

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Interdisciplina con acompañantes terapéuticos.
Representaciones de los psicólogos.*

Autora: María Julieta Celia Moyano Sifredi

Directora: Lic. Lucina Palleiro

Paraná, 15 de septiembre de 2023



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Informe Final TIF:

“Interdisciplina con acompañantes terapéuticos.
Representaciones de los psicólogos.”

-Investigación de campo-

Autora: Moyano Sifredi, María Julieta Celia

DNI: 36.750.294

Contacto: 342-4058840/moyanojulieta@yahoo.es

Directora: Lic. Lucina Palleiro

Paraná, septiembre de 2023.

A mis padres, por su apoyo incondicional y por darme la oportunidad de estudiar en la Universidad Pública.

A mis amigas de años y de la facultad, compañeras incansables en este trayecto.

A Román, por su paciencia y amor.

A Lucina por ser guía perseverante y aceptar acompañarme.

A todos los que ayudaron a transitar este camino.

Gracias.

Índice.

Resumen	2
1.1 Presentación y justificación de la investigación.....	3
1.2 Formulación del problema.	4
1.3 Objetivos.	8
1.4 Hipótesis o supuestos.	8
1.5 Antecedentes.	9
Capítulo 2.....	13
2.1 Marco Teórico.....	13
2.2 Representaciones.....	13
2.3 Interdisciplina.....	20
2.4 Acompañamiento Terapéutico.	24
Capítulo 3.....	28
3.1 Marco metodológico.	28
3.2 Fundamentos para la elección de la modalidad.....	28
3.3 Perspectiva teórica complementaria y diseño cualitativo.....	28
3.4 Contextualización de la unidad de estudio.	31
3.5 Unidad de análisis- Muestra.....	34
3.5 Técnicas de recolección de la información:	34
3.6 Análisis de datos- Registros:	34
Capítulo 4.....	36
4.1 Eje 1: Dispositivo de Hospital de Día como contexto.....	36
4.2 Eje 2: Representaciones de interdisciplina.....	42
4.3 Eje 3: Intervenciones y articulación con Acompañamiento Terapéutico.....	47
4.4 Eje 4: Obstaculizaciones y transformaciones posibles.....	55
Capítulo 5.....	60
5.1 Conclusiones.	60
Referencias bibliográficas:	64
Metodológicas:	64
Teóricas:	64
Anexo:	68

Resumen.

El presente estudio tiene como objetivo principal explorar las representaciones de interdisciplina en psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos dentro del Hospital de Día perteneciente al Hospital Escuela de Salud Mental de la localidad de Paraná.

En primer lugar, se considera de suma relevancia esta investigación en el ámbito académico como material de transmisión, debate y enriquecimiento para los profesionales; en segundo lugar, también a nivel social, puesto que toca un tema de plena vigencia como es la articulación interdisciplinaria y la inclusión de nuevas alternativas de atención.

Se realizó una ardua búsqueda de antecedentes para conocer el estado actual de la temática, posteriormente un recorrido conceptual para desentramar qué se entiende por representaciones desde el Psicoanálisis, considerando las evoluciones del concepto en ese campo, su complejización y nuevos aportes, para comprenderlo de forma integral.

Se toma como guía orientadora una perspectiva de Salud Mental en diálogo con el Psicoanálisis, dado que se considera que un solo campo no sería suficiente para el tema a abordar. Se expone la interdisciplina como horizonte de las intervenciones, ante la complejidad de las demandas en la actualidad y se realiza un desarrollo acerca de la noción. El acompañamiento terapéutico es abordado desde múltiples autores, permitiendo así la conceptualización de una de las nuevas alternativas de atención.

La estrategia metodológica consiste en la realización de una investigación de campo mediante modalidad cualitativa, que permitió mayor flexibilidad en el proceso y dar cuenta de un objeto complejo de estudio que implica la subjetividad de los sujetos y también la del investigador. Para la recolección de la información se implementó la entrevista cualitativa abierta, mientras que para el análisis de datos, el método comparativo constante.

El análisis del estudio arrojó acerca del tema de la investigación cuatro ejes fundamentales para comprender la información, los que también cobraron gran implicancia para las conclusiones finales.

Palabras claves: Representaciones- Interdisciplina- Acompañamiento Terapéutico.

Capítulo 1.

1.1 Presentación y justificación de la investigación.

La temática abordada muestra un recorte de la realidad enmarcado en el campo de la Psicología, en el contexto sociohistórico, cultural, político, e institucional actual. Este contexto configura cada una de las decisiones durante el proceso de investigación, donde se ponen en juego herramientas y recursos adquiridos durante toda la carrera universitaria, de esa manera, apela a la experiencia acumulada con el fin de lograr un trabajo intelectual, al cual no se llega sin interés y movimiento, en la construcción de conocimientos.

El tema que aquí convoca se sitúa en el área de la Salud Mental, donde se plantean nuevas formas de atención en respuesta a las complejas configuraciones de las problemáticas que afectan a los sujetos, reflejo de las fluctuaciones en la cultura actual. Ante ello, es necesario construir una clínica con una perspectiva que amplíe las alternativas para romper con las hegemonías, mediante la articulación entre saberes y disciplinas diversas.

En consonancia, el Psicoanálisis da visibilidad a la articulación entre subjetividad y cultura, el sujeto es producto del mundo sociocultural que imprime marcas en su psiquismo de manera singular, configurando así los modos de relacionarse, sufrir y desear; sobre los cuales no se puede establecer un saber universal. En ese sentido, el Psicoanálisis trabaja con la diferencia, introduce la dimensión de la subjetividad donde las instituciones tienden a la objetivación, conforma una teoría de larga data que se encuentra a la altura de la escena actual y ofrece fundamentos teóricos a algunas de las alternativas que han surgido en los últimos años, como el Acompañamiento Terapéutico (AT).

Esta investigación de modalidad cualitativa fue abordada desde una perspectiva complementaria, de Salud Mental en diálogo con el Psicoanálisis, dado que el posicionamiento en un solo cuerpo teórico acotaba las posibilidades de comprensión y desarrollo del tema. En esta línea, la interdisciplina resulta el eje, puesto que regula y condiciona los intercambios, por lo que se apuntó a conocer las representaciones que construyen los psicólogos respecto a la interdisciplina en el trabajo con acompañantes terapéuticos, dentro del dispositivo de Hospital de Día (HdD), perteneciente al Hospital Escuela de Salud Mental (HESM) en la localidad de Paraná; donde se buscó a través de entrevistas y con un posterior análisis develar dichas representaciones, en un recorrido por las palabras de los profesionales.

El interés por este tema surge de la experiencia laboral como acompañante terapéutico (at) a través del trabajo en la cotidianeidad del paciente, en la que se comprueba que esta práctica aporta al tratamiento de los pacientes, siempre que se realice de manera articulada con el equipo tratante, o bien, sea el punto de partida para la construcción de un equipo a intervenir. Requiere de un trabajo coordinado, en el que cada

profesional interviniente tome un posicionamiento de apertura a otros saberes y reconocimiento de sus límites -lo cual no siempre sucede- por ello también se presenta la necesidad de indagar más sobre estas cuestiones.

Esta investigación conlleva relevancia académica, habilita al debate, a la transmisión y producción de conocimientos, por lo cual resulta enriquecedora para los profesionales de ambas prácticas. En concordancia, adquiere relevancia social, pone en escena un asunto de plena actualidad como es la inclusión de diferentes alternativas en Salud Mental, que se acentúa en el presente; y dado que no solo se trata de diversificar la atención, sino de reflejar intercambios articulados, es necesario analizar cómo se dan esos intercambios y qué posición toma el psicólogo ante ellos, para reflexionar sobre su ejercicio e incluir en sus formaciones los cambios pertinentes acerca de su especificidad en el trabajo interdisciplinario, en pos de un mejor desempeño profesional.

1.2 Formulación del problema.

La formulación del problema, según Gelfman y Tignino (2007) permite realizar un nuevo recorte de la realidad, que transforma el tema en un problema factible de ser investigado mediante el desarrollo, contextualización y profundización de la temática en una tarea compleja y no lineal, proceso que va desde lo abstracto a lo concreto, requiriendo la experiencia del investigador y sus conocimientos.

Para la conformación de lo que se conoce hoy como Salud Mental, han sido arduas las transformaciones a nivel político, social y práctico que hace décadas se iniciaron. En línea con lo aportado por Emiliano Galende (1990), con diferentes movimientos de reforma a partir de la segunda mitad del siglo XX, nuevos discursos y prácticas surgieron, en detrimento de las lógicas manicomiales vigentes de aquel momento, forjando una nueva concepción de salud y enfermedad, un trabajo en pos del reconocimiento y respeto a la singularidad y capacidades de los sujetos. En ese contexto, el Psicoanálisis, manifestó un discurso que siempre mantuvo una ética de respeto por la palabra del enfermo y su deseo.

Puesto que la concepción de salud y enfermedad varía conforme los avances en cada sociedad, es determinante diseñar estrategias que permitan comprender el entramado de las problemáticas actuales y en ese proceso las legislaciones son claves, actualización necesaria que surge de una revisión de lo establecido sobre las intervenciones, los dispositivos y de la demanda social. La Ley Nacional de Salud Mental¹ (N° 26.657) es una de las normativas principales para el ejercicio profesional del psicólogo, establece asistencia integral, mediante la cual se articulan y amplían las alternativas de atención, en respuesta a la complejidad de los padecimientos, exigiendo la implementación de trabajo interdisciplinario, con participación de nuevos

¹ Sancionada el 25 de noviembre de 2010.

profesionales y técnicos que contribuyan a una transformación de las prácticas en salud y así lo expresa en su art. 8, del Capítulo V:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

El contexto es fundamental para el sujeto, por lo cual la puesta en acción de nuevos recursos, debe incluir de acuerdo a la ley acciones en el plano social, en el terreno comunitario, para prevención o abordajes ambulatorios y así lo promulga en su art. 36: "... todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental." (Ley N° 26.657, 2010, Capítulo IX).

Ante una complejización tal de la atención en Salud Mental y de la clínica en particular, la interdisciplina toma un papel central. Implica trabajo grupal sostenido y cooperativo, que con base en el reconocimiento de la incompletud de herramientas, exige un posicionamiento diferente ante las demandas actuales, que incluya en ocasiones saberes no disciplinares y cuestiones ya existentes, como los intercambios de un campo a otro, o la multirreferencialidad teórica. En palabras de Stolkiner (2005): "... campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas. Es ese movimiento de lo que hablamos cuando hablamos de interdisciplina." (p. 65).

La instalación de una dinámica de trabajo entre las disciplinas, siguiendo a Elichiry (1987) debe reflejar colaboración, generando cambios, favoreciendo la integración y producción de conocimientos, resultado de una concepción de la realidad constructivista, atendiendo a su complejidad y exigiendo intercambios entre las ciencias para su evolución. No obstante, según la investigadora, en ocasiones las intervenciones se caracterizan por una yuxtaposición de áreas sin relaciones que impliquen transformaciones para los profesionales, en un enfoque multidisciplinario, donde las disciplinas trabajan sin coordinación, con una visión de la realidad atomística, es decir, desarticulada en cuanto a la complejidad de la demanda social.

En este escenario, el desafío es trabajar con otros recursos, como el AT, propuesta en el ámbito cotidiano, traspasando los límites de las instituciones y complementando su trabajo. La característica basal de esta práctica, de acuerdo a Rossi (2007) es la flexibilidad. El profesional ofrece su presencia en el espacio de circulación propio del sujeto, por lo cual la situación de acompañamiento involucra al entorno, el at

interactúa en el grupo familiar y social con el objetivo de conectar intervenciones, armar redes y configurar su función de manera singular, en cada caso siguiendo una estrategia de tratamiento.

Psicólogo y at están en relación, sus prácticas se diferencian por la especificidad de cada una, las actividades que realizan y sus objetivos, coordinadas que se reflejan en cada encuadre, como un marco para la práctica. Sin embargo, dicho encuadre configura una serie de normas que protege y marca límites en la labor de ambos. Por un lado, el psicólogo trabaja desde un encuadre tradicional de la clínica psicoanalítica con una serie de elementos fijos -la mayoría de las veces- como el tiempo y el espacio, con pocas intervenciones del exterior, centrándose en el trabajo de escucha sobre lo que el sujeto expresa mediante un vínculo directo paciente-profesional, donde el analista es ubicado en un lugar de saber.

Por otro lado, en la tarea del at la escucha también es importante, el profesional toma un lugar diferente interviniendo desde la figura del semejante, lo cual propicia el vínculo terapéutico en lo cotidiano; Dozza de Mendoza (2011) explicita que el encuadre es más flexible, ambulante, abierto a la interacción constante con el entorno y puede incluir la participación de todo aquello que sirva a la situación. La cuestión del tiempo y espacio estará sujeta a las posibilidades del paciente, a lo que pueda sostener, cambiante en cada caso.

Al margen de las diferencias, ambos profesionales pueden desarrollar su práctica desde una ética psicoanalítica, en el reconocimiento del otro, de su singularidad y sus modos de habitar el mundo, comprendiendo que el padecimiento psíquico es propio y singular, por ello las modalidades de tratamiento se configuran caso por caso. En otras palabras, Parada Morales (2018) en un artículo para la revista digital La Plaza AT plantea:

“... tanto en el campo del psicoanálisis y su clínica, como en el del acompañamiento terapéutico lo que está en juego es un caso, un sujeto que habla y que es habitado por un discurso que tiene diversas formas de tratamiento, no solamente la psicoanalítica” (párr. 1).

En una y otra práctica los profesionales deben tener presentes sus limitaciones con el objeto de promover la autonomía del sujeto, abstenerse de poner en juego su propio deseo y posicionarse en un lugar que no obture las posibilidades del otro. En este sentido, Rossi (2013) sitúa como “política” la renuncia de los propios sentimientos e ideales en el ejercicio de la práctica, dispuestos a la emergencia de la singularidad del paciente.

Ante este panorama -y teniendo en cuenta la relación entre psicólogos y acompañantes- se apuntó a conocer las representaciones de los psicólogos respecto a la interdisciplina en el trabajo con acompañantes terapéuticos. El concepto representaciones resultó pertinente para esta investigación, de acuerdo a Castellaro

(2011) es un constructo propio de la psicología, en un enfoque tradicional refiere a el acto por el cual se representa un objeto subjetivamente de forma consciente; la teoría freudiana introduce un cambio, entendiendo que representación sería aquello que del objeto viene a inscribirse como huella mnémica², en su ausencia, extendiendo así el concepto al campo del inconsciente³.

De esta manera se sitúa la noción de representación en el marco del Psicoanálisis, donde de acuerdo a Yacuzzi (2017) adquiere un nuevo significado, forma parte de una amplia conceptualización que describe el aparato psíquico⁴ basado en la idea de inconsciente, lo cual establece una ruptura con la epistemología filosófica en la cual surge dicha noción. Se entiende así que las representaciones se encuentran en lo profundo, en lo inconsciente y es a través de las palabras, como medio de simbolización, que se accede a ellas.

La noción de representación se enlaza estrechamente al Psicoanálisis, por lo que es importante aclarar que se incluyen diferentes autores, como Moscovici (1979) quien acerca otro enfoque sobre la noción. Este la sitúa en una encrucijada entre conceptos psicológicos y sociológicos, con énfasis en una perspectiva social, lo cual resultó pertinente a la hora de elaborar el análisis de esta investigación permitiendo ampliar y enriquecer el desarrollo teórico y -en consonancia con lo postulado en la presentación- reflejando que el sujeto es producto del mundo socio cultural.

Es así que, como una forma de pensar crítica y creativamente la práctica del psicólogo se propone esta investigación, considerando los cambios y nuevos desafíos a los cuales se podrá dar respuestas con otros, en el cruce de distintos escenarios y saberes. Puesto que para investigar y adquirir nuevos conocimientos los interrogantes son el punto de partida, surgieron aquí los siguientes: ¿Cómo se dan las intervenciones entre psicólogo y at?, ¿Cómo el psicólogo entiende el trabajo del at?, ¿Cómo se encuentra la interdisciplina en esas intervenciones?, ¿Hay un encuentro interdisciplinar entre psicólogos y acompañantes?

Teniendo en cuenta la emergencia de múltiples interrogantes, en pos de estructurar de manera más formal y organizada las ideas de esta investigación se elaboró un interrogante que precisa al objeto de estudio y se expresa de la siguiente manera:

² Según Laplanche y Pontalis (1996) designa la forma en que se inscriben en la memoria los acontecimientos.

³ Según Laplanche y Pontalis (1996) es un sistema de mecanismos, contenidos y energía específica; diferente a la conciencia.

⁴ Según Laplanche y Pontalis (1996) refiere al psiquismo, su diferenciación en sistemas y su capacidad de transformar y transmitir determinada energía.

¿Qué representaciones de interdisciplina construyen los psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos en el Hospital de Día del HESM?

1.3 Objetivos.

Según Achili (2000) los objetivos refieren a una especificación de lo que se quiere conocer, pautando un nivel de conocimiento a alcanzar, es decir, los límites de lo que se quiere estudiar. Sirven como guía del estudio, orientan el proceso de investigación y están presentes durante todo su recorrido, mediante ellos se expone la intencionalidad del trabajo en correspondencia y coherencia con la problemática planteada.

Objetivo general:

Es el que retoma el problema de investigación a modo de una acción de conocimiento, en este caso sería:

- Explorar las representaciones de interdisciplina en psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos.

Objetivos específicos:

Son los que se desagregan del o de los objetivos generales, a la manera de una explicación de los mismos, sin abrir nuevas investigaciones.

- Describir los criterios para la intervención de psicólogos y acompañantes terapéuticos en el HdD del HESM.
- Analizar las representaciones de los psicólogos sobre la interdisciplina y como se configuran en el trabajo con acompañantes terapéuticos.

1.4 Hipótesis o supuestos.

La formulación de supuestos sirve para explicitar aquellas concepciones o nociones que guían la investigación, en otras palabras, Quecedo Lecanda y Castaño Garrido (2002) postulan:

“...estructura previa de significados, no actúa como una barrera inflexible, sino como un conjunto de componentes cognitivos y experienciales que van alterando sus contenidos y filtros analíticos, en base a la interacción con cada nuevo proceso de conocimiento e interpretación.” (p.13).

Para esta investigación el supuesto consistió en que en los abordajes interdisciplinarios se imprimen coordenadas y construcciones propias de cada profesional, que reflejan sus modos de entender la realidad, e inciden en su intervención, en la mirada sobre otras prácticas y en la configuración de la interdisciplina.

Particularmente, en intervenciones de psicólogos con acompañantes terapéuticos, la práctica de estos últimos es un modo de poner en lo cotidiano el discurso psicoanalítico, y allí dos posibilidades, el at como subordinado del psicólogo o con posición autónoma.

1.5 Antecedentes.

Los trabajos aquí recabados son resultado de una búsqueda en la que se ha podido identificar una serie de antecedentes, tanto de Psicología como de otros campos disciplinares, que sin lugar a dudas no agotan la multiplicidad de voces que existen en cuanto al tema de estudio, pero fueron de gran pertinencia. Se comprende que el estado del arte es un proceso que acompaña el devenir de la investigación.

La pertinencia de los trabajos que se presentan es fundamental para esta producción investigativa, dado que aportaron saberes y conocimientos referentes a la temática estudiada, al campo disciplinar y a cuestiones metodológicas. Así mismo, ofrecen base al estado de debate de la problemática en cuestión.

El primer antecedente es la tesis de grado de la Licenciada en Psicología Lucina Palleiro (2011) El acompañamiento terapéutico como parte del dispositivo de atención de Hospital de Día, en diferentes momentos subjetivos de sujetos psicóticos, FHAYCS- UADER. Este estudio plantea conocer las distintas propuestas clínicas para sujetos psicóticos que asisten al dispositivo de HdD, en diferentes momentos subjetivos, precisando casos de estabilización y crisis, con particular atención a la especificidad del at.

Su trabajo se basa en una investigación cualitativa, utiliza como técnicas de recolección de datos la observación participante y la administración de entrevistas tanto a usuarios como a profesionales, empleando como técnica de análisis de datos el método comparativo constante, siendo las unidades de análisis delimitadas por la población que asiste a mencionado dispositivo y también los acompañantes terapéuticos que forman parte del mismo. Para el análisis, mediante la construcción de casos, se toman cuatro casos clínicos, dos correspondientes a momentos de crisis en un sujeto psicótico, y dos a momentos de estabilización en la psicosis.

La autora presenta la idea de que la especificidad del at depende de la singularidad del caso, a saber: en el momento subjetivo de crisis del sujeto psicótico, puede ser el at el quien con su presencia se ofrece como semblante imaginario para intentar operar allí donde la falta en lo simbólico se hace presente, cumpliendo una función compensatoria. O bien, puede que la presencia del at sea vivida como intrusiva para el sujeto, siendo la ausencia del profesional lo que permite reintegrar algo del lazo social destituido. En los momentos subjetivos de estabilización en sujetos psicóticos, se produce la creación de algo nuevo, el at será quien prestará su presencia en un semblante imaginario, un acompañar en un nuevo circular social.

Esta tesis realiza también un desarrollo muy claro y pertinente sobre la práctica del AT, resulta significativa, permite pensar y reflexionar sobre el recurso que exige un trabajo en equipo, contemplando la complejidad de cada disciplina, hacia una construcción interdisciplinaria, compartiendo una ética de trabajo. Esta construcción es lo que refleja el HdD, en el cual los inicios de la inserción del AT son en respuesta al tratamiento de sujetos con gran padecimiento psíquico -como los que estudia la autora- posibilitando el abordaje desde la palabra, apuntando a lo singular de cada caso, donde el at amplía la atención del dispositivo de HdD. La producción visibiliza relaciones claras entre AT y HdD, que se entienden importantes para la comprensión del funcionamiento de estos dispositivos, donde se realiza un abordaje conjunto e interdisciplinario para construir una perspectiva ampliada de la clínica, siendo el acompañante el lazo necesario con lo comunitario y los mismos profesionales los que se interrogan sobre la dinámica de trabajo y las alternativas de atención, que es preciso adecuar a cada caso.

El segundo antecedente es la tesis de grado de la Licenciada en Psicología María de los Ángeles Loker (2014) *Práctica del acompañamiento terapéutico con viejos. Representaciones sociales de los psicólogos, FHAYCS- UADER*. Esta investigación parte de situar un cambio en la estructura poblacional que se ha vuelto más longeva, lo cual plantea desafíos en lo social, lo cultural y en salud. En este marco el AT es un recurso clínico de gran demanda y su indicación será dada por profesionales a cargo de cada caso.

La propuesta de trabajo consiste en indagar cuales son las representaciones de los psicólogos en instituciones públicas, respecto a la práctica del AT con viejos⁵, considerando que se ponen en juego creencias sobre su formación, las condiciones de ésta y las posibilidades de su inserción. Este estudio de modalidad cualitativa se lleva a cabo en cinco instituciones públicas de la localidad de Paraná que brindan atención a adultos mayores. Cabe aclarar que las instituciones antes referidas constituyen la unidad de análisis del trabajo. La autora utiliza como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad realizada a psicólogos que allí trabajan, A partir de ellas se analiza mediante el método comparativo constante, cómo describen los psicólogos la práctica del AT desde sus vivencias, identificando sus actitudes respecto a la posibilidad de construcción de la demanda para la incorporación de un at.

Como conclusión de este trabajo, se puede observar primeramente la identificación de la vejez como un campo específico de intervención que requiere formación. Vale aclarar que esta formación no se evidencia en todos los acompañantes terapéuticos y ello dificulta su inserción. Así mismo, se reconoce la importancia de la práctica del AT como una herramienta para el psicólogo, que amplía su trabajo fuera del consultorio, que permite un seguimiento personalizado del sujeto acompañado, ligado a la búsqueda de autonomía y seguridad del paciente, ayudándolo a sostenerse en lo social, evitando internaciones y

⁵ Término textual que utiliza la autora.

fortaleciendo los lazos. En cuanto a la escasa incorporación del recurso, se justifican en las dificultades que el trabajo en equipo implica en general, más en el ámbito público, donde además la formalización laboral del AT es escasa, siendo la participación de los mismos en casos de instituciones que tengan convenios con Universidades para prácticas profesionales. Se visibiliza también una clara hegemonía médica, en la cual hay poco lugar para intervenciones como el AT. Sin embargo, se comprende la importancia del equipo para esta práctica en el hecho de acompañar, amparar y sostener las intervenciones del profesional. Esta tesis ilustra una adecuada conceptualización del AT y de las representaciones sociales. Además, refleja en sus conclusiones cómo es la inclusión de los acompañantes en el trabajo con otros profesionales, exponiendo el grado de apertura de ellos a dicha práctica y al trabajo interdisciplinario.

El tercer antecedente es la tesis de grado de la Licenciada en Psicología Silvia Arnaiz (2018) Las representaciones sociales de los acompañantes terapéuticos, respecto a su práctica en equipos de salud mental, FHaYCS- UADER.

Esta investigación emplea una metodología cualitativa, mediante la cual ubica como unidad de estudio equipos interdisciplinarios en Salud Mental escogidos en cuatro instituciones, tres ubicadas en la ciudad de Paraná, el HESM, Casa del Joven, el Centro de Salud Mental Mercedes Di Giusto, y uno en Diamante, el Hospital de Salud Mental de Diamante. Dentro de estas instituciones la unidad de análisis queda conformada por acompañantes terapéuticos egresados de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, trabajadores de tales equipos, a los cuales se realiza entrevistas que son analizadas mediante el método comparativo constante. A fin de identificar las representaciones sociales que los mismos técnicos en AT tienen de su práctica se establecen distintas líneas de análisis: la representación de la propia práctica, la inclusión de la misma en tensión entre lo público y lo privado, la especificidad del trabajo en la cotidianeidad, la incorporación del profesional a equipos de Salud Mental, el AT como un recurso y el conocimiento o desconocimiento de la práctica.

Como resultado de este estudio la autora identifica en su análisis tres puntos centrales: primero, la representación de la práctica como de abordaje complejo en la cotidianeidad; segundo, la autopercepción del AT como bisagra, puente y lazo; y, tercero, en la incorporación en equipos de Salud Mental, es más recurrente en el ámbito público que en el privado, lo cual se fundamenta en el desconocimiento de la práctica y la falta de formalización de la misma en los sistemas laborales.

