliares del psicólogo, es una función que apunta más a ordenar, a dirigir algunas cuestiones más cotidianas, más de rutina. Los pacientes que nosotros tenemos son pacientes que, si bien no se puede generalizar, son pacientes que tienen cierta imposibilidad para estructurar ciertas cosas en función de su vida, del deseo. La función del operador entonces se vuelca a ordenar, a ofrecer alguna idea sobre cómo planificar. Los operadores que tenemos acá están formados como socio operadores, tienen una formación específica, y esto enriquece porque hay un lenguaje con el cual comunicarnos. Son profesionales de la salud como cualquier otro.

La experiencia con los **consejeros**, como nosotros hacemos tratamiento ambulatorio, y no se considera para todos, por eso se hace una evaluación porque es el menor nivel de complejidad y por lo tanto depende muchísimo de cómo puedas organizarte con su familia y con el contexto. Si tienes un paciente internado hay intervenciones que puedes animarte a hacer, a sabiendas de que después la persona permanece en la institución y que se puede contener. En un dispositivo ambulatorio hay cosas que tienes que cuidar y pensar también en que esa intervención puede ser la última, porque si la persona no quiere venir más, no viene más. Y por eso ahí el rol de los acompañantes es esencial, yo estoy dos días en cada barrio. La idea era que un día el paciente trabaje en el espacio de psicología, y otro día trabaje con su consejero y la verdad que eso era súper redituable porque en principio se ofrecía una continuidad mayor a una vez por semana, que es muy difícil. Con el **consejero** se encaraban cuestiones que exceden al rol del psicólogo, que está bueno que lo haga otro, trabajan más desde

la identificación. En eso se diferencia del **operador**, el ex adicto trabaja más logrado una paridad con el paciente. Obviamente que nosotros los psicólogos rompemos con esa paridad. Ahí el consejero era un auxiliar. Después hay cuestiones, que tiene que ver por ejemplo con que la persona tiene que hacer el DNI y no se puede levantar. El consejero acompañaba y facilitaba cuestiones que no se pueden saldar con una indicación si no que se necesita más un cuerpo a cuerpo, es facilitador.

Los **operadores**, con ellos hacemos entrevistas, con algún miembro del equipo, el trabajo es mas a demanda del paciente. En los barrios la demanda la vamos a construir nosotros y ahí el rol del consejero es totalmente otro, hay que salir, ir a buscar, integrar grupos, es como otra dinámica, son dos experiencias muy distintas, trabajar en la generación de la demanda es más difícil.

Son dispositivos más cercanos a la comunidad, la internación es el último recurso, por eso nuestra idea es justamente promover otras cosas ahí, es un trabajo totalmente comunitario. Hay veces que la demanda crece un montón, la idea es ir haciendo talleres en las escuelas. Una de las principales dificultades que tenemos es con los adolescentes que no tienen adherencia y es esperable, el desafío es poder construir espacios donde podamos llegar a eso.

En este momento no hay operadores que trabajen en los CAPS, contamos con dos operadores que están en SEMDA, en la sede de la calle Jara.

Hemos contado también por vía del Ministerio de Desarrollo Social con acompañamiento para pacientes con consumo problemático y que tenían a cargo niños, al haber menores de por medio se han dado algunas horas de acompañamiento, cubiertas por el otorgamiento de becas. En algunos casos fue positivo porque los acompañantes tenían un perfil comunitario y en otros no, porque no contaban con el perfil necesario para el trabajo.

## **A) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento terapéutico**

En principio me parece que es la Facultad de Psicología la que tiene que formar acompañantes. Me parece que hay que ajustarlo mucho más al perfil, realmente es un trabajo muy difícil que requiere de herramientas muy específicas, y pensar que eso se puede adquirir en un tiempo corto, es un error. Hay que ser cuidadoso porque el acompañante se mete en la casa del paciente, y esto puede ser muy iatrogénico. Por eso creo que la facultad por ser una casa de altos estudios debería ser formadora. Hay que tener en cuenta que si pedimos acompañantes es para laburar con gente que está sufriendo. Creo que lo genuino es que lo hagan aquellos que tienen vocación y perfil.

## **Entrevista N° 14**

**Institución:** Centro de Atención Primaria de la Salud "9 de Julio" , Sociedad de Fomento Barrio Dorrego

**Entrevistada:** Licenciada en Psicología que se desempeña en ambas instituciones

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda**

Este es el servicio municipal de salud mental. Mi trabajo se desarrolla en el centro de salud del Barrio 9 de Julio, y en la Sociedad de Fomento en el barrio Dorrego, que depende del municipio. En este último trabajamos en el segundo nivel de atención de pacientes crónicos.