Se muestra además que el AT se incluye en equipos interdisciplinarios como un aporte en Salud Mental, equipos en los cuales para el AT es primordial el psicólogo, dado que es quien delinea las estrategias, acompaña sus intervenciones, interpreta, coordina y supervisa los casos; facilita los espacios de encuentro y dialogo, de reflexión colectiva para el enriquecimiento de las prácticas. Por lo visto en las líneas anteriores

es que esta tesis resulta enriquecedora, puesto que no sólo da muestras de la situación de los equipos de Salud Mental que trabajan con acompañantes terapéuticos, sino que también brinda un fructífero desarrollo teórico acerca de las representaciones sociales.

Por último, el cuarto antecedente refiere a la tesina de grado de la Licenciada en Trabajo Social Bianca Mammarella (2018) *La interdisciplina como punto de inflexión en el cambio paradigmático en Salud Mental*. Experiencia centro cultural Gomecito, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Escuela de Trabajo Social. Este estudio, si bien es de índole distinta a las anteriores -dado que es la investigación de una profesional en Trabajo Social- es de suma relevancia puesto que emprende un análisis sobre la configuración actual del campo de la Salud Mental pertinente.

Mediante un recorrido histórico la autora da cuenta de los avances en cuanto a la Salud Mental en nuestro país, desde el abordaje médico hegemónico disciplinar a los cambios que dieron lugar a la sanción de la Ley N° 26.657, con una conceptualización del trabajo interdisciplinario y su funcionalidad. Para esto toma como unidad de estudio un centro cultural situado en un ex hospital monovalente en el que realiza entrevistas a profesionales del Trabajo Social, los que conforman la unidad de análisis. Los resultados de esta tesina representan una lectura crítica y analítica de la realidad actual que atraviesa el campo investigado, muestran como los progresos en salud y legislación configuran avances, buscando un quiebre y separación con el paradigma anterior, proponiendo apertura de espacios y abordajes. Lo cual marca un logro en cuanto a una serie de luchas y debates contra el poder hegemónico de la Psiquiatría y el asilo; y, a su vez, los obstáculos y tensiones que hoy en día se presentan, marcan metas a alcanzar, nuevos desafíos a transitar.

En las conclusiones expone cuál es el papel de la interdisciplina y como su configuración involucra a los profesionales y les plantea un desafío constante. Expresa en su análisis la centralidad de las intervenciones profesionales desde un abordaje interdisciplinario, con participación de distintos saberes y profesiones, donde se presenta la necesidad de poseer herramientas tanto teóricas como metodológicas que puedan ser articuladas con otros. En este punto, es preciso considerar que entran en juego la historia familiar, el contexto, los discursos y las representaciones, múltiples dimensiones que se entrecruzan dando identidad al sujeto y su trabajo, una identidad cambiante, con posibilidades de transformación. Por lo cual, un cambio en los abordajes solo es posible en la medida que los profesionales sean capaces de proponer nuevas prácticas exigiendo trabajo interdisciplinario y no una mera aproximación cooperativa, limitada a la intervención sólo en la especificidad profesional.

Capítulo 2.

2.1 Marco Teórico.

Una presentación de conceptos teóricos separados estrictamente empobrece las relaciones que entre ellos se trazan para pensar la temática, no obstante, es necesario un abordaje particularizado de los mismos con el fin de proporcionar un mejor entendimiento y comprensión de los mismos.

2.2 Representaciones.

Representación refiere a “imagen o concepto en que se hace presente a la conciencia un objeto interior o exterior” (Real Academia Española, s.f., definición 8). Aquí mismo emerge una dificultad dado que no en todas las corrientes de la Psicología la representación significa esto, sino que dependiendo del ámbito en que se la aplique y su marco teórico de referencia adquiere diversos significados, por lo cual como se dijo anteriormente, es necesario situar el concepto en el marco del Psicoanálisis.

Estas cuestiones refieren a consideraciones epistemológicas a tener en cuenta, puesto que la aplicación de un concepto proveniente de otras disciplinas a contextos diferentes imprime en el mismo nuevos sentidos, atraviesa transformaciones, que dan paso a nuevos significados, por lo cual es necesaria una reformulación que permita mayor entendimiento.

La noción de representación, de acuerdo a los aportes de Yacuzzi (2017) surge en la filosofía de la conciencia, donde se la define como una reproducción en la conciencia de percepciones presentes o pasadas y se entiende también que es la imagen por la cual se conoce la cosa. A partir de su inclusión al Psicoanálisis, la noción precisa ser adaptada o reformulada, para formar parte de una teoría que plantea el funcionamiento del psiquismo, basado en el concepto de inconsciente, e incluso la división del sujeto, descentrado del plano de la conciencia. Puesto de esta forma, la representación no sería un reflejo directo de lo percibido, sino que conlleva una traducción en torno a una dinámica pulsional, que es consecuencia de las vivencias en el encuentro con otro, este encuentro primordial es a partir del cual se procesa lo biológico en psíquico, dependiendo de la capacidad de alojar de ese otro, quien también permite el ingreso del sujeto al lenguaje y la comunicación.

El abordaje del concepto representación en el corpus teórico del Psicoanálisis sería demasiado extenso para el tema que aquí convoca, sin embargo, es necesario un recorrido a modo de historización sobre el mismo, para lo cual se toman los aportes de Yacuzzi (2017) ya que dan cuenta de una revisión de los textos freudianos, situando algunos puntos cruciales a desarrollar. Según la autora, Freud (1895) aborda diferentes ideas que lo llevan a la representación, ya en su texto “Proyecto de psicología para neurólogos”, basándose en la clínica de la histeria y neurosis obsesiva, refiere a representaciones hiperintensas; propone

la teoría de las neuronas, donde estas son afectadas por el proceso excitatorio y permiten facilitaciones entre las mismas, que dan lugar a la constitución de la memoria, y hacen a la función primaria del aparato.

De esta manera, la teoría neuronal se enlaza con la de las representaciones mediante la mencionada facilitación. En la descripción de la vivencia de satisfacción, Freud (1895) sostiene que se da una facilitación entre dos imágenes-recuerdo y las neuronas investidas en estado de esfuerzo, produciéndose en la vivencia de dolor una facilitación entre la inclinación a descarga y una imagen-recuerdo del objeto excitador del dolor.

El pasaje de la teoría de las neuronas a la idea de representación se relaciona con la presencia del lenguaje, es por asociación lingüística, que se da una conexión entre neuronas, las cuales sirven a las representaciones sonoras y se asocian a imágenes lingüísticas motrices, se trata de procesos que van de la imagen sonora, a la imagen palabra, y luego a la descarga. Es en este proceso que los signos de descarga lingüística equilibran los procesos de pensar a procesos perceptivos, permitiendo su memoria, por lo cual, habría que pensar a esta enlazada al concepto de representación, y la misma con el lenguaje. También aporta que la invención lingüística es una vía de descarga, por la cual puede ir al lugar de la acción; y los signos de descarga del lenguaje constituyen signos de la realidad del pensar.

Es en el texto “Carta 52” que Freud (1896) expresa por primera vez la hipótesis de composición del aparato psíquico, se interroga sobre cómo pensar la representación en los distintos sistemas, y articula los lugares de la primera tópica⁶ respecto al concepto de signo, habla concretamente de variedades de signos, enunciando que el material de las huellas mnémicas, cada tanto experimenta, según nuevos nexos, un reordenamiento. De esta manera, se entiende una topología del material mnémico, situándose en primer lugar, entre percepción y conciencia; los signos perceptivos (Ps) constituyen una primera transcripción, insusceptible de conciencia, asociados por contigüidad y semejanza; en segundo lugar, las huellas del inconsciente (Ic), recuerdos inaccesibles de conciencia; y, en tercer lugar, la transcripción en relación a las representaciones palabra, respectiva al preconscious (Prc). En esta topología, las transcripciones constituyen una traducción de material psíquico, de una época de la vida a otra, donde ninguna transcripción es exacta, una copia de lo percibido: el signo de percepción incluye un elemento ausente en la percepción, porque al registrarse se le asocian otros elementos por la lógica de simultaneidad; en el caso de la inscripción inconsciente, es una transformación de lo inscripto como signo de percepción que equivale a la representación- cosa; la re transcripción de este último supone un enlace a la representación- palabra, propia

⁶ Según Laplanche y Pontalis (1996) “Tópico” refiere a lugares, es la teoría que supone la diferenciación del aparato psíquico en sistemas, con características y funciones diferentes, lugares psíquicos.

de la inscripción preconsciente. A esta altura se piensa la representación en consonancia a la idea de aparato psíquico, adelantando así las instancias que se formalizan con la primera tópica.

En “La interpretación de los sueños” es cuando Freud (1900) formaliza la primera tópica, en la cual los diferentes sistemas, inconsciente/preconsciente/consciente, mantienen legalidades distintas, cuestión que se grafica con el esquema del peine, según el cual las percepciones que llegan al aparato psíquico imprimen una huella -huella mnémica- cuya función es la memoria, que ha pasado de estar sostenida en la facilitación neuronal a las huellas mnémicas. Con esta formalización como punto culmine de una etapa de teorizaciones que la autora analiza incluye un comentario final sobre las formulaciones de Freud, acerca de las representaciones:

“...no se trata de un proceso evolutivo, sino de una progresiva complejización que establece nuevos enlaces, donde siempre queda algo retenido, indócil a la traducción. Es un problema de estructura entonces el que hace que la ‘vorstellung’ desempeñe una función distorsiva y represente por transposición una articulación simbólica variable de acuerdo a cada traducción...” (Yacuzzi 2017, p. 837).

A partir de este recorrido se identifica siguiendo a dicha autora, que el período de producción teórica situado entre 1893 -1919, es cuando se consolida la formación de la primera tópica y se postula el concepto de aparato psíquico mencionado, construcción teórica para dar cuenta de lo fundamental en la teoría freudiana, la existencia de procesos anímicos inconscientes. Las representaciones se sitúan entonces en el aparato psíquico como investiduras de huellas mnémicas, estas pueden ser conscientes o inconscientes y constituyen transcripciones diversas de un mismo contenido que se diferencian entre sí. La representación inconsciente es solo la representación cosa, y la consciente implica la representación cosa más su correspondiente representación palabra, en palabras de Freud (1915) en “Lo inconsciente”: “El sistema Icc contiene las investiduras de cosa de los objetos, que son investiduras de objeto primeras y genuinas; el sistema Prcc nace cuando esa representación-cosa es sobre investida por el enlace con las representaciones-palabra que le corresponden” (p.198).

En un apéndice de dicho texto se incluye la representación objeto, como resultado de una combinación entre representación cosa y representación palabra. La representación palabra es una composición asociativa, de elementos visuales, kinestésicos y acústicos, complejo cerrado que combina componentes correspondientes a la imagen sonora, la imagen visual de la palabra escrita, la imagen motriz del habla y la letra manuscrita, donde el papel organizador lo poseen las imágenes auditivas; en la representación objeto, ese papel lo cumple el componente visual configurando un sistema abierto que

combina distintas imágenes (visuales, auditivas, olfativas, etc.) y se enlaza al componente auditivo, de la representación palabra.

Laplanche y Pontalis (1996), mediante un análisis metapsicológico⁷ de la obra freudiana distinguen dos niveles de representación: representaciones de palabra -nivel esencialmente acústico- y representaciones de cosa -esencialmente visual-. Comprendiendo así el sistema consciente-preconsciente por la ligazón de la representación de cosa a la representación de palabra correspondiente, y el sistema inconsciente sólo comprende las representaciones cosa. De esta manera, las representaciones de palabra enlazan la verbalización y la toma de conciencia, mientras que la representación de cosa sería considerada como el equivalente del objeto percibido y en la ausencia de este.

Es preciso analizar detenidamente qué quiere decir el término representación, de acuerdo a estos autores *vorstellung* designa, “ ‘lo que uno se representa, lo que forma el contenido concreto de un acto de pensamiento’ y ‘especialmente la reproducción de una percepción anterior’ ” (p. 367). Comprenden que Freud, concibe el aparato psíquico como un sistema de representaciones conectadas, que constituyen procesos de pensamiento, donde representar implica hacer presente algo que no es; es decir, presencia que como tal representa una ausencia. De allí la utilización que hace del término *Vorstellung*, la representación sería aquello que del objeto viene a inscribirse en los sistemas mnémicos, en su ausencia, que guarda una relación de similitud con el objeto.

Otro aporte con respecto a la temática es el de Levato (2004), quien emprende un recorrido de la teoría de las representaciones en dos niveles de análisis: el clínico y el metapsicológico. Desde el análisis clínico refiere que la teoría freudiana postula la eficacia del inconsciente en un proceso mediante el que una representación intolerable para el sujeto es disociada de la conciencia y reprimida, dando lugar a la formación de un segundo grupo psíquico, a partir del cual el síntoma se comporta como una representación sustitutiva de aquella que quedó disociada del resto, sustitución en la que se desplaza el monto de afecto asociado a la representación y es producto de la simbolización.

Esta hipótesis permite formular la teoría de las defensas, y distinguir distintas entidades psicopatológicas, de acuerdo al carácter de la defensa y los destinos del contenido de representación y afecto, permitiendo distinguir en modalidades de defensa patológicas y normales. Es en esta teoría de las defensas, que la representación en tanto recuerdo, se articula en su carácter representacional, de lo que se pone por delante como algo actual, por lo que Freud postula la memoria como función del sistema de

⁷ Según Laplanche y Pontalis (1996) refiere a la parte de la doctrina freudiana más teórica, que elabora un conjunto de modelos conceptuales más o menos distantes de la experiencia.

representaciones, de inscripciones organizadas simbólicamente. La memoria entonces se comprende en diferentes versiones donde los recuerdos conforman huellas mnémicas representativas de deseo y mediante ellos, se trata de recuperar en la cura, lo que la represión ha alcanzado.

Desde el análisis metapsicológico, la noción de representación entiende al inconsciente como un lugar determinado por procesos que responden a una organización simbólica, desplazamiento y condensación. El término *vorstellung*, implica hacer presente algo que no está allí, un tratar de presentar que se ejerce por sustitución; así mismo representa al deseo en la medida que es representativa de otra cosa, entiende representar como trasponer, mutar de una cosa a otra. Decir que representa al deseo, quiere decir que lo representa a través de una operación transpositiva, es decir, representa otra cosa distinta a lo que inicialmente parece representar, y en eso consiste justamente, su función representativa.

En este análisis, la autora distingue un punto de vista tópico, en la distinción entre representación cosa y representación palabra; uno económico, puesto que *vorstellung* es una representación investida desde la pulsión; y una perspectiva dinámica, desde la cual la representación cosa sería eficaz en la producción de todas las formaciones del inconsciente. Finalmente, Levato (2004) sitúa un punto irreducible en el desarrollo freudiano de la representación:

“Y es de todo punto de vista interesante hacer notar que la representación-cosa, se constituye en la tentativa de representar lo imposible de inscribir. Resto indócil al discernimiento, la cosa patentiza lo no representable en la *vorstellung*. Por eso la representación-cosa es un todo abierto, al que pueden sumarse nuevas imágenes, nuevos registros” (p.9)

Mediante el desarrollo elaborado para la noción de representación hasta aquí, se comprende que esta constituye una transcripción en el aparato psíquico de vivencias del sujeto en el encuentro con el otro, es decir, lo que en el aparato se inscribe de ello en su ausencia, representar es hacer presente lo que no está allí, resultado de un proceso de pensamiento con diferentes nexos asociativos, en estrecha relación con la memoria, el lenguaje y otros procesos simbólicos, pudiendo identificarse en la configuración de la representación componentes conscientes e inconscientes.

En este punto, es interesante incluir otra conceptualización pertinente para ampliar el desarrollo de la noción desde otra arista, a partir de los aportes del psicólogo Moscovici (1979), que realiza un arduo derrotero para abordar específicamente el término de representación social, estableciendo de entrada que es un concepto difícil de rastrear, ya que se encuentra en una encrucijada entre conceptos psicológicos y sociológicos, dado que es una estructura psicológica que se configura desde la cultura y constituye una forma de conocimiento de la sociedad:

“las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado” (p.33).

Es así que las representaciones sociales se forman en el intercambio social por medio de observaciones, cada sujeto cognoscente parte de testimonios que se recogen de acontecimientos corrientes donde el objetivo es apropiarse de un universo exterior, hacer familiar lo que se observa para ser parte de lo social, acortando esa distancia entre lo que se conoce y lo que se observa.

En una profundización del desarrollo el autor identifica que desde postulados que adhieren a la psicología clásica se hace foco en los fenómenos de la representación, concibiendo en los procesos mediadores entre concepto y percepción, dos instancias psíquicas, la primera intelectual y la segunda, sensorial. Ante ello, las representaciones forman otra instancia mixta al representarse una cosa y tener conciencia de ella, se pasa de lo sensorial a lo cognoscitivo. Se da así el traspaso del exterior al interior, operación esencial en el trabajo cognoscitivo que es la representación, proceso en el que se originan mutuamente la percepción y concepto. En este proceso lo perceptivo conlleva la presencia del objeto y lo conceptual su ausencia; esta oposición es la que la representación mantiene y por la cual se desarrolla. Ya que re- presentar, es presentar una vez más, el contenido se actualiza en la conciencia más allá de la ausencia del objeto. Entonces, de acuerdo al pensamiento conceptual, la representación aparece con la desaparición del objeto, pero esta desaparición no puede ser total dado que la actividad perceptiva debe recuperar algo del objeto.

La representación de un objeto o entidad, es una representación diferente del objeto, ya que representar es desdoblar, reconstruir, transformar una cosa o estado concreto, aquello que se halla a distancia en el exterior, volverlo familiar mediante este proceso psíquico incorporarlo al universo interior las representaciones llevan así la marca del pasaje por el psiquismo individual y social, de acuerdo a Moscovici (1979). En las representaciones a cada instante, al agregarse una cosa ausente la presente se modifica. De esta forma lo ausente provoca una elaboración de pensamiento por su extrañeza, porque se encuentra fuera del campo habitual y el trabajo de la representación es incorporar las extrañezas en el universo común, mediante el encuentro de visiones, de concepciones separadas y diversas, las cuales en algún punto se buscan. Aquí, siguiendo al autor, se halla el poder creador de la representación, que, a partir de un conjunto de saberes y experiencias, los desplaza y combina en un lugar para integrarlos o desdoblarlos en otro, haciendo circular conceptos, experiencias, conductas y vocabularios que provienen de diversos orígenes.

De esta manera, se comprende desde Moscovici (1979) que algo está representado, en la medida en que se convirtió en un representante y se expresa en ese papel, por lo cual la representación de un objeto, es conferirle la categoría de signo, conocerlo haciéndolo significante, haciéndolo propio, puesto que es el sujeto o el grupo el que se representa, el que está ausente del objeto y lo vuelve extraño. Dicho esto, se afirma que toda representación es de alguien, una forma de conocimiento en la que quien conoce se ubica dentro de lo que conoce. Se identifican dos extremos de la representación, uno –pasivo- que será la impronta del objeto, la figura, y otro –activo- la elección del sujeto, el significado que le otorga, por lo cual la representación tiene dos caras, una figurativa y una simbólica. Así toda representación le aporta a toda figura un sentido, y a todo sentido una figura.

Siguiendo el recorrido del autor, la representación es una dimensión de los grupos sociales, en el sentido que:

“se muestra como un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el “corazón colectivo”, del cual, cada uno, quiera o no, forma parte.” (Moscovici 1979, p.45)

En relación a esto último, el autor describe tres dimensiones de las representaciones: la información, la actitud y el campo de representación. La información refiere a los conocimientos que posee un grupo acerca del objeto de representación, esta dimensión permite el acceso a las explicaciones que se forman las personas, sobre la realidad, en sus relaciones cotidianas. La actitud, sería la reacción emocional sobre el objeto, la disposición que tiene a este una persona, favorable o no. Por último, el campo de representación, es el que posibilita la jerarquización de los diferentes elementos que dan forma a las representaciones. Es así que para conocer una representación social se deben considerar: lo que se sabe sobre un tema, cómo se interpreta y cómo influye sobre lo que se hace.

Hasta aquí los desarrollos expuestos no se contraponen, sino que se complementan, las representaciones se configuran como consecuencia de las vivencias con el otro, un otro con el que se da un intercambio social que permite el ingreso del sujeto al lenguaje y a la comunicación. Se comprende que las representaciones constituyen procesos de pensamiento en el aparato psíquico, serían lo que se inscribe de un objeto en su ausencia y a su vez implican un trabajo cognoscitivo por el cual se conoce un objeto, en un proceso del exterior al interior. Desde ambos puntos la representación es siempre diferente al objeto, pero guarda relación de similitud con él, como esa impronta del objeto.

El ultimo aporte que interesa acerca de la representación es el de Kaplan (2017), quien refiere a los equipos interdisciplinarios y sus particularidades. Los piensa a partir de la noción de encuentro, que hace

referencia a ese intercambio social antes mencionado y que pone a trabajar la idea misma de representación, en tanto actividad propia de la mente que hace con esa presencia, es decir, la del otro profesional, donde se da una colaboración que implica considerar aspectos conscientes e inconscientes en juego en ese vínculo. Es necesario entonces tener en cuenta que vincularse con otros requiere un trabajo psíquico, en el cual se opera en base a representaciones mediante las cuales el sujeto -a su modo- interpreta lo que sucede en el encuentro.

2.3 Interdisciplina.

Lo referido anteriormente sobre los equipos interdisciplinarios nos permite establecer nexos con otro de los puntos fundamentales en este estudio, la interdisciplina. Dada la complejidad y diversidad del contexto actual es pertinente –además del conocimiento de la propia disciplina- desarrollar un posicionamiento crítico y abierto al debate, con una visión interdisciplinaria, a decir de Galende (2012):

“momento crítico, llamado interdisciplinario, en el cual no solo se debaten y comparan conceptos y prácticas, sino que nos obliga a una posición subjetiva que llamaré “inter subjetividad interior”, es decir una incorporación de relaciones con otros saberes y prácticas que interactúan con las de nuestra disciplina de origen.” (p. 28).

Para lograr esa intersubjetividad interior a la que se refiere el psicoanalista es central la cuestión de la subjetividad; se plantea la necesidad de interrogarse la forma de concebir al sujeto, mediante la cual se opera. Este interrogante surge a partir del pasaje de dominio casi exclusivo de la medicina médico psiquiátrica a un modelo de complejidad en Salud Mental, con el cual se modifican las categorías de sujeto incorporadas por la psiquiatría heredadas de la Filosofía que provenían del paradigma positivista, el cual en busca del conocimiento objetivo de la verdad, suprime la condición de sujeto psíquico, a fin de convertirlo en objeto de conocimiento, se da así una reducción del paciente a objeto, la cual justificaba el modelo de asistencia de la Psiquiatría.

A partir de lo anterior se reconoce un debate de fondo entre posiciones objetivistas, que entienden el cuerpo biológico como causa y origen de los padecimientos mentales, y posiciones subjetivistas, que sostienen como causa de estos, la vida psíquica misma y el ambiente social. Queda en evidencia que las posturas subjetivistas existieron desde los inicios de la medicina mental, no obstante, la crítica profunda al modelo médico positivista de la Psiquiatría es contemporánea a Freud y al Psicoanálisis.

Siguiendo al autor, son la Fenomenología y el Psicoanálisis los responsables de introducir la subjetividad como objeto de conocimiento y la palabra como instrumento terapéutico, recorriendo un camino arduo de investigación y teorizaciones, sentando las bases para el pasaje de la Psiquiatría asilar a

la Salud Mental, consecuencia de una fuerte crisis ética luego de la Segunda Guerra Mundial centrada en los modos de asistencia en los manicomios. De esta manera, el reconocimiento de los derechos de las personas cobra fuerza y hace emerger la necesidad de control de las acciones médicas y con ello considerar la subjetividad en Salud Mental. Es decir, entender al paciente como semejante y entender su relación con la libertad y con la determinación de la vida.

De acuerdo a Galende (2012) la Salud Mental no es estrictamente una disciplina, sino que sería más adecuado considerarla un campo, dado que su objeto de estudio es en sí complejos e incluye diferentes dimensiones, a saber: biológicas, sociales, antropológicas, psicológicas y culturales. Sin embargo, necesita de un cuerpo teórico y práctico y se corresponde a un conocimiento y práctica singular. Hablar de campo, implica considerar el proceso de cambio que ha afectado a cada una de las disciplinas que en él intervienen, dado que no es un agregado de estas disciplinas ya existentes, sino que conlleva una reconfiguración y la construcción de un nuevo objeto, que imprescindiblemente reorganiza las disciplinas en juego, puntualmente la Psiquiatría y la Psicología.

El autor expresa que es necesario lograr integrar -no sin conflictos y tensiones- las prácticas y saberes de diversas disciplinas con las que se comparte el campo de intervención, se trata de lograr una subjetividad transdisciplinaria, en la que cada profesional sea respetuoso de sus límites y de los demás, lo cual implica una ética en Salud Mental. Dicha ética conlleva la relación de alteridad en un encuentro singular con otro y el reconocimiento del paciente como semejante, con el cual se establece una relación que, mediante la palabra devela algo de su sufrimiento. Es así que la ética y la subjetividad se tornan imprescindibles para el campo de la Salud Mental.

De esta manera se abre paso al desarrollo de la noción de interdisciplina, la cual se origina como parte de la configuración del campo de la Salud Mental en un proceso inacabado. Stolkiner (2005) describe a la interdisciplina como una transformación en las formas de concebir la salud y el sufrimiento mental, esta concepción surge en la década del ochenta a partir de la dificultad que representaba abordar el sufrimiento desde una disciplina específica. Se llega a esta forma de pensar la interdisciplina luego de atravesar diferentes crisis tanto a nivel mundial como nacional, en detrimento de las lógicas manicomiales, que excluían y desubjetivaban a los enfermos, la nueva concepción permite comprender la salud como un proceso multidimensional, que concibe los aspectos subjetivos e involucra distintos saberes disciplinarios y participación social, permitiendo un abordaje integral.

En línea con lo planteado por la investigadora, se puede pensar que lo interdisciplinario no se produce de un momento a otro, que los sujetos son actores en el proceso que requiere de un trabajo grupal, sostenido y constante, con un posicionamiento que reconozca la incompletud de cada disciplina,

posibilitando intercambios de un campo a otro, y acción cooperativa. De esa forma se pone en juego -como en todo grupo humano- la cuestión del poder, un discurso interdisciplinario y la competencia de cada profesional, son herramientas de poder, el saber disciplinario es una forma de poder y aceptar limitaciones, lo reduce.

Stolkiner (1999) diferencia dos posibles espacios de articulación interdisciplinaria: la investigación interdisciplinaria y los equipos interdisciplinarios asistenciales. Ambos configuran una yuxtaposición en el proceso, se diferencian en su producto. En el primer caso se apunta a la producción de conocimientos; en el segundo, a la producción de acciones. Sin embargo, no podrían separarse de manera absoluta los efectos de uno sobre otro. En los equipos asistenciales son importantes las incumbencias y quehaceres de quienes los conforman, sus participantes provienen de distintas profesiones, lo cual marca un deslizamiento al terreno mismos de las prácticas, por ello los contextos en los que se dan no son estrictamente académicos, se pueden encontrar equipos en prácticas comunitarias o en servicios hospitalarios.

Por su parte, Elichiry (1978) entiende que la interdisciplina surge de la demanda social, es una integración y producción de nuevos conocimientos a causa de situaciones problemáticas, lo que constituye una evolución interna de las Ciencias. Los intercambios en la interdisciplina producen enriquecimiento y transformación a partir de una concepción constructivista de la realidad, reconociendo que no es algo unívoco y simple de comprender, sino que es contradictoria. Además plantea que la interdisciplina solo podrá desarrollarse cuando los que la lleven a cabo sean expertos en su propia disciplina, manteniendo identidad y especificidad; para ello sitúa una serie de prerequisites: trabajo en equipo, intencionalidad, flexibilidad, cooperación recurrente y reciprocidad, atributos que llevarían a un nivel de articulación interdisciplinaria máximo, denominado de integración sistémica.

Puesto que la interdisciplina implica articulación de saberes entre profesionales convocados a una labor común, es pertinente lo referido por Flory (2017) quien expresa que el trabajo en equipo se da cuando algo del orden de la subjetividad interpela el dispositivo clásico de intervención y no resulta suficiente dada la complejidad del caso, por ello es momento la de constitución de un dispositivo con dinámica interdisciplinaria, en reconocimiento de la incompletud de saberes y entrecruzamiento subjetivo, para producir un punto en común configurando una dinámica con características particulares.

De esta manera, se hace evidente un cruce de discursos en las situaciones en las que se interviene, donde varía el armado del dispositivo según cada caso según las características de cada sujeto, y lo que no varía es justamente, lo que sostiene y nuclea al equipo en tanto dirección de la cura, una construcción colectiva de todos aquellos que intervienen y están comprometidos de algún modo transferencial. Esa

dimensión política que a la hora de intervenir sostiene una apuesta a interpelar al sujeto, apuesta a una transformación a partir de la práctica de cada profesional.

En estrecha relación con lo anterior, son interesantes los aportes de Flory et al. (2017) que hace referencia a ese momento de constitución del dispositivo mencionado anteriormente, cómo una construcción única y posible para cada sujeto, que se logra a partir de la disposición de los profesionales para tal tarea desde diferentes perspectivas. Tal construcción implica la superación de desacuerdos o cruces para llegar a la producción de una lógica compartida, donde cada uno aporta desde su especificidad disciplinar, con un marco general. Acto que apela a la interdiscursividad de las prácticas, dado que ningún saber es total y que es posible -gracias a una perspectiva compartida- una apuesta en común y una posición subjetiva de cada profesional, que hacen que el tratamiento pueda tomar un nuevo giro.

Betti (2012) plantea la necesidad del trabajo interdisciplinario en pacientes con graves padecimientos psíquicos donde es necesaria la construcción colectiva de cada caso mediante el trabajo en conexión entre las diferentes prácticas, donde cada una reconoce sus límites y surgen de ese hacer con otros, cambios en cada campo. El trabajo en equipo, por un lado, permite una redistribución del malestar, que el encuentro con sujetos de gran padecimiento psíquico produce intervenir de esta manera, posibilita en estos casos que la transferencia se diversifique, tomando cada profesional -desde su disciplina- un rasgo diferente de la misma y a la vez compartiendo un marco general. Por otro lado, es una decisión que implica estar dispuesto a soportar otro malestar -el que se genera en el desencuentro y desacuerdo- en la búsqueda de construir un marco de encuentro y acuerdo. Las intervenciones con estos sujetos apuntan también a la participación de los mismos en su tratamiento, elemento central para que logren implicarse de manera activa, una forma de posicionarse que permite ofrecerle al sujeto saber sobre su padecimiento, y de hacer posible un trabajo interdisciplinario, que se sostiene cuando hay un equipo detrás.

Otro elemento clave para pensar la interdisciplina -como ya se expresó en la formulación del problema de esta investigación- y que sigue la lógica de un nuevo modelo de atención en salud, es la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657), la cual propone el reconocimiento de derechos a personas con padecimiento mental mediante un abordaje múltiple, que extiende la escucha a diferentes ámbitos, con inclusión de nuevos recursos, ofreciendo a los usuarios más alternativas y desafiando a los profesionales al trabajo en equipo, en la pretensión de una dinámica interdisciplinaria y de lograr una perspectiva ampliada de la clínica. En el desarrollo de toda esta ley, la interdisciplina se plantea como parte esencial del tratamiento de los usuarios, se establece que un diagnóstico en Salud Mental no constituye determinantemente riesgo o incapacidad, lo que se decide con una evaluación interdisciplinaria, en cada caso (Art.5). En la misma línea, las personas con padecimiento mental tienen derecho al acceso a la atención

sanitaria gratuita, social e integral, optando por la alternativa terapéutica más adecuada (Art.7). La atención debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario (Art.8), en el cual todos los profesionales con título de grado pueden coordinar y dirigir el trabajo (Art 13), se valora su capacidad de integrar los distintos saberes en juego, es decir, la posibilidad de articulación interdisciplinaria, que se complementa con el derecho a capacitación constante.

Esta normativa exige participación comunitaria para una asistencia acorde a la demanda de los sujetos, trabajo en coordinación con la comunidad y construcción interdisciplinaria para quienes conforman el equipo de tratamiento; asumiendo la responsabilidad de una labor en conjunto, cada uno desde sus incumbencias, en conexión con el acompañamiento y participación del grupo familiar, para facilitar la inclusión social y laboral de los usuarios (Art. 11). En el mismo orden, se propone el tratamiento de las personas en su ámbito comunitario y que sea indicada la internación (Art.15) solo en casos donde aporte mayores beneficios que otra intervención, la cual se prescribe, evalúa y revisa, de acuerdo a criterios terapéuticos interdisciplinarios. (Ley N° 26.657, 2013).

La interdisciplina forma parte de un proceso de transformaciones que configuran el campo de la Salud Mental. Requiere recursos que contemplen la atención en lo cotidiano, en línea con esto, Frank (2017) aborda la cuestión de lo interdisciplinario en lo cotidiano incluyendo la figura del at, la cual ha crecido fuertemente en los últimos años hallando siempre dificultades en el trabajo en equipo, el cual en las condiciones más favorables, es un trabajo siempre con otros, donde es adecuado hablar de red en lugar de equipo.

Es necesario entender a la red como un sostén, no solo para el vínculo paciente-profesional, sino también para el at y el psicólogo, implica un intercambio sin jerarquías, dando valor a la palabra de todos, reconociendo los límites en un caminar juntos en el armado de esa red, ofreciendo a los sujetos más posibilidades. Es la modalidad interdisciplinaria, cualitativamente superior al abordaje clásico, ya que, con la inclusión de una estrategia terapéutica, amplía la red de contención y atención del paciente.

2.4 Acompañamiento Terapéutico.

De esta manera se llega al AT, una de las alternativas de atención cuyos inicios datan luego de la Segunda Guerra Mundial de acuerdo a los aportes de Galende (1990). El AT ocupó un lugar central en el proceso de sustitución de lógicas manicomiales, generando condiciones para restablecer la singularidad y promover los derechos avasallados por el encierro. Se rastrean así los inicios de esta práctica a la cual le ha llevado años consolidarse como tal, ya que decir hoy AT es consecuencia de un gran trabajo.

Rossi (2013) realiza un recorrido muy pertinente sobre los inicios del AT, en sus comienzos por los años setenta se lo llamaba *amigo calificado* y la connotación de su tarea pesaba más por el lado de la amistad. Posteriormente se da un cambio fundamental con la denominación de at -poniendo el acento precisamente en lo terapéutico- el vínculo con el paciente pasa a constituirse desde un rol establecido y no desde cualquier lugar. Hacia los años ochenta se consolida como una interesante oportunidad laboral y experiencia de los profesionales con los primeros pacientes. Posteriormente con la paulatina llegada de las obras sociales se marca un cambio fundamental, que da mayor conocimiento al AT. La práctica se fue constituyendo de forma tal que cuenta en la actualidad con una formación técnica y profesional dentro del campo de la Salud Mental.

El AT es un recurso clínico consolidado, aquello de lo que se hace uso para trabajar en salud y dado que el campo de la Salud Mental es amplio y multisectorial, varía su modalidad de acuerdo a las coordenadas del espacio en que intervenga, brinda atención ambulatoria en la cotidianeidad. El at es parte de un equipo, su condición de posibilidad es el trabajo con otros, siguiendo una estrategia de intervención para el cumplimiento de objetivos, mediante el desarrollo de diferentes tácticas, priorizando siempre al sujeto y su singularidad. Es preciso aclarar que el AT se incluye en casos que las estrategias clásicas de tratamiento no han resultado, lo que de acuerdo a Rossi (2013) es un trabajo en los *bordes de la clínica*, es decir, lugares de insuficiencia del saber.

La particularidad y el rasgo fundamental del AT -retomando a Dozza de Mendoza (2011)- es su despliegue en la comunidad, en lo cotidiano, donde las intervenciones del profesional se dan en el espacio de circulación propio del sujeto, lo cual permite y posibilita la inclusión de todos aquellos elementos y personas que favorezcan el proceso de acompañamiento. En este sentido podría pensarse la práctica del AT como poco estructurada, pero en realidad se trata de otra estructura, compleja, polifacética y polifónica, que el autor ha denominado *Clínica de lo Cotidiano*, puesto que permite al profesional emplear elementos de la cotidianeidad en diversas situaciones y para distintas finalidades. De esta manera, se configura también un encuadre diferente al de otras prácticas, un *Encuadre Abierto*, lo cual ofrece un marco a la tensión de acompañar bajo la mirada de un tercero, inevitable al estar inmerso en la cotidianidad. Esta estructura de Encuadre Abierto en la Clínica de lo Cotidiano, significa que teniendo en cuenta cada caso y situación, desde un punto de vista dinámico, no se pueden establecer puntos de cierre al encuadre.

Las funciones del at son un rasgo fundamental de la práctica, Rossi (2013) precisa que sólo pueden definirse en relación a una estrategia y se constituyen a medida que el tratamiento avanza, según las particularidades del caso. No obstante, la propuesta del at es siempre operar como mediador, facilitando el acceso del paciente a ciertos recursos, mediante el armado de redes e intervenciones que fomenten la reinserción laboral, educativa y social del sujeto. La particularidad del vínculo entre el acompañante y el

acompañado es que el sujeto ubica al at como un semejante y mediante un lazo transferencial se propicia la emergencia de la singularidad.

En referencia a la particularidad del trabajo del acompañante, Chaui Berlinck (2017) se expresa acerca de ese espacio y tiempo diferente que se instala en el AT. Introduce una pausa en lo cotidiano, de forma que el at entra en escena a modo de una intervención transicional, que en una zona intermedia brinda al paciente un nuevo lugar, en contraposición a lo que le exige el medio familiar y social. El espacio de AT es en sí una frontera entre la realidad interna del sujeto y la realidad externa de su entorno, una nueva construcción que ofrece al acompañado un nuevo sentido.

En consonancia a lo anterior y en relación a los aportes de Galende (2012) -ya abordados- es necesario destacar el AT como instancia de subjetivación. Resnizky (2017) refiere que el proceso de subjetivación continua durante toda la vida, de modo que con el AT se habilitan para el paciente nuevas instancias, encuentros significativos que pueden producir nuevas marcas, teniendo en cuenta que la subjetividad no puede reducirse a lo individual, sino que es siempre una producción social y colectiva. En la intervención del at es fundamental tener en cuenta que en los padecimientos de los sujetos se juegan conflictos de su historia personal y también de la época actual, los cuales influyen en el modo de crear sentidos. La psicoanalista plantea que el sujeto no es un ser acabado y va deviniendo en sus interacciones, piensa entonces en un psiquismo abierto a la producción a través del vínculo con los otros. Ante esto el AT se ofrece como una instancia más de subjetivación para el acompañante y el acompañado, que se juega también en el encuentro interdisciplinar con otros profesionales.

En las intervenciones de los acompañantes terapéuticos es importante alojar la diferencia, Santolalla (2017) considera que la alteridad es radical, el otro es totalmente diferente por lo cual es necesario habilitar espacios para alojarlo mediante nuevos lazos. De este modo se constituyen trazas de subjetivación nuevas con el AT que toma una posición humanista frente al padecimiento del otro y abierta a la interacción con otros profesionales, con quienes interactuar y caminar juntos. En la misma línea, Kuras Mauer (2017) postula que hay una potencialidad terapéutica en el trabajo con otros, es decir en los abordajes múltiples, abiertos a lo cambiante y heterogéneo se busca alojar al sujeto en su diferencia y se posibilita a su vez, un descentramiento de la transferencia -cuestión mencionada- donde el intercambio en horizontalidad entre los profesionales ofrece a los pacientes modos de subjetivación suplementarios.

La práctica del AT constituyó desde sus inicios un entramado complejo de múltiples dimensiones articuladas que aún hoy continúa en construcción. Más allá de los cambios propios del acontecer histórico, de la cultura y la sociedad que exigen a las prácticas modificaciones, existen aspectos estructurales, en tanto marcan los fundamentos teóricos en los que se origina cada práctica y la definen. Giraudo (2017) identifica

para que un acompañamiento devenga terapéutico es fundamental la concepción de sujeto y de salud con la que se interviene; la práctica del AT surge enmarcada en una concepción de Salud Mental, en el reconocimiento del otro como semejante y a la vez singular, en constante construcción de su subjetividad. La posición teórica del at plantea el reconocimiento del sujeto, reflejo de una posición ética, la cual el profesional asume y es lo que hace que el acompañamiento devenga terapéutico. En este punto se evidencia que subjetividad y ética son imprescindibles, puesto que las intervenciones cobran sentido terapéutico cuando se realizan en relación a un sujeto, producto de un vínculo con otro y determinado por su inconsciente.

De este modo acompañar terapéuticamente se basa en un entramado de modalidades vinculares que en sus múltiples versiones constituyen un espacio de sostén para la emergencia del sujeto, desde una práctica que se fundamenta en la ética del Psicoanálisis, la cual concibe el sufrimiento psíquico como un proceso singular e individual que es necesario alojar para desentramar. De este modo es clave que los profesionales tomen una postura que interpele su propia subjetividad y el sentido de sus intervenciones para configurar prácticas que permitan el despliegue de cada sujeto y el acompañamiento en su modo singular de habitar el mundo.

En consonancia, Macias Terriquez (2013) plantea que las bases del AT pueden situarse en el Psicoanálisis, la Anti Psiquiatría y la Psiquiatría Comunitaria; se constituye así un cuerpo teórico heredero de múltiples conceptualizaciones y teorizaciones con la elección del marco político del Psicoanálisis como coordenadas que guían su abordaje. Una postura ética hacia el sujeto con respeto a la forma de deseo del otro en el ejercicio de la práctica del at, en la cual circulan las palabras y siempre se origina otro discurso, caso por caso. A partir de esto, se entiende que al intervenir el at hace uso de las coordenadas del discurso psicoanalítico en su labor ética y para guiar su intervención, contemplando la dimensión transferencial y la abstinencia necesaria apostando a la emergencia subjetiva.

Capítulo 3.

3.1 Marco metodológico.

3.2 Fundamentos para la elección de la modalidad.

La investigación es la actividad que permite obtener conocimientos científicos claros, objetivos, y organizados, los cuales según Sabino (1992) devienen de temas a investigar que reflejan objetos de estudio diferentes en relación a infinitas temáticas y problemáticas que atraen la atención del investigador.

En la misma línea la resolución N° 0663 (2019) de la FHAYCS perteneciente a UADER establece como reglamento las condiciones de elaboración del proyecto y trabajo integrador final (TIF) para el egreso de la carrera Licenciatura en Psicología. Plantea la investigación como una manera de producción de conocimiento, una práctica social situada en un contexto sociohistórico y político con diferentes características que se ejecuta de forma particular, de acuerdo a la posición de quien investiga. Dado que el objeto central de la investigación es generar conocimiento -este no es al azar- sino en respuesta a problemáticas propias del campo específico de la Psicología.

En relación a la temática la modalidad de investigación de campo fue la que más posibilidades de conocimiento ofrecía, mediante la inserción en el espacio a investigar para la obtención de información, permitiendo una investigación exploratoria que concluye en la producción de conocimientos articulando en todo el proceso teoría y práctica.

El acceso al campo en esta investigación significó un desafío particular por la situación de Pandemia Covid 19 que ha modificado la realidad global, repercutiendo en todos los ámbitos de la vida -en este caso el académico-. Si bien la situación de pandemia desde su inicio se fue modificando a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) pasando por disposiciones más flexibles hasta el cese definitivo de las medidas dispuestas, es innegable que ha atravesado este trabajo puesto que conllevó consideraciones en su elaboración, particularmente en los tiempos aletargados dadas las restricciones y al momento de inserción al espacio resultó necesario considerar alternativas a los medios más habituales.

3.3 Perspectiva teórica complementaria y diseño cualitativo.

Para esta investigación cualitativa se escoge una perspectiva teórica de Salud Mental en diálogo con Psicoanálisis, puesto que el desarrollo conceptual del tema reúne aportes de ambos cuerpos teóricos y así mismo se encuentran en el campo. Se intenta contemplar el entrecruzamiento entre Psicoanálisis y Salud Mental en el que interactúan psicólogos y acompañantes terapéuticos convocados a la interdisciplina, donde se realizó un análisis sobre la lectura de los psicólogos respecto a ese encuentro.

La elección de una perspectiva teórica complementaria se fundamenta a lo largo del desarrollo de la investigación, siguiendo a Augsburger y Gerlero (2005) docentes e investigadoras de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario:

“las nuevas exigencias y demandas que la epidemiología en el área de la salud mental recibe no permiten continuar pensando el proceso de salud - enfermedad apenas a través de los elementos conceptuales y analíticos que propone la bio-medicina, sino que sostiene como desafío reubicar el concepto en la interfase entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, constituyendo allí la noción de sujeto una pieza clave” (p. 5).

Se entiende así que el Psicoanálisis como cuerpo teórico está en juego dado que contribuye a esa noción de sujeto necesaria para intervenir en el área de la Salud Mental. En la actualidad ante la complejidad de un mundo convulsionado la ética psicoanalítica está en escena, con fundamento en el respeto y la consideración de la singularidad. Dado que son tiempos en los que ningún campo es exhaustivo para hablar de sujeto -ni para responder a sus demandas- se requiere la interdisciplina como reflejo de los cambios en los abordajes que exige un ajuste en la forma de construir conocimientos para articulación de saberes y perspectivas diferentes.

Gallo (2000) hace una diferenciación entre la investigación en psicoanálisis y la investigación con psicoanálisis: la primera más ligada a la clínica, se centra en el sujeto, quien formula la pregunta, plantea el problema y las posibles soluciones, donde el analista tendrá la función de mantenerlo en los límites de la palabra y emergerá como siendo al menos dos, el que teoriza y el que produce efectos. La segunda -el caso de esta investigación- refiere a elaboraciones teóricas como conclusión de un proceso investigativo a partir de un tema social dado que no exige seleccionar un caso de la clínica, no es necesario ser analista practicante, sin embargo requiere la teoría psicoanalítica como brújula orientadora. Este autor propone que el investigador debe privarse de la generalización prematura, de las ideas o conceptos formulados sin rigor, de los objetivos ambiguos, de la descripción rápida que afecte la precisión, de los prejuicios y de todo aquello que descuide al sujeto en su vínculo con el problema social que se trate.

Para este estudio se seleccionó un diseño cualitativo que siguiendo a Vasilachis de Gialdino (2007) se emplea en investigaciones que buscan la comprensión de datos no medibles estadísticamente, sino que tienen más que ver con un interés por la vida de las personas, sus historias, sus perspectivas subjetivas, experiencias, interacciones y acciones, las que implican sentidos y comportamientos desde donde se interpreta a todos ellos en forma situada, en el contexto particular que tienen lugar. Se trata de comprender dichos contextos y sus procesos buscando la forma de explicarlos, recurriendo a la causalidad local.

La elección de este tipo de diseño se debe a que es flexible y desde una lógica cualitativa permitió contemplar las modificaciones propias de la aproximación al campo. Según Taylor y Bodgan (1986) el investigador se implica necesariamente en la realidad a conocer, ve al escenario y a los sujetos en una perspectiva holística, tiene en cuenta a las personas y su modo de interpretar subjetivamente el mundo.

En relación a esta metodología Gómez (2012) expresa que el Psicoanálisis se aboca a producir investigaciones que arrojen luz sobre distintos fenómenos clínicos y sociales, una construcción de saber que se basa en una posición crítica respecto al campo, un campo abierto por el descubrimiento del inconsciente, al cual solo se tendrá acceso a través de la palabra:

“si tomamos en cuenta la orientación de Freud, quien desde una aproximación cualitativa a la producción de conocimiento, nos indica que el Psicoanálisis puede operar sin herramientas estadísticas, legitimándose a partir de desarrollos teóricos que den cuenta de una praxis, y si no perdemos de vista la especificidad propia del campo psicoanalítico, el estudio del sujeto del inconsciente, intentando clasificar y categorizar sujetos, podremos realizar en el marco de criterios científicos producciones que aporten conocimientos y explicaciones conceptuales a los permanentemente cambiantes fenómenos clínicos o pertenecientes al campo de conocimiento de muchas otras disciplinas.”(p. 184).

De esta manera Castillo Vergara y Gómez Castro (2004) plantean que la peculiaridad de la investigación con Psicoanálisis es investigar acerca del hombre, lo cual implica un campo de intersubjetividades en juego que pone en evidencia un complejo nexo entre el sujeto que investiga y el o los investigados. Investigar con Psicoanálisis – en consonancia a los aportes de Gallo (2000)- no debe centrarse exclusivamente en un caso o en la situación analítica privada, sino que parte de explorar el espacio extra clínico, haciendo uso del conocimiento proveniente de otras disciplinas, lo cual permite una visión más amplia del tema a investigar.

De acuerdo al tema de esta investigación que puntualiza en las representaciones de los psicólogos, estos toman un papel central, mediante entrevistas y a partir de lo que en ellas se analizó se visibiliza lo singular en juego. En consonancia González Rey (2000) sostiene que la investigación cualitativa se orienta al conocimiento de un objeto complejo que es la subjetividad, donde el contexto y la historia atraviesan al sujeto marcando su singularidad. Esta producción investigativa tiene que ver entonces con la compleja realidad actual en interacción constante con cada historia singular, un proceso en el que se elaboraron hipótesis e interpretaciones, en articulación al modelo teórico estudiado que legitima lo singular como una instancia de producción de conocimiento, en diferencia radical a los intentos de estandarización de otros modelos de investigación.

La epistemología cualitativa – de acuerdo al académico mencionado antes- comprende la investigación como un proceso de comunicación en el que los sujetos se implican y expresan su subjetividad, a través de las características abiertas de los instrumentos empleados para recabar la información. En concordancia las etapas de esta investigación: obtención, análisis y construcción de la información, se suscitaron de forma continua y entrelazada, con una posición activa del investigador, superando la imagen de recolector de datos que se ha dado desde el imaginario de la investigación científica.

3.4 Contextualización de la unidad de estudio.

La unidad de estudio refiere al lugar donde se llevó a cabo la investigación, el dispositivo de HdD del HESM de la localidad de Paraná, ubicado en calle Bravard 266. Este dispositivo es seleccionado por el servicio que ofrece a personas que sufren problemáticas en Salud Mental, mediante atención diaria de mañana y tarde, con un equipo interdisciplinario que brinda tratamientos individuales o grupales de manera ambulatoria, en espacios sociales, domicilios particulares o ámbitos comunitarios por los que transitan los usuarios. En HdD las intervenciones son en favor del restablecimiento de lazos sociales y de fomentar la autonomía, contemplando el acompañamiento a las familias y enlazando acciones a nivel intersectorial e interinstitucional. La asistencia al dispositivo es de usuarios adultos desde los 18 hasta los 65 años, que cuentan con el apoyo técnico específico del equipo profesional y tratamiento singular.

Luego de consultar diversas fuentes electrónicas, como artículos periodísticos y páginas web⁸, junto al material arrojado de las entrevistas se elabora el siguiente recorrido a fin de contextualizar la unidad de estudio de esta investigación. HdD es un dispositivo que lleva años formando parte del HESM, no siempre de la misma manera, pasando por diferentes lugares y circunstancias adaptándose a los cambios.

HdD es el resultado del accionar de profesionales de la institución con el compromiso de brindar un espacio alternativo a la lógica asilar, a partir de una modalidad de atención diferente en la propuesta de un espacio asistencial intensivo ambulatorio, donde los usuarios en su transitar son convocados por diferentes actividades ante las cuales eligen participar o no, pudiendo dimensionar con ello la ausencia y la responsabilidad. En algunos casos es necesario construir algo de esa elección dando paso al deseo, mediante la oferta de espacios disponibles y el transitar por ellos, ya que al ser sujetos con graves padecimientos psíquicos la posibilidad de elección se encuentra aplanada y la demanda de concurrencia es a construir.