#### **B) Equipo de trabajo: cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario**

El equipo se compone por un psiquiatra, tres psicólogos, un AT, una enfermera especializada en salud mental y una terapeuta ocupacional.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

Es un dispositivo que intenta la reinserción social de pacientes crónicos, trabajamos en distintos proyectos articuladamente con gente de la comunidad, hay usuarios de salud mental y gente del barrio, trabajamos en distintos proyectos, por ejemplo en un taller de panadería. Buscamos capacitadores por fuera de los profesionales y vamos interviniendo en la reinserción social. Buscamos recursos municipales o no, según lo que vayamos consiguiendo. El trabajo es grupal, hay entrevistas individuales también, trabajamos por ejemplo con un taller de autogestión de medicación con el que apuntamos a la vuelta a la independencia.

Este dispositivo funciona cuatro días a la semana, es un proyecto nuevo que arranco este año, la idea es que sea un espacio donde los pacientes puedan

circular, que puedan tenerlo como lugar de referencia. Todos los días hay un mínimo de dos profesionales personas del equipo interdisciplinario. La idea es que sea un espacio de reinserción social y de tratamiento, los pacientes que llegan ahí ya fueron atendidos en el primer de salud (en los CAPS), son pacientes que están hace muchos años, 8 o 10 años de atención individual, en psicología y psiquiatría y con un estancamiento en sus padecimientos, que son casos de depresiones crónicas o psicosis. Lo que se busca es una modificación de su calidad de vida.

Algunos han quedado fuera de la atención hospitalaria, más allá de la medicación. Y a lo mejor no tienen criterio para un centro de día, por eso no son incluidos en este dispositivo. Actualmente circulan unos 20 pacientes por el dispositivo. Tenemos un sistema de asambleas con los usuarios, con la comunidad y los profesionales dónde vamos reevaluando los talleres, vemos cuales pueden servir, cuáles no.

### **EJE 3**

**A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

La presencia del acompañante en este dispositivo es muy importante, a veces terminamos nosotros haciendo y supliendo el rol del AT. Tenemos un déficit con el tema de los acompañantes, porque por el momento tenemos solo uno que está abocado más al trabajo con Plan Fines ahí en la Sociedad de Fomento.

Con algunos pacientes a través de su certificado de discapacidad, que les brinda una cobertura desde el Estado (Plan Incluir), buscamos cubrirlos los acompañamientos con la obra social.

El AT es parte del equipo, los objetivos de trabajo son diseñados en equipo, es más horizontal cómo es pensada la intervención. El At es un compañero de equipo.

## **B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento terapéutico**

En general la experiencia con el AT ha sido buena, lo que sí me parece que no está muy aceptada o muy regulada cual es la función del AT. He tenido experiencias en un centro de día en el ámbito privado, en este caso algunos AT no promovían muchas cosas o actividades con el paciente, se quedaban en la casa del paciente tomando mate sin hacer nada.

Me parece importante, se vienen nuevos tiempo, o al menos este último tiempo se han implementado cosas en función de la Ley de Salud Mental, y me parece importante sobre todo por el respeto a los derechos humanos y desde ahí me parece que es importante la figura del AT y poder hacer otras cosas con la vida y los padeceres de las personas.

## **Entrevista N° 15**

**Institución:** Centro de Salud 9 de Julio y Estación Camet, CIC del Barrio Malvinas, y CEPLA (Centro Preventivo Local de las Adicciones).

**Entrevistada:** Licenciado en Psicología

### **EJE 1**

#### **A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda**

Salud Mental de la Municipalidad es un departamento que depende de la Secretaria de Salud. Desde hace unos cuantos años tiene una estructura descentralizada, esto quiere decir que tiene presencia en un al menos 19 de las 32 salas que hay. A parte de la distribución por áreas está la distribución por salas de salud mental. Yo estoy trabajando en el Centro de Salud 9 de Julio y en Estación Camet, y en un par de centros comunitarios; CIC del Barrio Malvinas, y el CEPLA que es el Centro Preventivo Local de las Adicciones. En ambos lugares tengo tareas que podríamos llamar tareas comunitarias, estoy intentando armar grupos.

#### **B) Equipo de trabajo; cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario**

Las áreas que abarca el departamento son psicología que es la más numerosa, después estaría psicopedagogía, fonoaudiología, psiquiatría, terapia ocupacional, servicio social y terapia ocupacional.

En el centro de salud del Barrio Alto Camet el equipo es multi disciplinar con una fono, una terapeuta ocupacional, una psicopedagoga y un psicólogo y se atiende en equipo, que es la primera vez que puedo trabajar de esta forma, ya que muchas veces los profesionales están pero según mi noción de grupo que es un tiempo, espacio, integrantes y tarea, a veces tenes los integrantes, la tarea, pero lo que tenes es el tiempo, es un tiempo para cada profesional.