Los inicios del HdD se ubican entre los años 1993 y 1996 con una experiencia piloto a cargo de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISAM), que toma como sitio el fondo del predio del

⁸ Ver referencias sobre HdD.

hospital. Los residentes proponían un dispositivo sustitutivo al tratamiento manicomial clásico, apuntando a la circulación de los usuarios para evitar su cronificación y fomentar la restitución de lazos sociales, planteando el Psicoanálisis como eje teórico. “Del Brete” fue el nombre de ese momento, en relación al barrio donde se encontraba.

En el año 1997 la dirección del hospital acondiciona un sector a la entrada del mismo para destinar a HdD, junto al que se inaugura el Hospital de Día Caminos, conformándose un nuevo equipo con profesionales de planta hospitalaria, que tomó como referencia teórica principal la escuela inglesa de Psicoanálisis. En ese periodo se mantuvieron los espacios de atención individual, admisión y talleres, agregando salidas y actividades en la comunidad, con fundamental importancia de la figura del coordinador.

En el año 2003 ante una nueva gestión del hospital se conforma otro equipo interdisciplinario, parte de un período de rearmado del espacio tras la crisis económica de 2001 que repercutió en el funcionamiento del dispositivo con la detención de muchas actividades. En el año 2006 se elaboró un proyecto de HdD, el cual es reeditado posteriormente y establece la conformación de un dispositivo de asistencia en Salud Mental, alternativo a la lógica manicomial en pos de la construcción de lo subjetivo y del lazo social, a través de diferentes espacios y actividades, acompañando los tiempos y situaciones de cada usuario, apuntando a la responsabilización del sujeto, la familia y la comunidad. (Franco, 2017)

A más de 20 años de sus inicios dentro del HESM el HdD logra funcionar fuera del mismo, en la casa de calle Bravard, una propiedad otorgada por el gobierno provincial en el año 2018. En este nuevo espacio se dan diverso tipo de actividades: plástica, teatro, taller de música, días de un espacio de cultura abierto a la comunidad y propuestas que invitan al movimiento como yoga; son habituales las salidas o paseos y los emprendimientos en los que trabajan los usuarios, proyectos que tienen como eje la economía social y el cooperativismo. En el año 2021 aproximadamente 60 personas llegaban a HdD con un promedio etario entre 40 y 50 años, con demanda de inclusión a la grupalidad y de asistencia a un espacio donde socializar, que proviene de diferentes lugares, a saber: otros sectores del hospital, centros de salud, instituciones o pedidos espontáneos fomentados por comentarios de quienes ya conocen el dispositivo. (Hospital de día: encuentros vitales I, 2021).

Del mismo modo que las propuestas del HdD se van modificando, dado que es un dispositivo en movimiento, así sucede con el recurso humano dentro del mismo. Los profesionales que participan del espacio están en constante movimiento, al momento de realizar este informe el equipo estable data de 17 trabajadores de planta y 6 residentes⁹ entre los que hay diferenciación específica en cuanto a sus disciplinas

⁹ Ver anexo, Entrevista N° 1, p. 73.

y competencias. No obstante, las actividades que se proponen en ocasiones trascienden dichas funciones específicas, dando paso a la realización de tareas por igual para todos, lo que en términos organizativos muestra que el equipo se va adaptando a las necesidades del dispositivo. La organización se da mediante una reunión semanal general de todos los integrantes del dispositivo y con pequeños equipos en comunicación constante que acompañan cada situación singular, dado que hay situaciones complejas que requieren múltiples articulaciones e intervenciones. Para la evaluación del funcionamiento de las actividades, a fin de revisar y evaluar las prácticas de los profesionales o las posibles altas de los usuarios - es preciso preguntarse hasta dónde el espacio propicia movimientos- hay instancias anuales de evaluación del dispositivo.

Se ha dado cuenta de los diferentes momentos que configuran el dispositivo de HdD, situaciones a las cuales se fue adaptando revisando sus modalidades y propuestas, así también fue necesario en el marco del ASPO por la Pandemia Covid 19 donde emerge para los trabajadores el interrogante de cómo sostener un espacio tan importante para la cotidianeidad y lazos sociales de los usuarios.

Bartoli et al. (2020) dan conocimiento de los efectos y posibilidades que otorga la creación de un grupo de WhatsApp entre usuarios y trabajadores para sostener el trabajo de HdD en el acompañamiento y sostén del lazo social afectado por el aislamiento, se da así una estrategia alternativa al contexto que se presenta y atraviesa tanto a usuarios como a trabajadores. A través del armado del grupo se pretende ofrecer a los usuarios cierta estructuración a la cotidianeidad en sus hogares, manteniendo la lógica de las propuestas habituales del dispositivo, a saber: consignas lúdicas, actividad física, lecturas, entre otras. Con el fin de sostener en la virtualidad algo de lo que se propone en HdD, como apoyo para que los usuarios pudieran expresarse y sentirse escuchados en un contexto tan cambiante, se realiza esta propuesta que conjuntamente demanda la creación de un grupo solo de profesionales para coordinar acciones y actividades.

De la experiencia mencionada se obtiene que el espacio virtual permite el encuentro con otros, posibilita el lazo social funcionando como continente para los usuarios dado que continúa con los vínculos que se dan en el dispositivo, propicia la interacción para hacer frente a los efectos sociales y subjetivos que la situación de pandemia genera -particularmente en estos sujetos-. El funcionamiento de esta propuesta virtual resulta posible dada la transferencia de los usuarios con el HdD como lugar de referencia, se produce una continuidad entre la institución, los usuarios y los trabajadores, donde se da un alojamiento diferente a los sujetos. Esta alternativa resultó funcional, mediante su desarrollo y en el día a día los profesionales fueron armando, diseñando y rediseñando estrategias de intervención en el grupo virtual, según la respuesta de los usuarios, reconociendo los tiempos y límites de sus intervenciones, asimilando que en la virtualidad hay una pérdida respecto del encuentro cuerpo a cuerpo.

3.5 Unidad de análisis- Muestra.

Dentro del HdD la unidad de análisis remite a los protagonistas de la investigación que aquí serán psicólogos del dispositivo. Así, de acuerdo a Martínez Salgado (2011) se estableció una muestra de tipo intencional con una selección conveniente al tema y un criterio para la misma fue: psicólogos que realicen o hayan realizado abordajes con acompañantes terapéuticos en HdD. Para fijar el tamaño de la muestra se recolectaron datos hasta un punto de saturación de las categorías investigadas, momento en el cual se han escuchado una cierta cantidad de ideas y ya no aparecieron con las entrevistas más elementos significativos.

3.5 Técnicas de recolección de la información:

La información necesaria para este estudio fue recabada mediante la técnica de entrevista cualitativa abierta, herramienta desestructurada, dinámica, flexible, con una guía de preguntas orientadoras como base para no perder el tema central, pero sin obturar la construcción del discurso que efectúan los entrevistados, quienes puede transportar los sentidos hacia nuevas articulaciones.

Así como en HdD se han evaluado alternativas y rediseñado estrategias dado al contexto de Pandemia Covid 19, en esta investigación también fue necesario para el acceso a la información. Dadas las restricciones correspondientes al ASPO resultó preciso pensar alternativas, por lo cual se optó por la realización de entrevistas virtuales, mediante video llamada o por llamada telefónica, manteniendo su esencia, en la producción de un encuentro entre el investigador y los sujetos que se investigan, para la comprensión de las perspectivas que tienen las personas respecto de situaciones o experiencias.

3.6 Análisis de datos- Registros:

El método para el análisis de la información y datos es el método comparativo-constante propuesto por Glaser y Strauss (1967) en el cual se apunta a hacer al mismo tiempo comparación y análisis, permitiendo que se genere teoría a través de una codificación explícita y de procedimientos analíticos. De esta manera al momento de analizar los datos se genera una teoría integrada y consistente, como reflejo de dichos datos.

De acuerdo a los autores el método consiste en la generación de muchas categorías sobre problemas generales, lo cual da lugar a la sistematización de pasos a seguir para la creación de una teoría de forma cualitativa, ya que se trabaja mediante una metodología que permite entrelazar los momentos de recogida del dato, su análisis y su interpretación.

El análisis a partir de este método permitió hacer foco en la diversidad y particularidad de cada una de las representaciones de interdisciplina que construyen los psicólogos en el trabajo con acompañantes terapéuticos, al mismo tiempo posibilitó entrelazar los datos recogidos y hacer comparaciones sucesivas

entre ellos. En un proceso en espiral entre la obtención y el análisis de la información, que tiene en cuenta la subjetividad del investigador, reconocida y aceptada como parte fundamental del acto investigativo, puesto que tanto los actores como el investigador conforman y atribuyen sentido a la realidad estudiada.

Sirvent (1998) plantea diferentes pasos para el método comparativo constante, a saber:

1- Registro de las entrevistas en tres columnas (registro, comentarios, y análisis): la columna primer columna es la de registro y se compone por la transcripción de los datos observables que se han obtenido mediante las entrevistas. La segunda columna está constituida por comentarios que expresan la subjetividad del observador, se consignan emociones, sensaciones, pre conceptos o apreciaciones que se desprenden de lo que se indaga. La tercera columna es la de análisis y será completada más adelante en el proceso, quedando momentáneamente en suspenso.

2- Estudio profundo de lo registrado: trata de una introducción en detalle al campo a estudiar mediante una lectura sumamente detenida y completa del material recogido, con el objetivo de conseguir una inmersión tal que permita obtener una visión en conjunto del material primario, para realizar luego un proceso de categorización.

3- Reconocimiento de temas emergentes: dado que algunos fragmentos de sentido llaman la atención del investigador son señalizados en el material mediante un código, nombre o categoría que sirva para reconocerlos. Es este un proceso comparativo que se da hasta que han sido todos los emergentes reconocidos.

4- Identificación de temas recurrentes a partir de los emergentes: se pasa a identificar las categorías que aparecen con más frecuencia, desde los emergentes que se han reconocido mediante el análisis de los conceptos emergentes en la tercera columna.

5- Fichado de los temas recurrentes: se selecciona una de las categorías que ha aparecido con mayor frecuencia y se la utiliza como título de la ficha, en la que se transcriben todos los fragmentos que han sido categorizados bajo ese nombre en el material recogido.

6- Comparación de fichas: se realiza buscando elementos comunes y no comunes, puede suceder que se encuentren diferentes cualidades entre los fragmentos consignados bajo una misma categoría, como causas, dimensiones, tipos, consecuencias y procesos de la misma. Esos conceptos son propiedades de las categorías, dado que portan menor nivel de abstracción. Así, el proceso continúa buscando qué propiedad de una categoría pertenece a un dato o qué teoría emergente pertenece a un fragmento de sentido.

7- Escritura de memos: construcción de teoría donde se reflejan los avances que se van obteniendo.

Capítulo 4.

En el presente capítulo se realiza el análisis y la interpretación de datos de acuerdo a los pasos que se detallan en el capítulo anterior acerca del método comparativo constante. El análisis de la información se aplicó a todo el material empírico recabado compuesto por cinco entrevistas realizadas a profesionales psicólogos del HdD en el HESM.

Siguiendo el método se realiza el registro compuesto por tres columnas, que se llevó a cabo inmediatamente luego de las entrevistas para plasmar lo más fidedignamente posible todo el material como las reacciones, ideas, emociones o preconceptos que surgieron al momento de la recolección de datos y que dada su extensión se lo adjunta en anexo¹⁰.

Posteriormente se realiza la identificación de emergentes¹¹ a partir de un estudio exhaustivo de las entrevistas, en las que se considera emergentes los fragmentos de sentido que llaman la atención del investigador. Luego se da la identificación de temas recurrentes a partir de un reconocimiento de las categorías que más insisten, dando paso al fichado de temas recurrentes¹² y a la comparación correspondiente entre las fichas.

Para la escritura de memos se desarrollan articulaciones entre conceptos presentados en el marco teórico y datos obtenidos en la aproximación al campo, en razón de los cuales se identifican 4 ejes de análisis que incluyen las categorías consideradas de mayor relevancia para la investigación. Estos ejes son:

- Hospital Escuela de Salud Mental, dispositivo de Hospital de Día como contexto.
- Representaciones de interdisciplina.
- Intervenciones y articulaciones con Acompañamiento Terapéutico.
- Obstáculos y transformaciones posibles.

4.1 Eje 1: Dispositivo de Hospital de Día como contexto.

La selección de la unidad de estudio como un eje que forma parte del análisis resulta necesaria, puesto que se comprende que las categorías enmarcadas en el mismo reflejan íntimas relaciones con la interdisciplina y el contexto que HdD ofrece propicia a su desarrollo de manera particular.

- a. Trayectoria en HESM.

¹⁰ Ver anexo, Cuadro 1.

¹¹ Ver anexo, Cuadro 2.

¹² Ver anexo, Cuadro 3

Respecto a esta categoría todos los entrevistados datan de un recorrido por HESM previo a su llegada a HdD, como tesista o residente -según cada caso- evidenciando conocimiento y experiencia en el contexto. Lo expresan de la siguiente manera:

“Ingresé al HESM como residente en el año 2011, previamente había hecho un pasaje como tesista de mi carrera de grado por HdD y como residente hice una rotación en el primer año de la RISAM, que es una formación de posgrado que se realiza dentro del hospital para distintos profesionales. Por lo cual mi primer pasaje como profesional fue en el marco de la residencia, estuve trabajando un tiempo en HdD y varios años después ingresé como parte del equipo ya de manera estable, en el año 2015 desde cuando estoy trabajando en forma regular”. (Entrevista 1).

“Hace años largos, trabajo desde el año 2008, 14 años hace que trabajo en el HdD y después tengo un año más de concurrencia en otros espacios del hospital; en realidad trabajo en HdD, en consultorios externos y hace 15 años que estoy en la institución”. (Entrevista 2).

“Puntualmente en HdD yo inicié en abril de 2020, justo cuando se inicia la emergencia sanitaria por la pandemia, pero tenía ya conocimiento y acercamiento al dispositivo porque yo hice la RISAM que tiene sede en el HESM y en esos cuatro años de residencia estuve en conexión, o a profesionales del equipo o al dispositivo el Entrevero, que es un emprendimiento que se desprende de HdD y yo participe en el equipo”. (Entrevista 3)

“Hace diez años, primero hice mis prácticas de las carreras, porque soy psicóloga y acompañante terapéutica y después sí, ingrese a trabajar como profesional, diez años hace que estoy con suplencia como trabajadora, después hace un par de años más que estoy también, hace como quince años en el hospital en total”. (Entrevista 4)

“Yo terminé la residencia hace cuatro años, pero desde el primer año de la residencia trabajé en el HdD y siempre mantuve a lo largo de la residencia algún contacto, asique de eso hace ocho años. Actualmente soy suplente y estoy trabajando en el HdD como suplente, ya habiendo terminado la residencia hace cuatro años también, en total son ocho con esa salvedad, que cuatro fueron como residente y con una participación que fue modificándose con el tiempo y cuatro que sí estoy trabajando en HdD”. (Entrevista 5).

En el marco teórico de la investigación se toman los aportes de Stolkiner (2005) desde la cual se entiende la interdisciplina como transformación acerca de la concepción del sufrimiento mental y de la salud, en consonancia el dispositivo de HdD en HESM forma parte de dicha transformación, ya que surge justamente

en sustitución al tratamiento manicomial con el objetivo de evitar la cronificación de los usuarios, apuntando a su circulación y restitución de lazos sociales¹³.

Retomando Stolkiner (1999) se describen los espacios de articulación interdisciplinaria, dentro de estos HdD corresponde a los equipos interdisciplinarios asistenciales, puesto que es un dispositivo que apunta a las acciones y está conformado por distintas profesiones, de las cuales es muy importante la incumbencia de los profesionales que despliegan su práctica en un terreno que no es exclusivamente académico.

b. Propuesta formativa HESM- Residentes.

Esta categoría se encuentra en estrecha consonancia con la anterior dado que siguiendo la cuestión acerca de los espacios de articulación interdisciplinaria -expresada desde Stolkiner (1999)- existen también espacios de investigación interdisciplinaria para la producción de conocimientos, siendo así la RISAM uno de estos espacios, una propuesta formativa sobre la cual los entrevistados se expresan:

“También hay un fuerte acompañamiento en lo que es lo formativo desde el HdD, te lo mencionaba con los residentes, por acá pasan muchos estudiantes, muchos profesionales en formación y eso también tiene que ver con una propuesta del HdD, no es menor”. (Entrevista 1).

“También es un equipo que recibe habitualmente estudiantes, pasantes, practicantes, concurrentes, residentes y eso le otorga también mucho movimiento a la dinámica general de funcionamiento porque nos aporta como otras miradas y solemos estar a gusto de acompañar esas trayectorias, somos un hospital escuela, muchos hemos tenido esa posibilidad y entendemos que también es bueno poder aportar a eso, en general tengo esa perspectiva”. (Entrevista 3).

c. Organización de HdD.

La organización de HdD es una cuestión crucial para entender su funcionamiento y la lógica de trabajo de sus integrantes que retoma ampliamente los lineamientos que esboza la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013) -presentados en el marco teórico- considerando como puntos claves el abordaje múltiple, la inclusión de nuevos recursos o alternativas y el trabajo en equipo, los cuales se reflejan aquí en las palabras de los entrevistados:

“En este momento nosotros tenemos organizativamente como tres líneas, vamos a llamarlo así, hay propuestas que tienen mucho más que ver con lo cultural y lo artístico, hay propuestas que tienen que ver con los emprendimientos laborales y también está lo que es todo el soporte específico de los profesionales

¹³ Ver apartado 3.4.

en entrevistas y seguimiento de las situaciones clínicas, todo hace a la clínica, por eso es una diferenciación ficticia y para organizar las propuestas, lo pensamos de esa manera”. (Entrevista 1)

“La organización se da por una distribución de tareas que por momentos es rotativa dado que somos varios en el equipo, si bien cada profesional se ocupa de su área particular de conocimiento también puede estar abocado a el acompañamiento en otros espacios”. (Entrevista 2)

“Es muy versátil la organización y por momentos puede ser un poco caótica, hay que volver mucho sobre estas cosas que son la base también de la organización y de que la cosa más o menos tenga un horizonte, una perspectiva”. (Entrevista 3).

“En cuanto a la organización planificamos por semana, hay planificadas distintas actividades grupales y además las actividades semanales se manejan por día, diferentes espacios por día. Los viernes tenemos la reunión de equipo que es donde nos encontramos todo el equipo de HdD, donde se van discutiendo las situaciones relevantes en tratamientos individuales que han pasado o que tienen que ver con los emprendimientos”. (Entrevista 4)

“Y bueno el modo de funcionamiento, nosotros tenemos diferentes espacios de trabajo y uno de esos espacios de trabajo es la reunión de equipo que es semanal, todos los viernes, donde vamos construyendo las acciones, lo que nos parece más pertinente, evaluando”. (Entrevista 5)

d. Propuesta singular.

Plantear esta categoría implica considerar la lógica de intervención que mantienen los profesionales en HdD y que se encuentra en íntima relación con el aporte de Flory (2017) que plantea las características de cada sujeto fundamentales para el armado de un dispositivo, que en cada caso será diferente y se observa aquí cuando los entrevistados se expresan acerca de las propuestas en HdD:

“Cuando una persona con algún padecimiento psíquico solicita él/ ella, o es derivada al HdD, lo que nosotros intentamos construir es una propuesta singular de tratamiento, no es que hay un plan de tratamiento para todos igual y eso se revisa permanentemente, porque no hay una forma de hacerlo como plantear un objetivo y ya está”. (Entrevista 1)

“En general intentamos que todo vaya pudiendo acomodarse privilegiando mucho que los usuarios lleguen a esos espacios grupales y en función de eso organizar los abordajes singulares”. (Entrevista 3)

“Se parte un poco de poner realmente en el centro la dificultad y los recursos también que cada usuario que es atendido tiene para enfrentar las diferentes dificultades que se le presentan, pero también los

proyectos de vida que van armando, o sea no solo la dificultad, sino también las potencias y las posibilidades”. (Entrevista 5)

e. Multifuncionalidad.

La presente categoría emerge con reiteración en todas las entrevistas y reviste una característica identitaria del HdD:

“En este momento estoy a cargo de la coordinación desde hace 3 años, la coordinación del HdD es una función que rota dentro de los profesionales del equipo, no es un rol jerárquico sino más bien una función que procuramos que vaya siendo móvil, cada 3 o 4 años hacemos un pasaje de funciones. Yo estoy trabajando dentro de lo que es la coordinación hace 3 años, es una función de gestión que tiene que ver con coordinar el funcionamiento, establecer relaciones entre el dispositivo y otros sectores, organizar la llegada de los estudiantes, el funcionamiento de la casa en sí, pero también realizo mi función específica en psicología como cualquier otro profesional”. (Entrevista 1).

“Las funciones del dispositivo, de los profesionales que trabajan en el dispositivo, si bien hay cuestiones profesionales que son específicas y atañen a lo específico de cada disciplina y que son funciones que se cumplen de manera disciplinar, también hay otras funciones que son rotativas, que van variando en función de las necesidades del dispositivo y de diferentes situaciones que van surgiendo, que se acuerdan de que se pueda ofrecer determinada propuesta terapéutica. Entonces en ese sentido, mi función en el dispositivo tiene que ver con algo propio de la disciplina de la Psicología, en realidad más bien en la práctica del Psicoanálisis, que tiene que ver con la escucha clínica y en el dispositivo analítico que se puede instaurar con la población, con cada uno de los pacientes que llegan al dispositivo. Más allá de eso a lo largo de estos años he ocupado espacios grupales, en este sentido recuerdo que en algún tiempo estuve en el espacio de caminatas y actualmente estoy además en el espacio de grupos de familia, trabajando con los familiares y los referentes de usuarios del dispositivo de HdD”. (Entrevista 2).

“Bueno, yo soy psicóloga, soy una de las psicólogas del equipo y actualmente trabajo en los mini equipos, soy psicóloga de algunas usuarias que concurren a HdD, que en mi caso dado que yo entro por una licencia de una colega, tome la intervención en sus situaciones y además volví a integrar el equipo de salud que acompaña el emprendimiento El Entrevero, que es un emprendimiento productivo en Salud Mental, que funcionaba en la facultad de Trabajo Social y con la pandemia nos hemos reconfigurado. Así que más que nada estoy en eso, en la pata laboral del dispositivo acompañando esos proyectos más grupales y estos otros procesos más singulares”. (Entrevista 3).

“En un primer momento yo arranque como acompañante terapéutico y era acompañamiento a situaciones individuales dentro del dispositivo, por ejemplo, si se necesitaba acompañamiento específico o ir a acompañar, ir a buscar alguna medicación, algo bien puntual. Después fueron intervenciones más a nivel grupal, empezamos en su momento un espacio de paseos como acompañante lo hacíamos ahí, planificábamos semanalmente paseos con cinco usuarios de acá que hacíamos por fuera. Después empecé a intervenir más en lo grupal, porque lo fuerte de HdD son las actividades grupales, ahora en la actualidad estoy acompañando un dispositivo de bufet, El Entrevero, que es un emprendimiento laboral, nosotros funcionábamos antes de la pandemia en la facultad de Trabajo Social, eran siete usuarios y teníamos un buffet allá, culpa de la pandemia cerro la facultad entonces tuvimos que reinventarnos un poco y ahora estamos acá en HdD ya no tanto como bufet, sino lo que hicimos ahora son hamburguesas vegetarianas, saludables, entonces estoy ahí acompañando este proyecto. Además, estoy como psicóloga ahora con entrevistas y casos individuales que estoy siguiendo”. (Entrevista 4).

“Yo soy psicólogo, asique bueno, hago atención de pacientes clínica, además coordino emprendimientos y estoy hace unos poquitos meses formando parte la coordinación del dispositivo junto con otras dos compañeras”. (Entrevista 5).

A partir de estas palabras se retoma Galende (2012) comprendiendo que la configuración del campo de la Salud Mental se entiende como fruto de grandes modificaciones, que repercuten en las disciplinas en acción produciendo cambios en sus formas estructuradas y parcelarias de intervención, conformando espacios de intercambio de conocimientos y de funciones como se observa aquí en HdD.

En concordancia cada entrevistado expresa gran flexibilidad y cooperación en el ejercicio de la multifuncionalidad, lo que da cuenta de algunos de los prerequisites para la interdisciplina postulados desde Elichiry (1978) y además cada uno puede describir cuál es su especificidad de acuerdo a su disciplina, cuestión que siguiendo a la autora es primordial para el desarrollo de la interdisciplina, que requiere especificidad e identidad.

f. Apuesta a lo colectivo/comunitario.

En las palabras de cada entrevistado se identifica esta característica basal de la lógica de trabajo de HdD:

“Entonces son pequeños soportes armados que se van inventando para poder sostener, recuperar, rearmar, algo que después su objetivo es que empiecen a prescindir del HdD, que puedan empezar a circular por otros espacios de la ciudad, espacios productivos para recuperar algo de la dimensión del lazo, eso es lo que intentamos desde todas estas propuestas”. (Entrevista 1).

“Apostamos mucho a lo grupal, a lo colectivo y es esto lo que puede ir variando, pero siempre coordinando las intervenciones y trabajando en equipo mediante comunicación constante y reuniones”. (Entrevista 2).

“En cuanto a la organización intentamos eso, ir compartiendo actividades que hacemos, por ejemplo, dentro del dispositivo funcionan emprendimientos grupales, varios, ahora también el área laboral del hospital que con la pandemia se quedaron sin lugar, porque ese lugar era usado de sala de aislamiento, entonces les prestamos un espacio y medio ya que los adoptamos; y la Pinera que es un emprendimiento que no nos pertenece directamente, ya funciona ahí. Estamos también con varios proyectos de un punto de venta hacia la calle, entonces estamos ahí construyendo un nuevo dispositivo laboral. En HdD funcionan también muchos talleres ligados a lo cultural, a lo artístico y en general intentamos que todo vaya pudiendo acomodarse privilegiando mucho que los usuarios lleguen a esos espacios grupales y en función de eso organizar los abordajes singulares. Nuestra gran apuesta es a lo colectivo, a lo grupal, a ese anclaje más de lo comunitario, entonces desde ahí intentamos proyectar”. (Entrevista 3).

“Todo tiene que ver con un tratamiento, está más lo grupal, más del lado de lo recreativo si quieres, eso de yoga, arte, caminatas y después están los emprendimientos que son con salida laboral, la idea es que el usuario participe del emprendimiento, trabaje, cobre y que pueda tener una salida laboral”. (Entrevista 4).

“Hay también una serie de espacios grupales que van desde talleres hasta emprendimientos socio laborales y un poco en esos espacios de reunión de los viernes vamos definiendo las acciones y la gestión de los dispositivos que vamos inventando”. (Entrevista 5).

Las propuestas que se mencionan aquí fomentan actividades colectivas con anclaje en lo comunitario, van en consonancia directa con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013) que -como se mencionó anteriormente- basa sus fundamentos en la atención integral en salud, haciendo énfasis en facilitar la inclusión social y laboral de los usuarios ofreciendo tratamiento en su ámbito comunitario, cuestiones que se ven sin dudas plasmadas en el funcionamiento del HdD de acuerdo al relato de quienes lo conforman.

4.2 Eje 2: Representaciones de interdisciplina.

La interdisciplina -a partir de lo expresado en el marco teórico- se entiende no es inmediata o instantánea, sino que es necesario para que se dé, de un trabajo grupal donde los participantes sean parte actuante del proceso. El hecho de que los sujetos sean actores y que se requiera un trabajo grupal implica vincularse con otros y todo vínculo o encuentro con otros conlleva en cada uno un trabajo psíquico, procesos de pensamiento en base a representaciones (Kaplan, 2017). Es así que las representaciones, retomando

Laplanche y Pontalis (1996), refieren a una configuración en el interior del aparato psíquico, resultado de percepciones u observaciones presentes o pasadas que evocan la memoria, en ausencia de una idea u objeto guardando relación de similitud con el mismo.

El presente eje entonces radica importancia crucial, puesto que conjuga estos dos conceptos estructurales de la investigación, las representaciones de interdisciplina que se llegan a conocer en el campo por medio de las palabras, en las que se identificaron además distintas categorías producto del análisis sobre las asociaciones que los interrogantes disparan y que implican para los entrevistados hacer presente mediante una reconstrucción algo que no está.

a. Reunión.

El interrogante acerca de si en HdD el trabajo es interdisciplinario evoca directamente la idea de reunión y así lo manifiestan los entrevistados:

“Este equipo particularmente en mi experiencia es un equipo que intenta permanentemente el trabajo interdisciplinario, la conversación, la puesta en común y los acuerdos en relación a la propuesta del tratamiento para los usuarios y las usuarias es un trabajo permanente que nosotros nos damos. Además que, una parte muy importante que hace a eso es la reunión que tenemos una vez a la semana, donde nos reunimos todos los trabajadores del dispositivo y donde se trabajan cuestiones en relación a las situaciones clínicas, a las propuestas que se están haciendo, a todo lo que es el funcionamiento del dispositivo tratando de consensuar miradas y también discutir puntos de vista y poder orientarnos con una misma orientación clínica, más allá de las diferencias interdisciplinarias que son importantes como diferencias, no podemos intervenir todos de una misma forma”. (Entrevista 1).

“Siempre coordinando las intervenciones y trabajando en equipo mediante comunicación constante y reuniones”. (Entrevista 2).

“Tenemos los viernes nuestras reuniones de equipo que intentamos respetar al menos esas dos horas donde todos los profesionales nos encontramos, porque algunos vamos unos días, otros otro, entonces nuestro encuentro presencial suele ocurrir, pero los viernes es un momento donde también retomamos cuestiones que nos atraviesan, desde proyectos nuevos que podemos estar gestionando hasta abordar situaciones más críticas, poder acompañarnos también”. (Entrevista 3).

“Yo no sé si en otros espacios se da, creo que no, pero en este equipo son fundamentales, el encuentro con otros, las reuniones, con otros digo profesionales con los que trabajamos, poder encontrarnos, poder reflexionar y ahí es donde se puede ver la interdisciplina digamos, en que nos encontramos los psicólogos,

los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales, cada uno desde su perspectiva vamos como analizando, cómo proyectando, que es lo que se necesita, también se definen en ese espacio digamos poder llamar a alguien externo, para poder supervisar muchas veces casos puntuales o lo grupal o ahora este mes la supervisión por equipo, del equipo de HdD". (Entrevista 4).

"La reunión de equipo que es semanal, todos los viernes, donde vamos construyendo las acciones, lo que nos parece más pertinente, evaluando". (Entrevista 5).

Es así que se establece esta categoría, puesto que la idea de reunión que emerge lleva directamente a la noción de encuentro, retomando a Kaplan (2017) implica un trabajo a nivel psíquico, trabajo que se da a partir de las representaciones que se configuran permitiendo a cada uno interpretar ese encuentro con otro de manera diferente.

b. Campo de la Salud Mental.

Respecto a esta categoría los entrevistados expresan:

"El trabajo interdisciplinario no es algo fácil, no siempre sucede, si bien nosotros tenemos un discurso común que nos atraviesa que es el campo de la Salud Mental, después está lo específico de cada disciplina y en ese sentido la concepción de sujeto que cada uno tiene puede ser diversa en consideración de lo disciplinar, por ejemplo, yo trabajo desde la práctica del Psicoanálisis y mi concepción de sujeto es la del sujeto del inconsciente, más allá del paradigma de Derechos Humanos ligado al campo de la Salud Mental al cual nosotros apostamos cuando trabajamos con sujetos con grave padecimiento psíquico". (Entrevista 2)

"En general el campo de la Salud Mental es bastante complejo y se nos van presentando situaciones de mucha complejidad y vamos armando y rearmando en función de eso. Entonces esto de lo grupal es muchas veces una apuesta también del equipo a que algo de eso pueda prevalecer por sobre abordajes muy ligados en lo individual, en no poder pensar otros recursos a la hora de pensar también los recursos en salud, que apunten a eso, a espacios también de promoción de salud, desde una mirada más integral que no recorte la Salud Mental de otras perspectivas". (Entrevista 3).

"Siempre se tiene en cuenta la persona, el poder abordar a la persona en su totalidad y no quedarse solamente con las entrevistas individuales, sino que me parece que hay una gran apertura, que todo lo que aporte para que esa persona pueda tener una vida digna digamos, un tratamiento integral, diferente, es bienvenido, me parece que hay una gran apertura a las nuevas disciplinas, a los nuevos tratamientos, eso te puedo decir". (Entrevista 4).

En esta categoría se expone una cuestión de trasfondo, no sólo para identificar las representaciones de interdisciplina sino como base de la investigación que es el campo de la Salud Mental. Se sabe a partir de lo que dicen los entrevistados y desde lo que se ha formulado en el marco teórico es un campo complejo, abarca diferentes dimensiones acerca del sujeto y sus padecimientos, articulando distintas disciplinas para su atención, estableciendo una perspectiva de trabajo particular, desde una mirada integral, en la que subjetividad y ética son imprescindibles.

c. Distintas disciplinas.

Siguiendo desde el marco teórico los aportes de Laplanche y Pontalis (1996) se entiende que dentro del proceso de pensamiento que las representaciones constituyen en el aparato psíquico para hacer presente en la conciencia algo que no está allí -en este caso la representación de interdisciplina en ausencia de la misma- una cuestión que emerge automáticamente en los entrevistados se relaciona con las distintas disciplinas en juego:

“En este momento somos aproximadamente 17 trabajadores de diferentes disciplinas: dos terapeutas ocupacionales, un nutricionista, tres psiquiatras, seis psicólogas de las cuales una es at, una trabajadora social, una at y dos administrativas, estas últimas fundamentales ya que no solo realizan tareas administrativas sino también de coordinación de espacios grupales y de más”. (Entrevista 1)

“La atención es necesario que sea brindada por distintos profesionales del campo de la Salud Mental por lo cual hay varias disciplinas que conforman el equipo: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, acompañantes terapéuticos, hay nutricionista también, Enfermería; esas son las disciplinas y los profesionales que desempeñan su labor de manera estable en el hospital. Uno puede trabajar de otra manera y a pesar de eso sostener el equipo de trabajo, porque ese padecimiento subjetivo es necesario que sea abordado desde otras disciplinas, porque no solo estamos hablando de lo subjetivo, de una vida psíquica sino también de lo social, de lo económico, en lo laboral que hace necesario que otras disciplinas también intervengan”. (Entrevista 2)

De acuerdo a estas palabras se refleja también directamente la cuestión planteada desde Elichiry (1978) que plantea en la interdisciplina evolución en cada una de las ciencias, a través de una producción e integración de conocimientos, que como expresan los entrevistados son resultado de la necesidad de responder a una demanda social más compleja, que contemple en el sujeto diversos aspectos, no solo el psíquico sino también el social, entre otros.

d. Diversificación de la transferencia.

Considerando lo trabajado desde Freud (1915) en el marco teórico las representaciones no son todas iguales, sino que se diferencian entre sí puesto que son diversas transcripciones de un contenido particular, en este caso diversas transcripciones de la interdisciplina y dentro de esa diversidad los entrevistados se expresan respecto a esta categoría:

“Debe haber cierta diversificación de la transferencia como parte de la interdisciplina si se quiere, al menos propiciarla y también muchas veces justamente, me recuerda lo que preguntas a una supervisión que tuvimos la semana pasada, es necesario que esas referencias estén y no estén, poder incluir algo de la presencia y la ausencia, es decir que por eso somos equipo, muchas veces llega a buscar alguien al profesional y el profesional no está, porque el profesional no está siempre”. (Entrevista 1).

“Hoy sin ir más lejos una situación de un acompañante, que el usuario no quiso subirse a la ambulancia, estaba con una situación, al final era una infección urinaria, pero al margen la acompañante dice, ‘sino voy yo, él no quiere ir’, entonces yo le digo ‘bueno vamos a ver’, ella tampoco tiene ese margen de disponibilidad, porque el profesional no está siempre y la acompañante dice ‘no, lo que pasa es que se angustia mucho cuando está en el hospital, el hospital San Martín puntualmente’”. (Entrevista 3).

A partir de estas palabras se muestra que dentro de la configuración de las representaciones de interdisciplina la diversificación de la transferencia es crucial. En consonancia con los relatos de los entrevistados y los aportes de Betti (2012) se comprende que el trabajo en equipo en las intervenciones con sujetos de gran padecimiento psíquico posibilita una redistribución del malestar que allí se genera, es decir favorece a la diversificación de la transferencia.

e. Trabajo en equipo.

Se identifica el trabajo en equipo como fundamental en la configuración de las representaciones de interdisciplina ya que los entrevistados la asocian directamente en su relato:

“Es un equipo interdisciplinario porque todo el tiempo se trabaja en equipo, te contaba esto de las reuniones de los viernes donde nos podemos encontrar con los otros profesionales”. (Entrevista 4).

“Se da como te decía antes, como tenemos reuniones semanales trabajamos en equipo, se dan muchos espacios de conversación entre equipos, entre profesiones”. (Entrevista 5).

El trabajo en equipo a partir de las palabras de los entrevistados refiere a varios de los desarrollos del marco teórico, a saber: al trabajo grupal, sostenido y constante desde Stolkiner (2005); forma parte de los prerequisites para la interdisciplina postulados por Elichiry (1978) y podría relacionarse con el concepto subjetividad transdisciplinaria que plantea Galende (2012) que se entiende como una posición del sujeto en

apertura a las interacciones, debates y relaciones con otras prácticas, fundamentalmente teniendo en cuenta los siguientes dichos:

“Creo que en general hay un acompañamiento desde lo afectivo y un cuidado del otro, entonces hay un clima de trabajo, con sus momentos lógicos de diferencias, de disputas, de plantear conflictos, pero en general hay un clima de trabajo que creo que refleja un intento de trabajo en equipo y en interdisciplina”. (Entrevista 3).

Particularmente el fragmento: *“acompañamiento desde lo afectivo y cuidado del otro”* hace lazo con los aportes tomados de Moscovici (1979) puntualmente con la actitud, una de las dimensiones de la representación que implica la reacción emocional, tal como se expresa en la entrevista.

4.3 Eje 3: Intervenciones y articulación con Acompañamiento Terapéutico.

a. Experiencia con AT.

Para comprender las representaciones de interdisciplina con acompañantes terapéuticos es necesario rastrear en los entrevistados la experiencia con estos profesionales, las que se han manifestado de la siguiente manera:

“Conocía la práctica de los acompañantes por haber sido estudiante de UADER, por haber hecho también una tecnicatura, muchos de mis compañeros también han pasado por la tecnicatura en AT, muchos colegas son docentes de esa carrera y siempre un poco eh estado en contacto con esa práctica. En relación a los acompañantes que han intervenido o intervienen en las situaciones en las que yo trabajo han sido la mayoría estudiantes que han pasado por el dispositivo en otros momentos, asique también hemos construido un lazo, una experiencia previa”. (Entrevista 1)

“Sí claro, porque trabajé años en sala también, así que conocí ahí el trabajo con acompañantes terapéuticos, si bien la tecnicatura tiene pocos años en la facultad, yo comencé en el 2007 /2008, recuerdo haber llevado en ese momento el tratamiento de pacientes que estaban internados y recuerdo que hubo en ese momento, la mayoría practicantes de la tecnicatura, con los que incluí el AT puntualmente en algunos casos, entonces a partir de ahí conozco también hace muchos años. Y mi experiencia re bien, muy buena, la verdad que precisamente en esas situaciones en la que está todo ese arrasamiento subjetivo de la cotidianeidad, de cuestiones muy básicas, es necesaria la inclusión del at y se notan las intervenciones y los logros terapéuticos, ya sea a mediano o a largo plazo frente a ese arrasamiento subjetivo y como de a poco se pueden ir generando ciertos movimientos y siempre trabajando en equipo, teniendo la posibilidad de ir haciendo reuniones, para ir armando estrategias de intervención en ese caso puntual de los usuarios.

He tenido realmente buenas experiencias no solamente con los practicantes, sino también con los profesionales, ambas han sido buenas experiencias”. (Entrevista 2)

“Yo en la carrera durante mi formación de grado no trabajé previamente en equipos donde hubiera acompañantes terapéuticos, cuando me recibí al poco tiempo entre a la residencia y ahí rápidamente empecé a conocer la figura de at, supe de toda la movida política de UADER en relación a poder pensar las incumbencias profesionales, a poder jerarquizar esa función, algo que yo la verdad que desconocía previamente y ahora es cotidiano mi trabajo con acompañantes terapéuticos y la experiencia es súper rica, no sé si puedo decir en todos los equipos, pero en casi todos los equipos en los que intervengo si no estaba ya previamente la figura, muchas veces la pensamos como un recurso sumamente importante y trabajamos codo a codo. En el dispositivo en este momento hay un solo cargo de at y después los demás con quienes trabajamos son gestionados más a través de las obras sociales, de incluir salud, de otros recursos, porque el hospital cuenta con muy poco recurso propio, no sabría decirte cuantos en total en el hospital, pero son muy pocos, muy pocos, para la centralidad que tienen en las intervenciones”. (Entrevista 3)

“Es algo de lo que puedo dar cuenta desde distintos ángulos, con los acompañantes entiendo en HdD que la experiencia es siempre interesante para sumar, para trabajar en equipo y ofrecer al usuario los recursos necesarios. Por otra parte, cuando yo me recibí de acompañante éramos medio los primeros y siempre hubo una apertura del hospital en general te hablo y mucho más en HdD, que es el dispositivo en el que yo me quede, pero siempre hubo una apertura a lo nuevo y me parece que siempre se tiene en cuenta la persona, el poder abordar a la persona en su totalidad, no quedarse solamente con las entrevistas individuales, sino que me parece que hay una gran apertura, que todo lo que aporte para que esa persona pueda tener una vida digna digamos, un tratamiento integral, diferente es bienvenido, me parece que hay una gran apertura a las nuevas disciplinas, a los nuevos tratamientos, eso te puedo decir”. (Entrevista 4)

“Si conocía de la práctica de los acompañantes terapéuticos, de que se trata, de la importancia y necesidad en ciertos casos, pero siempre desde el hospital, haciendo la residencia trabajé en sala de internación y diferentes dispositivos del hospital donde trabajé con acompañantes; en el consultorio privado pensando rápidamente, no he trabajado con acompañantes, desde el hospital sí, incluso en otras instancias. Me parece que en general mi experiencia ha sido muy buena, creo que es muy valioso el trabajo del acompañamiento en diferentes situaciones, eso también teniendo en cuenta que el dispositivo en general es un dispositivo que piensa y trabaja sobre el lazo social de las personas, entonces en general si bien las prácticas se dan en el marco de un hospital, siempre están pensadas en relación al afuera del hospital y al circular cotidiano, comunitario, de las personas que se atienden. Ese lazo con lo cotidiano por fuera del

hospital y con lo comunitario de las personas, me parece que en relación a eso es que es muy importante la función del at". (Entrevista 5)

Los relatos reflejan experiencias en las que los profesionales hacen lazo, trabajan en equipo, codo a codo, colaborando al tratamiento integral, lo cual se relaciona con la idea de red planteada por la autora Frank (2017) que refiere a un sostén que sirve tanto al paciente como a los profesionales intervinientes en la práctica y el intercambio de saberes como se observa aquí.

Retomando los aportes de Moscovici (1979) se podría entrever en estas experiencias una de las 3 dimensiones de la representación, la que corresponde a la información, dado que la experiencia con acompañantes terapéuticos es una parte fundamental de lo que los entrevistados conocen sobre esa práctica y contribuye a cómo configuran sus representaciones de interdisciplina. Los relatos respecto a esta categoría son explicaciones que se forman las personas sobre la realidad, en sus relaciones cotidianas, en este caso respecto a los profesionales del AT.

b. Criterios de inclusión para AT.

Esta categoría se presenta como central puesto que replica uno de los objetivos de la investigación y de acuerdo a los relatos de los entrevistados se da de la siguiente manera:

"Son situaciones de muchísima complejidad y fragilidad en relación al lazo, entonces la figura del at en un dispositivo como el HdD se transforma en parte fundamental. Nosotros acá tenemos dos acompañantes, pero también lo que más enlazamos son acompañantes en forma particular por la obra social o por Incluir Salud, que es el beneficio que tienen los usuarios y las usuarias que tienen pensiones, esa articulación es con acompañantes que no son parte estable del equipo del HdD, pero que sí son parte fundamental de los mini equipos en el acompañamiento de los usuarios. Y después un poco está formándose su función, pero a mi particularmente lo que me pasa con el trabajo de los acompañantes es que muchas veces me aporta una mirada de lo cotidiano, de lo que pasa en la casa cuando llega a buscar al usuario que es súper rico para pensar qué pasa ahí. Si bien este equipo es un equipo que sale mucho del dispositivo a las visitas domiciliarias, a hacer actividades por fuera del hospital con los usuarios, pero esa intimidad que a veces logra conocer el acompañante es algo que no llegamos a conocer sino es a través de ellos y desde el inicio se transforma en un rol muy importante". (Entrevista 1)

"Si bien los criterios como tales varían en el caso por caso y la singularidad de cada usuario, porque el acompañante viene a cada caso por una cuestión diferente, se evalúan las situaciones, se solicitan quizás los acompañantes en usuarios en los que se dificulta la llegada a la institución o en los que les es difícil sostener los espacios por particularidades propias de los que asisten, que tienen dificultades con el lazo

social, un debilitamiento en ese sentido, que hace que se vea afectada la circulación del usuario por ciertos lugares y necesitan esa llegada más allá del hospital”. (Entrevista 2)

“En general cuando pensamos un acompañante puede tener que ver con que la persona no está pudiendo llegar a algunos espacios, que son quizás claves para pensar ese abordaje en Salud Mental o porque quizás pensamos que es importante llegar a ese domicilio de forma un poco más frecuente, para ir trabajando cosas que se presentan ahí, ya sea porque la usuaria o el usuario vive sin otros, vive solo y quizás poder pensar ahí una figura de acompañamiento, a restituir algunas tareas que tienen que ver con la cotidianeidad y poder pensar esos apoyos. A veces cuando si hay otros convivientes, pensar algo de lo que se da ahí en esos vínculos y muchas veces con habitar otros espacios sociales, quizás al hospital llegan, pero hay dificultad para poder llegar a otros espacios y poder ampliar a veces cierta trayectoria, cierta circulación en lo social. Entonces muchas veces pensamos un acompañante desde esa perspectiva más ligada a proyectar otros objetivos”. (Entrevista 3)

“Bueno la inclusión de un acompañante siempre tiene que ver con el momento, el momento que este del tratamiento la persona, si se necesita esto que por ahí se ve mucho de que no llega, no llega particularmente acá o son pacientes que quedan muy encerrados, siempre ahí se busca la inclusión de un acompañante en todo lo que tiene que ver con la llegada a los tratamientos y para que los tratamientos sean posibles, en esos casos así graves de aislamiento o de encierro, de dificultad con el lazo”. (Entrevista 4)

“Pienso rápido ahora hablando con vos, sería en relación a esas tres cuestiones: esa soledad asociada por ahí alguna pobreza en los vínculos, la dificultad para circular por espacios comunitarios distintos a los del hospital y esta dificultad también para articular con otras organizaciones o instituciones comunitarias, que es parecido pero distinto a lo que te decía antes, son como tres motivos para pensar la incorporación. A veces pienso que el acompañante es una figura que es muy interesante cuando hay situaciones familiares complejas, la introducción de a veces otra presencia, una terceridad en esos circuitos familiares, también es interesante pensar su incorporación”. (Entrevista 5)

Estos dichos resultan en concordancia con los desarrollos tomados en el marco teórico de Rossi (2013) y Flory (2017) acerca del momento o las condiciones para incluir el recurso de AT, coincidiendo en que son casos que lo requieren por sus particularidades y complejidad, tal como lo detallan los entrevistados.

Se ha observado en estos relatos gran recurrencia para la inclusión del AT de cuestiones como la llegada a la institución, a los tratamientos o la circulación y sostenimiento algunos espacios, lo cual trae a cuenta los desarrollos tomados de Rossi (2013) desde donde como se observa aquí la propuesta del at es desde un

lugar diferente, funcionando como mediador entre el usuario y el equipo, el usuario y la familia o el usuario y otros espacios, facilitando el acceso del sujeto a determinados lugares, en un trabajo de armado de redes y que mediante el sostén de esas intervenciones para la reinserción social del sujeto.

c. Reciprocidad.

Esta categoría se presenta de la siguiente manera:

“Pienso también en que sea de las dos partes, que el acompañante pueda habilitar a cuando no está seguro de algo poder hacer uso de reunirse con el equipo y el equipo también poder dar lugar a eso, que lo que sucede muchas veces que son tantas situaciones y tan complejas que algo de eso se pierde, ahí entonces aparecen las dificultades”. (Entrevista 1).

“Entonces en ese sentido es muy importante que el at pueda estar en comunicación con los otros referentes, pero que también esto sea un trabajo de ida y vuelta, que los otros referentes del equipo también puedan estar integrando al at, no caer de un lado ni del otro este obstáculo”. (Entrevista 3).

Resulta muy interesante esta cuestión en cuanto a la reciprocidad, se establece como estructural en las representaciones de interdisciplina con acompañantes terapéuticos dado que refleja la disposición que es necesario tener a la interdisciplina -favorable o no- que da cuenta de la actitud, una de las dimensiones de la representación según Moscovici (1979).

La reciprocidad es también uno de los prerrequisitos que Elichiry (1978) establece para la interdisciplina.

d. Articulaciones.

El interrogante acerca de si hay articulación entre psicólogos y acompañantes terapéuticos apunta a sumar sobre las percepciones de los profesionales, para conocer más acerca de la configuración de las representaciones de interdisciplina en ese encuentro y arroja lo siguiente:

“Si, es justamente algo que siempre se apuesta que pase en la mayoría de las situaciones que yo puedo escuchar de lo que es el tratamiento acá, en mi experiencia como psicóloga de espacios de tratamiento que se incorporan acompañantes eso ha estado siempre; las situaciones que yo puedo pensar ahora que están incluidos acompañantes participan, ya sea de forma presencial o telefónica de la reunión semanal, ya sea que llegue el acompañante con el usuario al dispositivo, poder compartir lo que ha sido la semana de trabajo o cuando hay una dificultad que el acompañante o la acompañante pueda comentar lo que está pasando y que pensemos en conjunto, eso es algo de lo que pensamos acá en el dispositivo, que el

acompañante sea parte del equipo, es parte del equipo. Esta línea de intervenciones más consensuadas tiene que estar siempre”. (Entrevista 1).

“A mí me parece que si, al menos mi experiencia ha sido buena, en general con los acompañantes, tanto con los ya profesionales como con los practicantes en general ha sido buena la experiencia de trabajo con ellos, al menos de manera ordenada, he tejido redes como para poder trabajar en equipo y que se constituya un espacio de diálogo, de intercambio, de encuentro, en donde podamos ir trabajando el caso por caso, las intervenciones necesarias puntuales en cada uno de los casos, diferentes en función del sujeto. Siento que he tenido la posibilidad, que ese trabajo interdisciplinario en equipo ha estado a lo largo de estos años, en los diferentes momentos que me ha tocado y me toca trabajar con acompañantes terapéuticos presentes”. (Entrevista 2).

“Mira, en tanto yo entiendo que tenemos que poder trabajar en equipo, creo que es fundamental poder conocer, estar articulados respecto cuales son las actividades, si la persona está o no llegando, que cada tanto podamos conocer cómo es la situación en el domicilio, si fuera ese el ámbito de intervención o poder estar sistemáticamente en articulación o en comunicación; a veces a través del teléfono, a veces en reuniones, a veces en espacios de supervisión, es algo que nosotros permanentemente generamos, estas instancias de encuentro, pero que cuando algo de eso no está facilitado por muchas circunstancias, puede verse un poco interrumpido el trabajo en equipo, que en principio es nuestra perspectiva y así intentamos trabajar, al menos yo intento eso, no intento, pensamos que es un recurso más dentro de los equipos”. (Entrevista 3).

“Mucha, yo lo trabajé mucho en mi tesis, en relación a la psicosis más que nada, puntualmente en la psicosis yo decía esto, que para mí, hoy por hoy no hay tratamiento posible en la psicosis y en estas problemáticas así graves, sino sumamos un al al equipo, por eso que te mencionaba de que el acompañante aporta un montón de otras cosas, que tienen que ver con el día a día del paciente, que por ahí al consultorio no llegan o el paciente mismo no lo puede mencionar así, por ahí con el acompañante sí y eso es un material súper rico, para después poder trabajarlo de otros modos”. (Entrevista 4).