### **EJE 2**

#### **A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.**

Se brinda consultoría psicológica, un grupo en el CIC. En CEPLA se impone un espacio de atención que no hace hincapié en el problema de adicciones sino en la integración comunitaria, entonces uno acompaña eso. Si lo ves desde el sesgo de la adicción puedes incluir a todo el mundo. En el CIC, uno está ahí, disponible.

En el CAPS de Estación Camet, hubo un pedido de la comunidad para que se atendiera a la población de niños, para lo cual se constituyó un equipo, esto se decidió desde la jefatura de salud mental. Y yo me sumé a ese equipo.

Se atiende a una franja etárea entre 4 y 12 años, hay un equipo destinado a atender específicamente este grupo. Esto acota bastante y permite pensar en este grupo. Una cosa que empezamos a hacer es realizar una entrevista mensual con los padres para enhebrar el momento del taller con los niños.

En un momento forme grupos de atención psicológica, pero actualmente la atención es individual.

También trabajamos en el proyecto de residencia municipal o concurrencias.

Hacemos también capacitación en el área de psicología en ADUM. Los primeros martes de cada mes.

### **EJE 3**

**A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere, cómo es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).**

A la persona sufriende que nos viene a hablar, que no tiene familia ni tiene trabajo, vos no le puedes tirar por la cabeza un proyecto, necesita ir construyéndolo, resolviéndolo. Porque si no ¿Qué hace la persona en el proceso de ir recuperándose? Si va a un Centro de Día qué hace, ceniceros. Si busca talleres, no puede porque muchas veces no puede salir de su casa. A veces no

hay familia que aguante para sostener la cotideaneidad, todo eso requiere un laburo terapéutico y ahí se impone, en fobias generalmente, fobias sociales, angustia, se torna necesario el trabajo de los acompañantes.

Hay muchos casos con situaciones graves, pienso en mi experiencia de trabajo, en casos de suicidio concretamente. En algunos espacios dónde si hubiese habido alguien que acompañe, desde cosas elementales, sin esperar grandes cosas, sino en intervenciones puntuales, se podría hacer algo diferente.

Considero a los AT parte del equipo. Si escribiera un proyecto en dónde constituyera un equipo tendría que estar, pasa que el tema de los equipos, y esto es más difícil en salud pública, cuesta reconocer cada uno la parte que le toca. Porque cada uno siempre es deudor de una escuela y muchas veces va a querer imponer esa mirada. Con un AT tendría que pasar eso, saber qué tareas está haciendo, definir las dentro del equipo. Yo no creo en las “auxiliaridades”. Me parece que tiene que haber una formación acorde a lo que se le va a pedir, y ahí un integrante del equipo es un integrante más del equipo. Para mí la persona que limpia el centro de salud es tan importante como los coordinadores del equipo.

Lo que se ha tomad ahora son algunos acompañantes y tiene que ver con cuestiones políticas.

La llamada salud mental en Argentina funcionó la mayor parte del tiempo con un sistema manicomial. Y así ocurrió en la mayor parte del mundo a excepción de Trieste. A pesar de todo el proceso de desmanicomialización acá en Mar del Plata hubo un movimiento que empezó con los doctore Galé, que proponían un sistema descentralizado. Hace muchos años. Eta gente era socialista y junto a mucha gente de nuestro país pensó la cosa descentralizada. Pero pese a eso, en nuestro país siguió habiendo un eje manicomial, porque el Borda sigue existiendo. Y el Servicio de Salud Mental en el Hospital Interzonal, apartado del Hospital General, también. Entonces vos podes tener un sistema descentralizado y mandas los enfermos a Necochea, y esa no es la idea de la Ley. La idea de la Ley es que saquemos a los locos del fondo del jardín y los sentemos en la mesa. Ese movimiento es lo que hay que hacer. Ahora, algunos genios llegaron a la conclusión que tanto en el ámbito de minoridad como con los presos

y la salud mental, si sacas la institucionalización logras mejores resultados y más económicos. Hay que intentar poner dispositivos que cubran esos espacios. Un caso fue el proyecto que se presentó para una casa de medio camino que se votó acá en la ciudad, se aprobó y después de cinco años no se concretó.

Ahora, los AT que hay en la municipalidad son pocos, son gente muy capaz pero no alcanza. Necesitas invertir en eso, no se puede hacer sin la plata. Si uno necesita acompañar a una paciente varias horas al día, debe ser así. Y con la realidad actual eso no es posible. Tampoco hay psiquiatras, y el Estado no ha hecho movida en este espacio. Tampoco hay enfermeros especializados que trabajen en el ámbito. Estas son cuestiones necesarias que hay que pensar para hacer el movimiento que impone la Ley.