“A mí me parece que es muy rico este intercambio, permite pensar muchas cuestiones, un poco también asociado a esto que te decía, que un poco la escucha en el consultorio a través de ese encuadre permite muchas cosas, pero también es un recorte y que en ese diálogo con otro profesional que está interactuando con esa persona en otras situaciones, emerge mucha riqueza ahí, en esa escucha o en esos aportes que pueden traer, en relación a lo que sucede en la vida cotidiana de la persona y a la vez el registro de cómo las intervenciones, no sé si del psicólogo pero del propio acompañamiento, van generando algún efecto en

esa cotidianidad del usuario, es muy interesante en ese sentido me parece que es muy rico el intercambio y el aporte que trae la mirada del acompañante”. (Entrevista 5).

A partir de estos dichos puede observarse que las percepciones de los entrevistados se acercan a los aportes de Moscovici (1979) desde donde se entiende que las representaciones pertenecen a alguien -en este caso a profesionales psicólogos- y mediante ellas como forma de conocimiento se ubican en lo que conocen, a partir de su experiencia en la interdisciplina con acompañantes terapéuticos, en un encuentro con otros.

e. Puntos en común.

Dentro de las entrevistas se identifica esta categoría como interesante puesto que permite a los entrevistados situarse en un lugar de paridad respecto a otros profesionales, que sin dudas influye en sus representaciones de interdisciplina y permite ver aquí cuáles son sus percepciones al respecto:

“Si, hay puntos en común, yo creo que la dimensión de la escucha, de la escucha respetuosa, de la escucha atenta, de también establecer ciertos límites, es el principal desafío que tienen los acompañantes, poder estar compartiendo algo, muchas veces en la cotidianidad hay un compartir en relación a lo propio, pero tiene que haber ahí un cuidado de lo que se comparte. Me parece que ese punto es el principal desafío de los acompañantes, no compartir todo lo que tiene que ver con su intimidad, que haya una diferencia entre esa paridad, de ese estar cerca cuerpo a cuerpo, hay cuestiones que pueden ser complejas y me parece que ahí, poder establecer cierta distancia, cierto cuidado, poder cortar a tiempo; que es algo que a los psicólogos se nos facilita más porque es otro encuadre, pero en términos de la escucha y de poder estar atentos a pescar cuestiones relevantes de lo que le pasa al otro son prácticas que tienen cosas en común”. (Entrevista 1).

“Me parece que lo que sería punto en común tiene que ver con la escucha, también con otras disciplinas que conforman el campo de la Salud Mental. Entiendo que el at hace un trabajo más en la cotidianidad del paciente, más cuerpo a cuerpo en la patología grave, pensando particularmente en el sujeto psicótico donde está arrasado el lazo social, donde predomina todo lo que tiene que ver con la introversión y el aislamiento y el acompañamiento tiene más que ver con ese trabajo de estar allí en la cotidianidad, en el día a día para ir armando todo lo que estaba arrasado. La función en ese punto me parece que pueden tener intervenciones que puedan acercarse, pero no sé si semejanzas, creo que son intervenciones diferentes, pueden encontrarse en el día a día, pero son intervenciones diferentes y que también son diferentes cada una de las disciplinas, es diferente mi intervención a la del at, también a Terapia Ocupacional, a Trabajo Social, si bien algunas cosas nos podemos aunar o nuclear o tener miradas en común, hay cosas que son específicas, que nos diferencian”. (Entrevista 2).

“En relación al AT y la Psicología pienso esa función del estar como intervención, el hecho de una presencia que puede alojar algo en términos de una escucha receptiva, que pueda ser respetuosa de las temporalidades de ese otro, que pueda hacer esa lectura en términos clínicos de que necesita ese otro para poder llegar a ciertos lugares o poder transitar ciertos malestares, creo que es mas eso, una función de presencia”. (Entrevista 3).

“Si, lo que es el trabajo en equipo sumamente necesario, eso me parece que es como lo fundamental de una práctica y la otra, trabajar en conjunto. Me parece que el acompañante aporta muchísimo a un tratamiento, que por ahí desde la práctica psicológica no se alcanza a vislumbrar todo acerca de una persona, el acompañante aporta mucho lo que tiene que ver con el contexto, la familia, interviene en campo, si bien el psicólogo es quien escucha todo eso, el acompañante trae un material mucho más rico para el momento de abordar un caso”. (Entrevista 4).

“Si, yo creo que sí, me parece que hay algo, similitudes y diferencias también, me parece que las lecturas que pueden ser compartidas, que pueden construir en equipo, acompañantes, psicólogos y otras disciplinas del espacio de trabajo. Y me parece que bueno, las diferencias estarían más en los espacios de intervención, en los espacios y los tiempos de intervención, supongo que el del acompañante se da más en la vida cotidiana del usuario acompañado y la del psicólogo un poco en ese artificio que son las condiciones del consultorio. Pero creo que sí, que desde el punto de la lectura y de la orientación de las intervenciones, que si bien son distintas, la orientación a partir de una lectura clínica de las situaciones si puede ser similar, puede ser compartida, refiriendo a lo que se puedan construir juntos en estos espacios de construcción y de pensar las problemáticas y los discursos con los que cuenta el usuario para lidiar con eso que se presenta como problemático en su vida. Hay como la lectura a partir de poner en discusión saberes, incluso desde marcos teóricos que pueden ser distintos, pero a partir de ese espacio de conversación y llegar a algunos acuerdos que orienten la intervención”. (Entrevista 5).

De acuerdo a lo que se expresa los entrevistados perciben como puntos en común aspectos como la escucha, la presencia y el trabajo en equipo. Se muestra coincidencia en que lo fundamental es acordar intervenciones en una misma dirección, lo cual se vincula a lo desarrollado desde Flory (2017) según la cual las propuestas de intervención varían acorde a cada caso, pero la dirección de la cura no y como reflejan los entrevistados es lo que sostiene al equipo, una construcción que apunta a generar algún cambio en el sujeto, a interpelarlo de alguna manera para producir cierta transformación desde la práctica de cada profesional con diferentes estrategias.

Estas percepciones respecto a los puntos en común entre las practicas ponen en manifiesto lo expresado desde Stolkiner (2005) acerca del poder. Que los entrevistados al mismo tiempo que expresan similitudes,

manifiesten las diferencias entre las profesiones y con ello las limitaciones de cada una, refleja que hay un poder en juego, donde la competencia de cada disciplina es una forma de poner en acto ese poder y reconocer los límites en cierta manera lo recorta.

4.4 Eje 4: Obstaculizaciones y transformaciones posibles.

a. Exceso como obstáculo.

Respecto a esta categoría los entrevistados se expresan en coincidencia:

“Hay que decir que sucede muchas veces que son tantas situaciones y tan complejas que algo de eso se pierde, ahí entonces aparecen las dificultades”. (Entrevista 1).

“Si tuviera que hacer un ejercicio más de reflexión sobre mis dificultades en esos momentos, para pensar después que puede pasarle a otros, a veces tiene que ver con cierto exceso en la tarea. Así y todo creo que eso de estar en varios espacios y a todos nos pasa un poco eso en el hospital en general, es muy raro que un profesional esté abocado a un único dispositivo, entonces eso complejiza la tarea, también la diversifica y nos gusta, sino sería todo mucho más cuesta arriba. Hay algo de la diversidad que también creo que muchos elegimos y bueno, después a veces se nos vuelve un poco en exceso”. (Entrevista 3).

“A ver estoy pensando, mira no sé, no sé si específicamente en relación a si el laburo es interdisciplinario o no, puede haber momentos de descoordinación o de diferencias de criterios, donde hay algo de esta comunicación y de esta construcción conjunta que quizás pueda fallar y en ese sentido creo que algo que puede determinar que eso pase es una característica o una dimensión de exceso, que muchas veces se nos juega a quienes trabajamos acá, que hacemos muchas cosas distintas y en tiempos que quizás son acotados. Entonces si bien en general si, al compartir el dispositivo hay bastante tiempo que compartimos juntos entre compañeros, entre trabajadores, pero a la vez puede que haya algunos desencuentros y que la cuestión más cotidiana se nos pierda un poco”. (Entrevista 5).

Si se retoma el desarrollo sobre representación desde el recorrido que Yacuzzi (2017) hace de la obra freudiana queda claro que el desarrollo y formalización de la noción está enlazada al lenguaje. En ese sentido, se podría pensar que es justamente por asociación lingüística que los entrevistados expresan esta cuestión del exceso como parte de sus representaciones de interdisciplina con acompañantes terapéuticos.

b. Obstáculos interinstitucionales- intersectoriales.

En relación a esta categoría los relatos son los siguientes:

“Pienso en las articulaciones con otros sectores porque es lo que más aparece como obstáculo, por ejemplo, que un paciente se interne y que el resto del equipo no esté al tanto de eso. Entonces ahí hay una intervención que es fragmentaria, en términos de lo que se viene trabajando como orientación clínica de ese tratamiento”. (Entrevista 1).

“Lo obstáculos me parece son a nivel más allá del profesional, a nivel de la institución, hay otros obstáculos administrativos burocráticos que hacen que esas intervenciones se dilaten en el tiempo, que no se puedan realizar, que un at no se incluya en el momento en el que tiene que incluirse y entonces eso produce pérdida en el tratamiento, afecta particularmente a ese sujeto que es frágil, rudimentario, que era necesario justamente en un determinado momento, por determinadas circunstancias, se pueda incluir el profesional at y la obra social u otro tipo de dificultades hacen que esto se dilate, que no se dé”. (Entrevista 2)

“Pienso que no es fácil la articulación interinstitucional tampoco, en esto de pensar otros actores relevantes que no sean solo del hospital o de lo sanitario y bueno, muchas veces en ese terreno aparecen dificultades, pero hacemos con eso”. (Entrevista 3).

Se observa a partir de estos dichos que la identificación de obstáculos en cuanto a la interdisciplina resulta en relación a fallas en la comunicación, cuestiones burocráticas o desarticulaciones; lo que se refleja al momento de representarse la interdisciplina para los entrevistados es en un trabajo de evaluación referente al encuentro con otros profesionales, donde quedan expuestas las posturas y reacciones de cada uno, lo cual podría bien pensarse como lo postulado antes desde Moscovici (1979, p.45)¹⁴.

c. Obstáculos profesionales.

En relación a esta categoría los entrevistados manifiestan:

“Y en lo particular del profesional dependerá de cada uno de esos acompañantes terapéuticos, de los otros profesionales del campo de la Salud Mental que conforman a ese equipo y que atienden a ese sujeto, para ver si pueden conformar equipo. A veces sucede que el at aparece como en los dos extremos: ceñirse mucho a las indicaciones o intervenciones que puedan venir del lado del psicólogo, del psiquiatra, de la obra social, digamos de otras disciplinas del campo de la Salud Mental; o aparecer en la vertiente contraria de trabajar como solo, que no siempre pasa. A veces pasa, no para generalizar, a lo largo de mi experiencia he tenido buenos intercambios, buenos encuentros y otros casos no, sin compartir las

¹⁴ Ver cita en cap.2, apartado 2.2, p.19.

intervenciones, sin incluirse o querer incluirse en lo que es el diálogo con otros profesionales, pero esto ha pasado en muy pocos casos”. (Entrevista 2).

“Me parece que hay veces que pueden estar ligadas al mismo trabajo en equipo, ya que no necesariamente siempre hay equipos articulados y a veces los acompañantes terapéuticos se suman a una configuración de equipo que es preciso tal vez anudar mejor. Muchas veces también la función de at ayuda a establecer esos puentes, cuando otros profesionales que intervienen en las situaciones no pertenecen a la misma institución. Entonces esto lógicamente hace que bueno, las dificultades en las articulaciones sean mayores o requiera de otra disposición”. (Entrevista 3).

“Un obstáculo también puede ser cuando el acompañante no trabaja en equipo, es algo que nos pasó puntualmente así y fue terrible, no podíamos trabajar porque el acompañante tomaba sus criterios y nosotros como equipo pensábamos otros criterios para trabajar y ahí la interdisciplina o el trabajo en equipo no estaba siendo posible”. (Entrevista 4).

Retomando a Galende (2012) es inherente al trabajo con otros sujetos que emerjan situaciones de desencuentro como las que expresan los entrevistados, dan cuenta de la subjetividad puesta en juego en la interdisciplina. La complejidad que caracteriza las situaciones a abordar requiere reorganización en la configuración de las disciplinas y que los expertos en las mismas tomen posiciones de apertura al dialogo con otros saberes o disciplinas para debatir y construir interdisciplinariamente, dispuestos también -como se observa aquí- a enfrentar las dificultades que esa construcción implique.

d. Condiciones laborales precarias.

Esta categoría se presenta de acuerdo a los entrevistados de la siguiente forma:

“Creo que sí, la modificación tendría que ver con esto de lo que hable antes, vendría por el lado de eso burocrático administrativo que se presenta como obstáculo, que el acompañante tenga el reconocimiento y las condiciones laborales necesarias para realizar sus intervenciones de manera fluida, ya que si eso no se da así repercute directamente en los usuarios”. (Entrevista 2).

“Otra dificultad tiene que ver con condiciones laborales de los acompañantes que siguen estando en el sistema de salud nuestro muy precarizadas esas condiciones y esto genera muchas veces desgaste en el ejercicio cotidiano de los compañeros y eso también puede tornarse un obstáculo a la tarea. Cuando los medios para transportarse, cuando los contextos de intervención, cuando como digo muchas veces los equipos de salud no están en condiciones de poder pensar articulaciones, eso lleva muchas veces a obstáculos en la función del at y mucho de esto puede desprenderse de las condiciones de trabajo precarias,

informales y de no reconocimiento desde lo salarial y desde lo simbólico muchas veces también”. (Entrevista 3).

“Después sí, hay algunas cuestiones que tienen que ver con las condiciones en las que sucede el trabajo del acompañante que nos excede muchas veces, no les pagan, demoras en los pagos, cuestiones que son quizás externas al trabajo pero lo determinan. Eso ha pasado muchas veces en cuestiones del trabajo con acompañantes, que las obras sociales demoran los pagos, que los acompañamientos se tiene que interrumpir porque no cobran, eso es parte y me parece que hace a las condiciones de posibilidad de un laburo, pero bueno ya sería por fuera de la articulación entre los equipos”. (Entrevista 5).

A partir de estos dichos se dejan entrever la complejidad del campo de trabajo, se observa en las problemáticas que requieren una transformación o evolución interna de las ciencias como se expresaba desde Elichiry (1987). Lo complejo del campo se encuentra también en las condiciones laborales precarias, las cuales influyen de forma directamente proporcional en el desempeño del profesional, en sus intervenciones y en la disponibilidad al trabajo interdisciplinario.

e. Transformaciones.

Esta categoría conduce a los entrevistados a pensar reflexivamente su práctica con otros:

“No, considero que es en la mayoría de los casos un trabajo que se da de forma articulada y en las ocasiones que no sucede no responde a una característica común de los acompañantes que precise ser revisada o modificada, sino a cuestiones más personales del profesional que pueden darse en el equipo con cualquier profesional”. (Entrevista 1).

“Creo que sí, la modificación tendría que ver con esto de lo que hable antes, vendría por el lado de eso burocrático administrativo que se presenta como obstáculo, que el acompañante tenga el reconocimiento y las condiciones laborales necesarias para realizar sus intervenciones de manera fluida, ya que si eso no se da así repercute directamente en los usuarios”. (Entrevista 2).

“Claramente sería sumamente interesante en muchos dispositivos del hospital y fuera del hospital, ni hablar en un dispositivo como HdD, contar con más acompañantes terapéuticos. Si hay algo de la función del acompañar en lo cotidiano y en la cuestión del lazo y en el acceso a otros bienes y otros derechos que a veces estuvieron restringidos. Bueno eso, los acompañantes tienen muchísimo para aportar y estaría buenísimo que formen parte de un plantel como decimos talleristas”. (Entrevista 3).

“La verdad si, esto fundamentalmente, seguir trabajando o trabajar más finamente el trabajo en equipo, si bien se trabaja en equipo, pero reforzar eso, ese trabajo; que no siga pasando que un acompañante se corte solo, por ejemplo”. (Entrevista 4).

“Mira, no sé, yo creo que mientras este esta coordinación en las lecturas, en la organización del trabajo, este espacio de reuniones y de conversación sobre lo que cada uno o una va viendo y pensando, me parece que ese es el momento indicado para la articulación, el tema es cuando falla. Estoy pensando ahora conversando con vos en situaciones donde realmente hay algo de eso, que o se espacian mucho los encuentros, o ligado a la disponibilidad de tiempo también, que a veces se nos complica organizarnos, encontrarnos, pero me parece que no, que si funciona de esa manera, tampoco no como al fijo, no como todos los viernes vamos a encontrarnos, sino en función de la necesidad del encuadre y de los acuerdos que se puedan hacer entre los que forman parte del equipo y las necesidades que se van experimentando ahí, pero me parece que no, que es eso, ese espacio de encuentro, de articulación y de pensar juntos el laburo creo que es como la base”. (Entrevista 5).

Teniendo en cuenta estos dichos y lo esbozado en el marco teórico desde Moscovici (1979) queda evidenciado que las representaciones se configuran en el intercambio social, intercambio que en este contexto tiene como fundamento el desafío que la interdisciplina plantea a los profesionales y sobre la que cada uno tiene sus propias observaciones o percepciones por medio de las cuales incorpora en su interior lo que sucede en el exterior. Es así que, como resultado de ese proceso se observan aquí diferentes representaciones de interdisciplina acerca del trabajo con acompañantes terapéuticos y de lo que es necesario revisar en dicho trabajo, que va desde mejoras en condiciones laborales hasta la fundamental necesidad de mantener y reforzar el trabajo en equipo, la articulación para la interdisciplina.

Capítulo 5.

5.1 Conclusiones.

En este punto del recorrido que significó esta investigación se pueden elaborar algunas conclusiones finales, para ello es imprescindible recuperar el interrogante central que fue guía en este proceso:

¿Qué representaciones de interdisciplina construyen los psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos en el Hospital de Día del HESM?

Se entiende que en relación a este interrogante son centrales los ejes que se han abordado para realizar el análisis en la investigación, de acuerdo a los cuales se encuentran los datos más significativos al momento de concluir:

El HdD como contexto es un punto crucial dado que imprime en su dinámica de trabajo y en quienes lo conforman una lógica que apunta a la interdisciplina, que los profesionales respetan como condición en su trabajo. En concordancia a los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2013) el espacio de trabajo en HdD posibilita el intercambio, la formación, el debate y el enriquecimiento de las diversas disciplinas que se encuentran formando equipo.

HdD es un dispositivo que da un marco a las prácticas de los profesionales, pero no un marco cualquiera, sino que enmarca en las representaciones de interdisciplina que los psicólogos expresan. El dispositivo posee características propias como la multifuncionalidad, con eje en el reconocimiento de cada sujeto y sus singularidades, pensando una propuesta acorde a las mismas en cada caso, siempre favoreciendo los intercambios con la comunidad y la restitución de lazos sociales.

En el trabajo con acompañantes terapéuticos los profesionales dan cuenta de representaciones de interdisciplina coincidentes. Al momento de verbalizar sus experiencias producen una articulación simbólica que enlaza diversos elementos por asociación y que implica una traducción diferente en cada caso, pero a su vez en conexión. Entre las representaciones aparece con mayor fuerza la interdisciplina como reunión, como un espacio de encuentro con otros profesionales, de organización, discusión, debate y acuerdos para coordinar nuevos proyectos, a través de la conversación y la puesta en común.

Dentro de las representaciones que los profesionales configuran emerge directamente asociado a la interdisciplina el trabajo en equipo, en el que se da un encuentro entre profesionales al que los mismos prestan predisposición con una actitud que propicia y colabora a la interdisciplina. Dado que el encuentro es también entre distintas disciplinas, cada una mantiene especificidad en su área y a partir de allí, los profesionales intervienen en diferentes formas, siempre en pos del trabajo en equipo.

Las representaciones de los psicólogos coinciden en que la interdisciplina con acompañantes terapéuticos y con otros profesionales posibilita la diversificación de la transferencia, cuestión imprescindible en un espacio como HdD, puesto que los sujetos que asisten se caracterizan por un gran padecimiento psíquico que precisa ser alojado por los profesionales y a lo cual la interdisciplina favorece permitiendo una distribución de ese malestar que el trabajo puede ocasionar.

Las representaciones de interdisciplina de los psicólogos describen como posible la articulación interdisciplinaria con acompañantes terapéuticos. Las experiencias de los profesionales concuerdan en su mayoría en un conocimiento y reconocimiento del recurso del AT como importante para los sujetos que asisten a HdD, entendiendo que la inclusión de los acompañantes se da en casos de debilitamiento o dificultades en el lazo social, para facilitar la llegada a la institución, sostener espacios en la misma o facilitar el acceso y circulación en otros espacios, y en lo cotidiano como terceridad.

Los psicólogos identifican que es fundamental ofrecer atención en diversos ámbitos de la vida, en los cuales el at realiza un trabajo que describen como necesario, cuerpo a cuerpo, con quien es posible tejer redes, coordinar intervenciones y trabajar en equipo. Además, sitúan que las prácticas tienen ciertos puntos de encuentro como la escucha o la presencia que se ofrece al usuario desde la lógica del Psicoanálisis, con el respeto por la singularidad y el deseo. Arrojan también diferencias, las que radican en la especificidad disciplinar de cada profesional, pero siempre con intervenciones que pueden coincidir en favor del tratamiento del sujeto.

De este modo a partir de lo anterior se corrobora el supuesto de la investigación, según el cual en los abordajes interdisciplinarios se imprimen coordinadas y construcciones propias de cada profesional, que reflejan sus modos de entender la realidad e inciden en su intervención, en la mirada sobre otras prácticas y que se visibiliza en las representaciones de interdisciplina expresadas. En intervenciones de psicólogos con acompañantes terapéuticos la práctica de estos últimos no solo es un modo de poner en lo cotidiano el discurso psicoanalítico, sino que se ha observado que el acompañante es un profesional con posición autónoma.

El campo de la Salud Mental esta para los profesionales asociado a la interdisciplina y la enmarca, es desde donde comprenden la complejidad de las demandas que exigen multiplicidad de recursos para abordar al sujeto en su totalidad. En este aspecto la interdisciplina implica obstáculos y transformaciones.

En los obstáculos los entrevistados ubican cuestiones profesionales que varían de acuerdo a cada profesional y cuestiones institucionales como la articulación con otros sectores o instituciones. Se observa que la mayor coincidencia en cuanto a los obstáculos se relaciona, por un lado, con las condiciones de

trabajo precarias de los acompañantes terapéuticos que repercuten directamente en su desempeño y, por otro lado, con el exceso como consecuencia de la complejidad de las demandas y de la multifuncionalidad propia del dispositivo. Las transformaciones se ubican en torno a las condiciones laborales de los acompañantes que precisan ser mejoradas y en relación a la necesidad de reforzar la articulación para fortalecer y mantener el trabajo interdisciplinario.

Las representaciones de interdisciplina con acompañantes terapéuticos expresan una articulación posible entre estos profesionales. Por una parte, dan cuenta del trabajo cognoscitivo que en cada uno supone ese proceso, mediante el cual los profesionales toman conocimiento de lo que experimentan y observan en las intervenciones con otros, un intercambio que sin dudas es social y que Moscovici (1979) describe como: “El traspaso del exterior hacia el interior, el traslado desde un espacio alejado hacia un espacio cercano son operaciones esenciales de este trabajo cognoscitivo particular” (p. 38).

Por otra parte, pero en indisociable relación, se llega a comprender y asimilar en el interior del psiquismo ese encuentro entre profesionales por medio de un trabajo psíquico, a través del cual cada sujeto inscribe la experiencia de manera singular, de modo que la significa o interpreta y posteriormente puede expresarse en referencia a la misma, en palabras de Moscovici (1979): “su naturaleza de proceso psíquico, apto para volver familiar, situar y hacer presente en nuestro universo interno lo que se halla a cierta distancia de nosotros, lo que de alguna manera está ausente” (p. 42).

De esta manera se entiende que abordar las representaciones de interdisciplina desde lo psíquico exclusivamente no acaba su comprensión, ya que son producidas en sociedad como resultado del encuentro con otros. En este sentido justamente las representaciones constituyen para cada sujeto en el aparato psíquico investiduras de huellas mnémicas, conscientes o inconscientes respecto a lo percibido en el encuentro con otro. Son transcripciones diversas de un mismo contenido que se diferencian entre sí, no exponen una copia exacta de lo percibido y de acuerdo a Yacuzzi (2017) “lo percibido no se refleja directamente en la representación, sino que se procesa, traduce o metaboliza” (p.836). A cuenta de ello es que las representaciones se reconfiguran de tanto en tanto, son fijas y se reorganizan de acuerdo a nuevas experiencias.

Estos desarrollos son conclusiones posibles entre otras que el trabajo y proceso de investigación permiten expresar, pero no son limitantes, no agotan la temática, sino que permiten incluso generar nuevos interrogantes que invitan a análisis futuros:

- Se ha observado que insiste tanto como obstáculo para la interdisciplina y como aspecto que es necesario transformar la cuestión de la precariedad laboral de los profesionales acompañantes, que

visibiliza una tensión entre lo beneficioso del recurso del AT para los sujetos y la precariedad en las condiciones de contratación de los profesionales que lo sostienen, interesante para abordar y desentramar.

- Otro punto de partida llamativo para profundizar es una cuestión paradójica que emerge entre la diversidad que ofrecen la complejidad y multiplicidad de demandas y tareas en el HESM, que enriquece el trabajo y a su vez, puede perjudicarlo volviéndose exceso.

Referencias bibliográficas:

Metodológicas:

- Achilli, E. (2002). *Notas sobre el proceso de construcción de un proyecto de investigación*. Universidad Nacional de Rosario.
- Augsburger, A. y Gerlero S. (2005) La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairós. Revista de Temas Sociales*. Año 9 (15). <http://www.revistakairos.org/k15-02.htm>
- Castillo Vergara, M. A y Gómez Castro, E. (2004). Las peculiaridades de la investigación en Psicoanálisis. *Terapia Psicológica*, Vol. 22, (1), 25-32.
- Gallo, H. (2000). *Teoría de la investigación en psicoanálisis. De la investigación psicoanalítica*. Trabajo presentado en las II Jornadas de investigación en psicoanálisis, Universidad Argentina J. F. Kennedy. <http://www.psicomundo.com/foros/investigacion/gallo.htm>
- Gelfman, J. y Tigino, M V. (2007). *Documento de Cátedra 18: Enfoques teórico-metodológicos, objetivos de investigación y métodos cuantitativos y cualitativos de investigación*. Cátedra de Metodología y Técnicas de la Investigación Social, Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA).
- Glaser, B. y A. Strauss (1967). Cap. 5: El método de comparación constante de análisis cualitativo. En *The Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Publishing Company.
- Gomez, M. (2012). Psicoanálisis e investigación científica. Perspectivas y posibles abordajes metodológicos. *Revista Tesis*, (1), 171-185.
- González Rey, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología. Rumbos y desafíos*. Paraninfo.
- Martínez Salgado, C. (2011). *El muestreo en la investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
- Quecedo Lencada, R. y Castaño Garrido, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, (14), 5-39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Resolución N° 0663, Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos, Paraná, 20 de mayo de 2019. Argentina.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Panapo.
- Taylor, J. y Bodgan, H. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*. Paidós.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedua.

Teóricas:

- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española*. Actualización 2022. <https://dle.rae.es/representaci%C3%B3n>

- Arnaiz, S. (2018). *Las representaciones sociales de los acompañantes terapéuticos, respecto a su práctica en equipos de salud mental*. FHaYCS- UADER. [Tesis]
- Bartoli, L., Gros, M., Palleiro, L., Rodríguez, A., Schmit, L. (2020) Las mil y una noches, experiencia de un grupo virtual en el hospital de día. En *II Jornadas Debates y políticas en la Psicología y el Psicoanálisis. Producción de conocimiento y subjetividad en tiempo de pandemia*. Actas de ponencias. 1a edición.
- Betti, B. (2012). De la necesidad del trabajo interdisciplinario con sujetos con grave padecimiento psíquico. En A. Flory y A. Montini (Comps), *Trazar con otros*. Editorial de Entre Ríos.
- Castellaro, M (2011). El concepto de representación mental como fundamento epistemológico de la psicología. En *Límite*, vol. 6, (24), 55-67.
- Chauí Berlink, L. (2017). AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras. En M. L. Frank, M. Costa, D. Hernández (Comps). *AT Clínica de las fronteras*. Brujas.
- Dozza de Mendoza, L. (2011). Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano. Letra Viva.
- Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Nueva Visión. 333- 339 pp.
- [El Hospital Escuela de Salud Mental promueve caminatas por el Thompson. (2022, Julio 15). <https://www.entrerios.gov.ar/msalud/?p=54763>]
- Flory, A. (2017). Dimensión clínico- política de las prácticas en el equipo de Salud Mental. En *Mini-curso: Interdisciplina, dirección de la cura y posición del AT. La Plaza AT, la revista de los Acompañantes Terapéuticos* (3). <https://www.facebook.com/notes/la-plaza-at/mini-curso-interdisciplina-direcci%C3%B3n-de-la-cura-y-posici%C3%B3n-del-at-1ra-parte/339916746501221/>
- Franco, L. (2017). *Relaciones entre la participación de usuarios con diagnóstico de psicosis y su estabilización en un dispositivo grupal del Hospital de Día del HESM*. FHaYCS- UADER [Tesis].
- Frank, ML. (2017). Abordajes interdisciplinarios en lo cotidiano. *La Plaza AT, la revista de los Acompañantes Terapéuticos* (2). <https://www.facebook.com/notes/la-plaza-at/at-abordajes-interdisciplinarios-en-lo-cotidiano/268028853690011/>
- Freud, S. (1915). Lo inconciente. En *Obras completas*. Amorrortu editores, (1976).
- Freud, S. ([1895] 1988). Proyecto de psicología para neurólogos. En *Obras Completas*. Tomo I. Amorrortu.
- Freud, S. ([1896] 2008). Carta 52. En *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Amorrortu.
- Freud, S. ([1896] 1988). Etiología de la histeria. En *Obras Completas* Tomo I. Amorrortu.
- Freud, S. ([1900] 1991). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*. Tomo IV. Amorrortu.

- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Galende, E. (2012). Consideraciones de la subjetividad en salud mental. *Salud Mental y comunidad*. Año 2 (2), 23-29. <https://es.slideshare.net/MaraAndreaAlczar/revista-saludmentalycomunidad2>
- Gonzalez Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*. Vol.4. (2). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000200002
- [Habrá un hospital de día de salud mental en la casa de Righelato. (2018, Julio 19). <https://www.unoentrierios.com.ar/informacion-general/habra-un-hospital-dia-salud-mental-la-casa-righelato-n1627305.html>]
- [[HOSPITAL DE DIA]. (s.f). <http://hesm.gob.ar/pagina.html?pag=8>]
- [Hospital de día: encuentros vitales I. (2021, Septiembre 27). <http://www.hesm.gob.ar/articulo.php?art=13f9896df61279c928f19721878fac41>]
- [Hospital de día: encuentros vitales II. (2021, Septiembre 21). http://hesm.gob.ar/articulo.php?art=c5ff2543b53f4cc0ad3819a36752467b&fbclid=IwAR1b9cZUWNmTjJB_qxipHmMFPtkqnHZBtLcqhgPI5ctdERa-pgUyKxBtCtg]
- Kaplan, D. (2017). Colaborar: el encuentro en interdisciplina. La Plaza AT, la revista de los Acompañantes Terapéuticos. (2). <https://www.facebook.com/notes/la-plaza-at/co-laborar-el-encuentro-en-interdisciplina/268741560285407/>
- Lagache, D; Laplanche, J; Bertran Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.
- Levato, M. (2004). *La noción de representación en la obra freudiana; un planteo general*. <http://www.praxisfreudiana.com.ar>
- Ley N  26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Boletín oficial N  32.649, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- Loker, M de los A. (2014). *Práctica del acompañamiento terapéuticos con viejos. Representaciones sociales de los psicólogos*, FHAYCS- UADER, Paraná, Entre Ríos, Argentina. [Tesis].
- Macias Terriquez, M A. (2013). *El AT con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala México. [Revista Electrónica de Psicología Iztacala](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/)<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/>
- Mammarella, B. (2018) “La interdisciplina como punto de inflexión en el cambio paradigmático en Salud Mental. Experiencia centro cultural Gomecito.”, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Escuela de Trabajo Social.
- Moscovici, S. (1979). Capítulo 1: La representación social: un concepto perdido. En *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul S.A.
- Palleiro, L. (2011) *El acompañamiento terapéutico como parte del dispositivo de atención de Hospital de Día, en diferentes momentos subjetivos de sujetos psicóticos*. FHAYCS- UADER. [Tesis].

- Parada Morales, D. (2018). El caso, algo común entre el Psicoanálisis y el Acompañamiento Terapéutico. *La plaza AT, la revista de los acompañantes terapéuticos* (4). <https://www.facebook.com/notes/355485782469485/>
- Resnizky, S. (2017). Dispositivos de frontera. En M. L. Frank, M. Costa, D. Hernández (Comps). *AT Clínica de las fronteras*. Brujas.
- Rossi, GP. (2007). *Acompañamiento Terapéutico, Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Polemos.
- Rossi, GP. (2013). *Acompañamiento Terapéutico*. Polemos.
- Santolalla, M. (2017). ¿Por qué no caminar juntos? La fuerza del acompañamiento entre AT y psicoanalista. En M. L. Frank, M. Costa, D. Hernández (Comps). *AT Clínica de las fronteras*. Brujas.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. En *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental*. Pp.1-9. Buenos Aires, Argentina.
- Yacuzzi, ML (2017). El concepto de representación en psicoanálisis: algunas notas para su abordaje. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. <https://www.aacademica.org/000-067/1013>

Anexo:

Guía de preguntas para entrevista:

1. ¿Hace cuánto trabaja en este dispositivo?
2. ¿Cómo se constituye el equipo dentro del dispositivo?
3. ¿Cuál es la organización del trabajo dentro del dispositivo?
4. ¿Considera que es un equipo interdisciplinario? ¿Por qué?
5. ¿Considera que siempre se puede dar el trabajo interdisciplinario o en qué circunstancias y por qué, no se da ese tipo de abordaje?
6. ¿Cuál es su rol y función dentro del dispositivo?
7. ¿Qué conocimientos tiene de la práctica de AT?
8. ¿Qué puntos en común podría situar con la práctica del AT?
9. ¿Conocía la práctica del AT antes de su trabajo aquí?
10. ¿Cuál es su experiencia en el trabajo con acompañantes?
11. ¿Qué criterios se utilizan para la inclusión de un at?
12. ¿Qué beneficios y obstáculos considera aporta la inclusión del at?
13. ¿Que sugiere la idea de trabajo entre psicólogo y acompañantes?
14. ¿Hay articulación en el trabajo entre psicólogos y acompañantes?
15. ¿Qué modificaciones realizaría a la dinámica de trabajo con AT?

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por.....
Estudiante/Docente de la carrera de la Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos. El objetivo de este estudio es

Si usted accede a participar, se le solicitará información pertinente a la temática a investigar a través de..... Esto tomará aproximadamente minutos de su tiempo. Se podrá emplear, además, recursos tecnológicos tales como grabación o video.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en forma alguna. Si estuviera en desacuerdo con alguna de las preguntas o técnicas utilizadas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya, agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por He sido informada/o que el objetivo de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder preguntas o participar de otras técnicas, lo cual tomará aproximadamente minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, anónima y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, así

como también retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a al teléfono

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a al teléfono anteriormente mencionado.

Firma y aclaración del Participante :

Fecha:

CUADRO 1		
BITACORA DE CAMPO		
ENTREVISTA N°1: FECHA Y HORA: 22 de abril de 2022. 8hs.		
Registro	Comentarios	Análisis
Julietta: Esta entrevista es realizada en el marco del trabajo integrador final para la Licenciatura en Psicología, por lo cual le fue enviado un consentimiento informado de acuerdo al que vale aclarar que tendrán acceso a la información aquí recabada docentes de la facultad, siendo resguardados los datos exclusivamente al ámbito académico, para lo cual quisiera solicitar su acuerdo. Profesional: Si, estoy de acuerdo. Julietta: Bien, el tema de la investigación es representaciones de interdisciplina de psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos ¿quisiera por eso saber hace cuanto trabajas en el HESM? Profesional: Ingresé al HESM como residente en el año 2011, previamente había hecho un pasaje como tesista de mi carrera de grado por HdD y como residente hice una rotación en el primer año de la RISAM, que es una formación de posgrado que se realiza dentro del hospital, para distintos profesionales. Por lo cual mi primer pasaje como profesional fue en el marco de la residencia, estuve trabajando un tiempo HdD y varios años después ingresé		Trayectoria en HESM. RISAM, primer pasaje por HdD.

como parte del equipo ya de manera estable en el año 2015, desde cuando estoy trabajando en forma regular.		
Julietta: ¿Cómo se constituye el equipo dentro del dispositivo y cuál es su organización? Profesional: HdD es un equipo numeroso en relación a su grupo de trabajadores, es un equipo del HESM que tiene casi 30 años, una larga trayectoria donde se ha ido conformando y estableciendo de una manera importante en relación al número de usuarios que concurren como así también de lo que es el equipo. Inició siendo una experiencia de residentes en el año 1993 y se fue transformando en un espacio de jerarquía con un número importante de trabajadores en el equipo, porque ha sido un gran número de población. En este momento somos aproximadamente 17 trabajadores de diferentes disciplinas: dos terapeutas ocupacionales, un nutricionista, tres psiquiatras, seis psicólogas de las cuales una es at, una trabajadora social, una at y dos administrativas. Estas últimas fundamentales ya que no solo realizan tareas administrativas, sino también de coordinación de espacios grupales y de más. Y tenemos siempre un grupo de residentes, los cuales van haciendo sus rotaciones por diferentes dispositivos del HESM en el transcurso de su formación que tiene cuatro años. Así que acá siempre hay un grupo de residentes que va cambiando, pero también forman parte del equipo, hacen tareas asistenciales y de coordinación que son muy importantes. En este momento nosotros tenemos organizativamente como tres líneas, vamos a llamarlo así, hay propuestas que tienen mucho más que ver con lo cultural y lo artístico, hay propuestas que tienen que ver con los emprendimientos laborales y también está lo que es todo el soporte específico de los profesionales, en entrevistas y seguimiento de las situaciones clínicas. Todo hace a la clínica por eso es una diferenciación ficticia y para organizar las propuestas, lo pensamos de esa manera.	Me llama la atención que haya solo un at. Es interesante esto de que haya administrativas que no solo se dediquen a lo administrativo. Es notoria la aclaración de que los residentes van cambiando, pero forman parte del equipo.	“equipo numeroso”. Distintas disciplinas. Multifuncionalidad. Residentes. Organización HdD. Propuestas HdD. “diferenciación ficticia”. Propuesta formativa de HESM.

También hay un fuerte acompañamiento en lo que es lo formativo desde el HdD, te lo mencionaba con los residentes, por acá pasan muchos estudiantes, muchos profesionales en formación y eso también tiene que ver con una propuesta del HdD, no es menor. Dentro de los espacios grupales tenemos arte, música, teatro, yoga y caminatas son espacios que, muchas veces son los que están abiertos a recepcionar nuevos usuarios y usuarias que muchas veces son los que llegan; son espacios grupales abiertos, coordinados por talleristas específicos, que comparten su saber hacer, acompañados siempre por un referente del equipo. Y después los emprendimientos laborales, que hay tres en este momento, uno de panadería, uno textil y El Entrevero que funcionaba en la facultad de Trabajo Social y en este momento por pandemia está reorganizando su propuesta y también es de elaboración de alimentos. Estos grupos son más estables, cerrados, porque tienen determinado funcionamiento y también la distribución del ingreso, no están abiertos todo el año, ellos deciden cuando admiten nuevos integrantes a ese espacio. También se trabajan capacitaciones para esos emprendimientos, de esos emprendimientos laborales surgen otras propuestas formativas, de intercambio con otros emprendedores, de cooperativas, han viajado, son espacios muy potentes y que han tenido una fuerte impronta porque la realidad es que es necesario pensar espacios que den autonomía a los usuarios. Después otras propuestas son los seguimientos de los tratamientos, los seguimientos de los médicos a lo farmacológico, las entrevistas, los acompañamientos de Trabajo Social, el trabajo de las terapistas ocupacionales a veces individuales, a veces grupales. Todas esas referencias que son necesarias porque las características que tienen los usuarios y las usuarias que asisten al HdD es que está particularmente afectada la dimensión del lazo social.	Me es interesante esto de que los talleristas estén siempre acompañados por un referente del equipo, me dispara a pensar en que cada uno de estos mantiene identidad y especificidad. Al hablar de los seguimientos puramente profesionales de los tratamientos, me llama la atención que ni siquiera nombra el acompañamiento terapéutico.	Propuestas HdD. “Comparten su saber hacer” Usuarios afectada dimensión del lazo social. Apuesta a lo colectivo-comunitario. “Prescindir del
--	---	--

Entonces son pequeños soportes armados que se van inventando para poder sostener, recuperar, rearmar algo que después su objetivo es que empiecen a prescindir del HdD, que puedan empezar a circular por otros espacios de la ciudad, espacios productivos, para recuperar algo de la dimensión del lazo, eso es lo que intentamos desde todas estas propuestas.		HdD”.
Julieta: ¿Consideras a este equipo como interdisciplinario? Profesional: Creo que la interdisciplina como bien lo pueden explicitar quienes saben de eso, no se da todo el tiempo, sino que funciona en determinados momentos; pero este equipo particularmente en mi experiencia, es un equipo que intenta permanentemente el trabajo interdisciplinario, la conversación, la puesta en común y los acuerdos en relación a la propuesta del tratamiento para los usuarios y las usuarias, es un trabajo permanente que nosotros nos damos. Además que una parte muy importante que hace a eso es la reunión que tenemos una vez a la semana, donde nos reunimos todos los trabajadores del dispositivo y donde se trabajan cuestiones en relación a las situaciones clínicas, a las propuestas que se están haciendo, a todo lo que es el funcionamiento del dispositivo, tratando de consensuar miradas y también discutir puntos de vista y poder orientarnos con una misma orientación clínica, más allá de las diferencias interdisciplinarias, que son importantes como diferencias, no podemos intervenir todos de una misma forma. Lo importante es poder consensuar dentro de las propuestas de tratamiento una misma orientación para el trabajo con quien viene y está sufriendo y necesita una orientación. Eso es una construcción que a partir de diferentes conversaciones y reuniones de trabajo, de todo el equipo y de los mini equipos, que son como grupos más chiquitos que acompañan cada situación, compuestos quizás por psiquiatra, psicóloga, terapeuta, profe de un taller, es	Transmite la importancia de consensuar, para una misma orientación clínica. Resulta llamativo que menciona al at	“la interdisciplina no se da todo el tiempo” “El equipo intenta permanentemente el trabajo interdisciplinario”. Interdisciplina. Reunión. “No podemos intervenir todos de una misma forma.”

decir todos esos referentes conforman los mini equipos, que tienen comunicación permanente, también con at dentro o fuera de dispositivo.	último, no como referente en sí.	
Julieta: Entiendo que la construcción de los mini equipos depende de la demanda de cada usuario. Sin embargo ¿De qué profesionales se componen esos mini equipos? ¿Hay alguno imprescindible? Profesional: No es sólo en relación a la demanda del usuario, es en relación a lo que se evalúa, porque la demanda es una construcción que muchas veces no está, sobre todo en los primeros tiempos del tratamiento. Si vos le preguntas al usuario, ¿vos quieres tener entrevistas? “no” te va a decir, la mayoría de las veces te va a decir “no, yo me quiero ir a mi casa”. Entonces eso es algo que se va proponiendo, se va trabajando con los usuarios, muchas veces es a construir también la inclusión de los acompañantes, no todos rápidamente acceden a poder tener un acompañante, muchas veces hay que favorecer esos encuentros. Nadie manda un acompañante tipo delivery a la casa y que lo vaya a buscar como si fuese un policía, eso lleva su tiempo de construcción del lazo, muchas veces son encuentros de momentos, minutos, hasta que algo de eso se habilita, se arma una referencia de otro que va a estar acompañando, pero no es tan sencillo. En términos de imprescindible hay algo que tiene que ver con las transferencias, que algunas referencias en relación al equipo son más fuertes para alguien, como es esperable que suceda. Algunas veces lo constituye la figura del médico por la consulta para medicación, otras veces por la confianza que tienen al poder hablar con el psicólogo, otras veces es el espacio grupal la principal referencia y muchas otras veces es el at porque hay ahí un vínculo, si se quiere más	“La demanda es una construcción”, me recuerda que no siempre va a haber demanda.	Inclusión AT.

cómodo, de poder plantear ahí algunas cosas. Entonces si bien muchas veces hay una dependencia de lo farmacológico, estas transferencias o estas referencias pueden variar, debe haber cierta diversificación de la transferencia como parte de la interdisciplina si se quiere, al menos propiciarla y también muchas veces justamente, me recuerda lo que preguntas a una supervisión que tuvimos la semana pasada, es necesario que esas referencias estén y no estén, poder incluir algo de la presencia y la ausencia. Es decir que por eso somos equipo, muchas veces llega a buscar alguien al profesional y el profesional no está, porque el profesional no está siempre, no está siempre al teléfono, no está siempre en persona, pero hay otro que puede estar al tanto de la situación, que puede acompañar, que puede resolver ese pedido, es decir que esas referencias pueden ser más móviles, es fundamental también para los tratamientos.	Hace énfasis en la necesidad de que las referencias varíen.	Diversificación de la transferencia. “El profesional no está siempre”.
Julietta: ¿Consideras que hay momentos en los que esa construcción de una interdisciplina no es así como la describís? Profesional: Considero que nos encontramos con obstáculos en el trabajo, quizás articulado con otros sectores del hospital o con otras instituciones o con otros referentes, porque muchas veces quienes concurren al dispositivo, los usuarios y las usuarias, no tienen atención solamente acá, participan de una instancia grupal o de Terapia Ocupacional, pero tienen su tratamiento en consultorio externo del hospital o de otra institución. Es un trabajo súper importante el que hay que darse de articular con el equipo de referencia también del paciente y a veces, por no compartir el mismo espacio físico, por la distancia o por la vorágine del trabajo, a veces pasa que no hay una buena articulación de los dos equipos, entonces ahí enseguida se ven las dificultades porque trabajar interdisciplinariamente	De inmediato reconoce los obstáculos fuera del equipo de HdD. ¿No los habría dentro?	Obstáculos en la interdisciplina. “vorágine del trabajo”

es fundamental para acompañar una situación de crisis, para acompañar un paciente psicótico, es fundamental que haya cierto consenso en el modo de intervenir, pero a veces eso no se termina de dar. Pienso en ese ejemplo de las articulaciones con otros sectores, porque es lo que más aparece como obstáculo, por ejemplo, que un paciente se interne y que el resto del equipo no esté al tanto de eso. Entonces ahí hay una intervención que es fragmentaria en términos de lo que se viene trabajando como orientación clínica de ese tratamiento. Cuando una persona con algún padecimiento psíquico solicita él o ella o es derivado al HdD, lo que nosotros intentamos construir es una propuesta singular de tratamiento, no es que hay un plan de tratamiento para todos igual y eso se revisa permanentemente, porque no hay una forma de hacerlo, como plantear un objetivo y ya está. Este tipo de tratamientos no funcionan de esa forma, no es un plan de bajar de peso que se llega a un punto y ese es el objetivo y ya está. Se requieren muchos entrelazamientos y entrecruzamientos que hacen que quizás lo que se estaba planteando deba ser revisado y tratamos de que en esa construcción que todos vamos para adelante, tratemos de que haya consenso disciplinar.	Insiste en el consenso a hora de intervenir, me resuena lo que ya mencionó cómo “misma orientación clínica”. Me resuena esto de la singularidad de cada propuesta de tratamiento, no hay planes pre establecidos.	Articulación interinstitucional. “intervención fragmentaria”. Propuesta singular. Construcción. Consenso disciplinar.
Julieta: ¿Cuál es tu rol y función dentro del dispositivo de HdD? Profesional: En este momento estoy a cargo de la coordinación desde hace 3 años. La coordinación del HdD es una función que rota dentro de los profesionales del equipo, no es un rol jerárquico sino más bien una función que procuramos que vaya siendo móvil, cada 3 o 4 años hacemos un pasaje de funciones. Yo estoy trabajando dentro de lo que es la coordinación hace 3 años, es una función de	Identifica rápidamente su función dentro del dispositivo.	Multifuncionalidad.

gestión que tiene que ver con coordinar el funcionamiento, establecer relaciones entre el dispositivo y otros sectores, organizar la llegada de los estudiantes, el funcionamiento de la casa en sí, pero también realizo mi función específica en psicología como cualquier otro profesional.		
Julieta: ¿Y el de los acompañantes terapéuticos? ¿Cómo se piensa su inclusión? Profesional: El AT ha sido un recurso que históricamente ha estado presente en el dispositivo HdD por la cuestión de la dificultad de los usuarios en el lazo, hay algo allí que tiene que ver con lo más simple que es salir de casa hasta poder asistir a una entrevista. La mayoría de la población que recibimos son personas con un importante retraimiento, son personas que hace mucho tiempo que están encerrados en la casa, que no pueden ni siquiera salir a comprar algo al kiosco, que salieron de una internación y por ahí se quedaron encerrados en su habitación. Son situaciones de muchísima complejidad y fragilidad en relación al lazo, entonces la figura del at en un dispositivo como el HdD se transforma en parte fundamental; nosotros acá tenemos dos acompañantes, pero también lo que más enlazamos son acompañantes en forma particular por la obra social o por Incluir Salud, que es el beneficio que tienen los usuarios y las usuarias que tienen pensiones, esa articulación es con acompañantes que no son parte estable del equipo del HdD pero que sí son parte fundamental de los mini equipos en el acompañamiento de los usuarios. Generalmente desde la admisión se piensa, se realiza por ejemplo una propuesta que un pibe pueda venir a participar de las caminatas, pueda venir a las entrevistas, pero vino la primera vez acompañado por un familiar, la próxima vez ya se le complica acompañarlo, no toma colectivos y empezamos a pensar el recurso del AT como para facilitar	Señala gran presencia del AT en el dispositivo, se contrapone con que anteriormente no lo había nombrado. Llama la atención que, siendo el at tan importante, no forme parte del equipo estable, en términos de contratación. Sobre la función del at, dice que va formándose, duda, no habla de una función específica, como lo hizo con la	Inclusión AT-Dificultad con el lazo.

esa llegada. Y después un poco está formándose su función, pero a mi particularmente lo que me pasa con el trabajo de los acompañantes es que muchas veces me aporta una mirada de lo cotidiano, de lo que pasa en la casa cuando llega a buscar al usuario, que es súper rico para pensar qué pasa ahí. Si bien este equipo es un equipo que sale mucho del dispositivo, a las visitas domiciliarias, a hacer actividades por fuera del hospital con los usuarios, pero esa intimidad que a veces logra conocer el acompañante, es algo que no llegamos a conocer sino es a través de ellos y desde el inicio se transforma en un rol muy importante.	suya. Reitera la importancia del rol del at.	AT para “facilitar esa llegada”.
Julietta: Entiendo por lo que decís que el acompañante trae beneficios o aporta con su inclusión. ¿Podrías identificar algún obstáculo en la intervención de los acompañantes terapéuticos? Profesional: Creo que es fundamental, no desde el acompañante solamente sino desde el equipo que haya una articulación, en relación a poder estar comunicados en forma fluida y pensar las intervenciones en conjunto, es fundamental. Cuando se pierde un poco que puede ser por parte de todo el equipo, que no está orientada hacia el mismo objetivo las intervenciones, ahí aparecen los obstáculos, por ejemplo, que se piense una intervención y no todos están accionando en la misma dirección, ahí hay obstáculos. No es algo independiente de los acompañantes, pasa con cualquier parte del equipo, lo que he pensado muchas veces recibimos estudiantes de AT y ellos es una tarea particularmente delicada la que tienen que hacer, muchas veces nosotros depositamos, lo pienso desde el equipo, depositamos en los acompañantes, que por ahí muchas veces están más experimentados y muchas veces no, depositamos una responsabilidad que es sumamente pesada, ir a compartir cuerpo a cuerpo, un viaje, una organización,	Generaliza su respuesta a la importancia de la articulación y comunicación en el equipo en general, no solo del AT.	Comunicación. “no todos están accionando en la misma dirección”. “Responsabilidad que es sumamente pesada”- cuerpo a cuerpo.

un domicilio, son situaciones que muchas veces pueden ser costosas para el acompañante. Entonces es fundamental la articulación y el acompañamiento también desde el equipo que está enmarcado en la institución, que muchas veces eso, nos da un poco de respaldo. Es fundamental el trabajo de articulación con el acompañante, pienso en una situación angustiante para el acompañante, en su acción con un usuario, creo que lo fundamental es estar bien orientados y comunicados hacia una misma línea de tratamiento, eso creo que hace que haya obstáculos o no en términos de intervenciones. Pienso también en que sea de las dos partes, que el acompañante pueda habilitar a cuando no está seguro de algo poder hacer uso de reunirse con el equipo y el equipo también poder dar lugar a eso. Hay que decir que sucede muchas veces que son tantas situaciones y tan complejas, que algo de eso se pierde, ahí entonces aparecen las dificultades.	“Que sea de las dos partes”, me trae la idea de reciprocidad.	Acompañamiento al acompañante. Reciprocidad. Exceso.
Julietta: En cuanto a tu experiencia particular con los acompañantes, ¿los conocías antes del HdD? ¿tenías experiencia previa? ¿conocimiento sobre la práctica? Profesional: Sí, conocía la práctica de los acompañantes por haber sido estudiante de UADER, por haber hecho también una tecnicatura, muchos de mis compañeros también han pasado por la tecnicatura en AT, muchos colegas son docentes de esa carrera y siempre un poco eh estado en contacto con esa práctica. En relación a los acompañantes que han intervenido o intervienen en las situaciones en las que yo trabajo han sido la mayoría estudiantes que han pasado por el dispositivo en otros momentos, asique también hemos construido un lazo, una experiencia previa. Por ejemplo, pienso en una situación actual en la que estamos trabajando fluidamente con una	Tiene conocimientos sobre la práctica del AT.	Experiencia AT.

acompañante, que ella hizo su práctica con ese usuario y al momento de elegir un acompañante para él esa referencia ya estaba, porque había sido su acompañante en el transcurso de la práctica y fue muy sencilla su inclusión, por esto de las referencias que se construyen que datan también de otros pasajes. Pensaba ahora en los obstáculos, muchas veces tiene que ver con los pasajes y con los cierres, porque hay referencias que se instalan de una manera muy importante para el sujeto y son a corto plazo en relación sobre todo a los estudiantes. Entonces muchas veces en el transcurso de unos meses, en diciembre hay un cierre y eso no sé si lo pensaría como un obstáculo, pero es algo que muchas veces hay que poder trabajar, es lo que nosotros insistimos en que haya lugar para un proceso de cierre, un trabajo de cierre, no un hasta hoy vine, hoy fue la última salida, mañana ya no estoy” y ya está. Esto no es exclusivo de los acompañantes, con los residentes nos pasa lo mismo, son profesionales que pasan, están un tiempo y cierran, pero nosotros trabajamos con otros, en nuestro trabajo es particularmente importante la presencia de estos otros, para el sujeto que alguien esté un tiempo escuchando su padecimiento, acompañándolo, quizás en una situación de crisis, quizás en momento sumamente importante y que de un momento a otro no este mas, tiene efectos, no porque haya que estar siempre, las presencias y ausencias son necesarias, pero siempre es necesario que haya procesos de cierre, que se vaya trabajando un cierre; los acompañantes lo saben y generalmente lo hacen muy bien, de poder trabajar los cierres. Julieta: ¿Que ese cierre se pueda inscribir en el usuario no? Profesional: Si, que pueda haber a veces incluso un hasta luego, porque como te decía quizás vuelvan después, pero hay que poder trabajar los cierres.	Es interesante que resalta que los acompañantes trabajan muy bien los cierres.	“referencias que se construyen”. Obstáculos AT y estudiantes. “las presencias y ausencias son necesarias”.
---	---	---

Julietta: ¿Podrías pensar que hay articulación entre psicólogos y acompañantes terapéuticos? Profesional: Si, es justamente algo que siempre se apuesta que pase en la mayoría de las situaciones que yo puedo escuchar de lo que es el tratamiento acá en mi experiencia como psicóloga de espacios de tratamiento que se incorporan acompañantes eso ha estado siempre. Las situaciones que yo puedo pensar ahora que están incluidos acompañantes, participan ya sea de forma presencial o telefónica de la reunión semanal, ya sea que llegue el acompañante con el usuario al dispositivo, poder compartir lo que ha sido la semana de trabajo o cuando hay una dificultad que el acompañante o la acompañante pueda comentar lo que está pasando y que pensemos en conjunto, eso es algo de lo que pensamos acá en el dispositivo, que el acompañante sea parte del equipo, es parte del equipo. Esta línea de intervenciones más consensuadas tiene que estar siempre.	Afirma con entusiasmo su respuesta.	Articulación acompañantes terapéuticos-psicólogos.
Julietta: ¿Situarías puntos en común entre la práctica del psicólogo y del at? Profesional: Si, hay puntos en común, yo creo que la dimensión de la escucha, de la escucha respetuosa, de la escucha atenta, de también establecer ciertos límites es el principal desafío que tienen los acompañantes, poder estar compartiendo algo, muchas veces en la cotidianeidad hay un compartir en relación a lo propio, pero tiene que haber ahí un cuidado de lo que se comparte. Me parece que ese punto es el principal desafío de los acompañantes, no compartir todo lo que tiene que ver con su intimidad, que haya una diferencia entre esa paridad, de ese estar cerca cuerpo a cuerpo, hay cuestiones que pueden ser complejas y me parece que ahí poder establecer cierta distancia, cierto cuidado, poder cortar a tiempo; que es algo que a los	Afirma con entusiasmo su respuesta.	Puntos en común at-psicólogo. Escucha. AT límites. Encuadre diferente.

psicólogos se nos facilita más porque es otro encuadre, pero en términos de la escucha y de poder estar atentos a pescar cuestiones relevantes de lo que le pasa al otro son prácticas que tienen cosas en común. Y vuelvo a los obstáculos, me surgió un recuerdo de un acompañamiento donde la persona con la que trabajamos se enamoró de la acompañante, cuando después pudimos trabajar sobre esto efectivamente habían pasado cosas allí en relación a cierto encuadre que había fallado, que había dado lugar a esta confusión, el cierre no fue tan bueno, eso fue devastador para este usuario, porque no le quedó claro a él que había pasado allí, cuestiones del encuadre. Por eso digo, es un trabajo sumamente delicado para el acompañante el construir cercanías, pero también sostener un encuadre, que es algo que acá dentro de la institución se facilita. Por eso es sumamente importante el trabajo en relación al equipo, poder ir pensando estas dificultades, si algo de esto aparece poder ir pensándolo y que nosotros también podamos intervenir, por ejemplo, por un tiempo las entrevistas las vamos a realizar aquí en el hospital; ir modificando la estrategia, eso es lo que hacemos todo el tiempo, porque muchas veces que un paciente se erotiza, es algo que también pasa con el resto del equipo. Entonces ahí hay que recalcular, retroceder, facilitar la referencia con otros. Entonces ese encuadre también tiene que estar y muchas veces si lo perdemos de vista es lo que trae obstáculos y dificultades que tienen un efecto súper importante en la subjetividad. Es otra cuestión a tener en cuenta, en términos de los obstáculos. Julieta: Más que nada por esto de la cercanía que se presta más a este tipo de obstáculos. Profesional: Exacto, tiene que ser una cuidada cercanía y poder utilizar el recurso de las otras referencias del equipo, para establecer cierta distancia o cierto encuadre, por		Obstáculos AT. “encuadre que había fallado” Trabajo en equipo. Diversificación de la transferencia. Obstáculos AT.
---	--	---

ejemplo, en una situación que estamos trabajando ahora el acompañante ya con cierta experiencia, cuando aparecen ciertas cosas, le dice no, eso convérsalo con la psicóloga, entonces ofrece una distancia, no todo puede ser hablado con el acompañante o, no esto conversa con el psiquiatra, yo la verdad que no sé, entonces no es la depositaria, la acompañante de todos los problemas ni las soluciones. Esa diversificación que nosotros hacemos, con la complejidad de las situaciones con las que trabajamos es fundamental, por eso los equipos son diverso no puede haber un solo referente porque las transferencias pueden ser sumamente intensas y entonces es necesario diversificar y eso es algo que nos atraviesa a todas las partes del equipo y a los acompañantes también. Julieta: La importancia ahí entiendo de la articulación entre el equipo para poder facilitar esta diversificación de la transferencia y poder utilizar como herramienta ese recurrir a otros referentes y poder aliviar el peso. Profesional: Si, ese sería como el principal facilitador que tenemos, que hay un equipo y el equipo sostiene, no puede ser uno solo; si cometemos el error de soltar un poco la mano al acompañante, eso después se nota, si el acompañante prescinde de articularse con el equipo y no puede encuadrar su práctica, eso también se nota y tiene efectos, por eso la articulación es central.	Vuelve a insistir con la necesidad de variar los referentes para el usuario.	
Julieta: ¿Realizarías alguna modificación en el trabajo con acompañantes terapéuticos? Profesional: No, considero que es en la mayoría de los casos un trabajo que se da de forma articulada y en las ocasiones que no sucede, no responde a una característica común de los acompañantes que precise ser revisada o modificada, sino a cuestiones más personales del	Se la observa convencida en su respuesta.	

profesional que pueden darse en el equipo con cualquier profesional. Julieta: Vamos terminando por mi parte, muchas gracias por el tiempo y predisposición. Profesional: De nada, estamos en contacto por cualquier cosa.		Modificaciones según cada caso.
ENTREVISTA N°2 FECHA Y HORA: 29 de abril de 2022. 8:30 hs.		
Julieta: Esta entrevista es realizada en el marco del trabajo integrador final para la Licenciatura en Psicología, por lo cual se le envió un consentimiento informado, de acuerdo al que vale aclarar que tendrán acceso a la información aquí recabada docentes de la facultad, siendo resguardados estos datos exclusivamente al ámbito académico, para lo cual quisiera solicitar su acuerdo. Profesional: Perfecto, estoy de acuerdo, no hay problema. Julieta: Bien gracias, el tema de la investigación es representaciones de interdisciplina de psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos e HdD y por eso quisiera saber ¿hace cuánto trabajas en el dispositivo de HdD? Profesional: Hace años largos, trabajo desde el año 2008, 14 años hace que trabajo en el HdD y después tengo un año más de concurrencia en otros espacios del hospital, en realidad trabajo en HdD, en consultorios externos y hace 15 años que estoy en la institución.	Se observa predisposición a la entrevista, pero con inquietud y rapidez.	Trayectoria en HESM.
Julieta: ¿Cómo se constituye el equipo en HdD y cómo es su organización? Profesional: El equipo en HdD es un equipo interdisciplinario, lo conforman diferentes disciplinas del campo de la Salud Mental por la complejidad de los	De entrada, con seguridad, define al equipo como	Distintas disciplinas.

padecimientos psíquicos graves que es la población que acude aquí al hospital, eso lleva a que la atención es necesario que sea brindada por distintos profesionales del campo de la Salud Mental por lo cual hay varias disciplinas que conforman el equipo, Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, acompañantes terapéuticos, hay nutricionista también, Enfermería, esas son las disciplinas y los profesionales que desempeñan su labor de manera estable en el hospital, también contamos con un grupo de residentes que van variando. La organización se da por una distribución de tareas que por momentos es rotativa dado que somos varios en el equipo, si bien cada profesional se ocupa de su área particular de conocimiento también puede estar abocado a el acompañamiento en otros espacios, como talleres, ya que apostamos mucho a lo grupal, a lo colectivo y es esto lo que puede ir variando, pero siempre coordinando las intervenciones y trabajando en equipo mediante comunicación constante y reuniones.	interdisciplinario.	Residentes. Tareas rotativas. Multifuncionalidad. “área particular de conocimiento”. Apuesta a lo colectivo-comunitario Reuniones.
---	----------------------------	--

Julieta: De entrada, decís que es un equipo interdisciplinario ¿consideras que hay momentos en que no se da lo interdisciplinario? Profesional: Por supuesto que sí, el trabajo interdisciplinario no es algo fácil, no siempre sucede, si bien nosotros tenemos un discurso común que nos atraviesa que es el campo de la Salud Mental, después está lo específico de cada disciplina y en ese sentido la concepción de sujeto que cada uno tiene puede ser diversa en consideración de lo disciplinar. Por ejemplo, yo trabajo desde la práctica del Psicoanálisis y mi concepción de sujeto es la del sujeto del inconsciente, más allá del paradigma de Derechos Humanos ligado al campo de la Salud Mental al cual nosotros apostamos cuando trabajamos con sujetos con grave padecimiento psíquico. Entonces en este punto claramente hay diferencias respecto a los modos de intervención, las estrategias que cada uno puede dar y no siempre se comparten los mismos lineamientos de trabajo, por más que todos apostemos a este paradigma de Derechos Humanos. Está lo específico de cada intervención de cada disciplina que a veces hace que haya diferencias, que no haya determinados acuerdos o el mismo criterio, que no tiene porque tampoco haber, puede haber esas diferencias; uno puede trabajar de otra manera y a pesar de eso sostener el equipo de trabajo, porque ese padecimiento subjetivo es necesario que sea abordado desde otras disciplinas, porque no solo estamos hablando de lo subjetivo de una vida psíquica, sino también de lo social, de lo económico, en lo laboral, que hace necesario que otras disciplinas también intervengan. Pero bueno, hay diferencias, no habría interdisciplina y trabajo en equipo, si no hay rispideces y diferencias.		“El trabajo interdisciplinario no es algo fácil”. Salud Mental Interdisciplina. Paradigma de Derechos Humanos. Diferencias de criterios. Distintas disciplinas. Rispideces y diferencias.
Julieta: ¿Cuál es tu rol y función dentro del equipo?		

Profesional: Las funciones del dispositivo, de los profesionales que trabajan en el dispositivo, si bien hay cuestiones profesionales que son específicas y atañen al específico de cada disciplina y que son funciones que se cumplen de manera disciplinar, también hay otras funciones que son rotativas, que van variando en función de las necesidades del dispositivo y de diferentes situaciones que van surgiendo, que se acuerdan de que se pueda ofrecer determinada propuesta terapéutica. Entonces en ese sentido, mi función en el dispositivo tiene que ver con algo propio de la disciplina de la Psicología, en realidad más bien en la práctica del Psicoanálisis que tiene que ver con la escucha clínica y en el dispositivo analítico que se puede instaurar con la población, con cada uno de los pacientes que llegan al dispositivo. Más allá de eso, a lo largo de estos años he ocupado espacios grupales, en este sentido recuerdo que en algún tiempo estuve en el espacio de caminatas y actualmente estoy además en el espacio de grupos de familia, trabajando con los familiares y los referentes de usuarios del dispositivo de HdD. Recuerdo también estuve en el taller de cine, coordinando, co coordinando porque éramos dos, el taller de cine que era también una oferta de espacio grupal que se ofreció en HdD y funcionó también durante un par de años; es decir ha ido variando, en relación a las diferentes ofertas o propuestas del dispositivo en lo que tiene que ver a las cuestiones grupales. Y sostener, paralelamente las entrevistas individuales, como practicante del Psicoanálisis desde la escucha psicoanalítica en mi caso.		Multifuncionalidad. “funciones que son rotativas”.
Julieta: ¿Tenías antes del trabajo en HdD conocimientos de la práctica del AT? Profesional: Sí claro, porque trabaje años en sala también, así que conocí ahí el trabajo con acompañantes terapéuticos, si bien la tecnicatura tiene pocos años en la facultad, yo		Experiencia AT.

comencé en el 2007 /2008, recuerdo haber llevado en ese momento el tratamiento de pacientes que estaban internados y recuerdo que hubo en ese momento, la mayoría practicantes de la tecnicatura, con los que incluí el AT puntualmente en algunos casos, entonces a partir de ahí conozco también hace muchos años.		Trabajo en equipo. Interdisciplina.
Julietta: ¿Y qué criterios se utilizan para la inclusión de un at? Profesional: Si bien los criterios como tales varían en el caso por caso y la singularidad de cada usuario, porque el acompañante viene a cada caso por una cuestión diferente. Se evalúan las situaciones, se solicitan quizás los acompañantes en usuarios en los que se dificulta la llegada a la institución o en los que les es difícil sostener los espacios por particularidades propias de los que asisten, que tienen dificultades con el lazo social, un debilitamiento en ese sentido que hace que se vea afectada la circulación del usuario por ciertos lugares y necesitan esa llegada más allá del hospital.		“singularidad de cada usuario”. Inclusión AT. “se dificulta la llegada”. Dificultad con el lazo.
Julietta: ¿Podrías identificar beneficios y obstáculos en la inclusión de un at a un tratamiento? Profesional: Si, beneficios creo que algo de eso estuve ubicando, sobre todo en padecimientos psíquicos graves, nosotros trabajamos con psicosis, neurosis graves, donde tiene que ver con el lazo social que está fracturado, debilitado y eso hace que prevalezca el aislamiento, la introversión y la dificultad para caminar por espacios y andar por espacios sociales, para llegar al dispositivo y entonces la inclusión del AT apunta a ese sentido, a poder hacer que esa persona pueda llegar al dispositivo, que pueda salir, que pueda hacer un primer lazo ahí con ese otro, es por ejemplo un posible motivo para la inclusión del at, en ese		“llegar al dispositivo”. Obstáculos AT.

sentido es valioso y necesario. Los obstáculos me parecen son a nivel más allá del profesional, a nivel de la institución. Hay otros obstáculos administrativos burocráticos, que hacen que esas intervenciones se dilaten en el tiempo, que no se puedan realizar, que un at no se incluya en el momento en el que tiene que incluirse y entonces eso produce pérdida en el tratamiento, afecta particularmente a ese sujeto que es frágil, rudimentario, que era necesario justamente en un determinado momento por determinadas circunstancias, se pueda incluir el profesional at y la obra social u otro tipo de dificultades hacen que esto se dilate, que no se dé. Es decir, los obstáculos burocráticos administrativos institucionales, esto sería un obstáculo más macro, de una mirada más amplia de aquel at que se incluya a trabajar en un efector de salud público. Y en lo particular del profesional dependerá de cada uno, de esos acompañantes terapéuticos, de los otros profesionales del campo de la Salud Mental que conforman a ese equipo y que atienden a ese sujeto para ver si pueden conformar equipo. A veces sucede que el at aparece como en los dos extremos, ceñirse mucho a las indicaciones o intervenciones que puedan venir del lado del psicólogo, del psiquiatra, de la obra social, digamos de otras disciplinas del campo de la Salud Mental o aparecer en la vertiente contraria de trabajar como solo, que no siempre pasa. A veces pasa, no para generalizar, a lo largo de mi experiencia he tenido buenos intercambios, buenos encuentros y otros casos no, sin compartir las intervenciones, sin incluirse o querer incluirse en lo que es el diálogo con otros profesionales, pero esto ha pasado en muy pocos casos.	Resulta interesante la diferencia que hace en este punto, sobre los obstáculos.	Articulación interinstitucional. Obstáculos administrativos institucionales. “ver si pueden conformar equipo”. Obstáculos profesionales.
Julietta: ¿Podrías situar algún punto en común en lo que es la práctica del psicólogo y del at?		Puntos común at-psicólogos.

Profesional: Me parece que lo que sería punto en común tiene que ver con la escucha, también con otras disciplinas que conforman el campo de la Salud Mental. Entiendo que el at hace un trabajo más en la cotidianeidad del paciente, más cuerpo a cuerpo en la patología grave, pensando particularmente en el sujeto psicótico donde está arrasado el lazo social, donde predomina todo lo que tiene que ver con la introversión y el aislamiento y el acompañamiento tiene más que ver con ese trabajo de estar allí en la cotidianeidad, en el día a día, para ir armando todo lo que estaba allí arrasado. La función, en ese punto me parece que pueden tener intervenciones que puedan acercarse, pero no sé si semejanzas, creo que son intervenciones diferentes, pueden encontrarse en el día a día, pero son intervenciones diferentes y que también son diferentes cada una de las disciplinas, es diferente mi intervención a la del at, también a Terapia Ocupacional, a Trabajo Social, si bien algunas cosas nos podemos aunar o nuclear o tener miradas en común, hay cosas que son específicas, que nos diferencian.		Escucha. AT cotidianeidad. “intervenciones que puedan acercarse”. “miradas en común”.
Julieta: ¿Crees que hay articulación entre el trabajo del psicólogo y del at? ¿Qué sugiere la articulación entre estos dos profesionales? Profesional: A mí me parece que si, al menos mi experiencia ha sido buena en general con los acompañantes, tanto con los ya profesionales como con los practicantes, en general ha sido buena la experiencia de trabajo con ellos, al menos de manera ordenada, he tejido redes como para poder trabajar en equipo y que se constituya un espacio de diálogo, de intercambio, de encuentro en donde podamos ir trabajando el caso por caso, las intervenciones necesarias, puntuales en cada uno de los casos diferentes en función del sujeto.		Articulación at-psicólogos. Redes.

Siento que he tenido la posibilidad, que ese trabajo interdisciplinario, en equipo ha estado a lo largo de estos años en los diferentes momentos que me ha tocado y me toca trabajar con acompañantes terapéuticos presentes.		Trabajo en equipo.
Julieta: ¿Realizarías alguna modificación en la dinámica de trabajo con los acompañantes terapéuticos? Profesional: Creo que sí, la modificación tendría que ver con esto de lo que hable antes, vendría por el lado de eso burocrático administrativo que se presenta como obstáculo, que el acompañante tenga el reconocimiento y las condiciones laborales necesarias para realizar sus intervenciones de manera fluida, ya que, si eso no se da así, repercute directamente en los usuarios. Julieta: Bien, comprendo, iremos terminando con esto, muchas gracias. Profesional: De nada, espero te sirva.		Modificaciones AT. Condiciones laborales.
ENTREVISTA N°3 FECHA Y HORA: 4 de mayo de 2022. 19hs.		
Julieta: El tema de la investigación es representaciones de interdisciplina de psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos en el HdD. Para la realización de estas entrevistas se envió un consentimiento informado, en relación al cual vale aclarar que tendrán acceso a la información aquí recabada docentes de la facultad, siendo resguardados los datos exclusivamente al ámbito académico, para lo cual quisiera solicitar su acuerdo. Profesional: Sí claro, estoy de acuerdo, no hay problema. Julieta: Buenísimo, primeramente, quisiera saber ¿hace cuánto estás trabajando en el dispositivo de HdD? Profesional: Puntualmente en HdD yo inicie en abril de 2020 justo cuando se inicia la emergencia sanitaria por la pandemia, pero tenía ya conocimiento y acercamiento al dispositivo porque yo hice la RISAM, que tiene sede en el	Actitud amable, muy predispuesta.	RISAM, primer pasaje por HdD. Trayectoria en

HESM y en esos cuatro años de residencia estuve en conexión o a profesionales del equipo o al dispositivo el Entrevero que es un emprendimiento que se desprende de HdD y yo participe en el equipo. Entonces si bien hablando estrictamente empecé en Abril de 2020, yo los conocía y tenía vínculo con el mundo de HdD, igual a medida que fui entrando fui conociendo más la dinámica y cómo se va pensando y armando, pero oficialmente hace dos años estoy.		HESM.
Julieta: ¿Cómo es el equipo de trabajo y su organización? ¿Lo consideras interdisciplinario? Profesional: A mí me da mucho gusto trabajar en este equipo y creo que hay una construcción de equipo que intentamos siempre apostar a eso, a seguir pensando nos, solemos recurrir a espacios de supervisión, tenemos los viernes nuestras reuniones de equipo que intentamos respetar al menos esas dos horas, donde todos los profesionales nos encontramos. Porque algunos vamos unos días, otros otro, entonces nuestro encuentro presencial suele ocurrir, pero los viernes es un momento donde también retomamos cuestiones que nos atraviesan, desde proyectos nuevos que podemos estar gestionando hasta abordar situaciones más críticas, poder acompañarnos también y creo que en general hay un acompañamiento desde lo afectivo y un cuidado del otro, entonces hay un clima de trabajo con sus momentos lógicos de diferencias, de disputas, de plantear conflictos, pero en general hay un clima de trabajo que creo que refleja un intento de trabajo en equipo y en interdisciplina. También la construcción de lo que llamamos mini equipos, que son acompañamientos a situaciones más singulares, que no son siempre iguales. En estos abordajes más singulares, un poco en función de las necesidades de la situación, de	Habla con gusto, lo transmite en sus palabras.	“Seguir pensando nos”. Supervisión. Reuniones. Interdisciplina. “acompañamiento desde lo afectivo y cuidado del otro”. “clima de trabajo”. Trabajo en equipo.

cómo se va pensando el tratamiento y el abordaje y también en función del recurso existente y de las posibilidades y los límites que también como equipo tenemos; porque bueno, hay muchas situaciones y en general el campo de la Salud Mental es bastante complejo y se nos van presentando situaciones de mucha complejidad y vamos armando y rearmando en función de eso. También es un equipo que recibe habitualmente estudiantes, pasantes, practicantes, concurrentes, residentes y eso le otorga también mucho movimiento a la dinámica general de funcionamiento porque nos aporta como otras miradas y solemos estar a gusto de acompañar esas trayectorias. Somos un hospital escuela, muchos hemos tenido esa posibilidad y entendemos que también es bueno poder aportar a eso, en general tengo esa perspectiva. En cuanto a la organización intentamos eso, ir compartiendo actividades que hacemos, por ejemplo, dentro del dispositivo funcionan emprendimientos grupales, varios. Ahora también el área laboral del hospital que con la pandemia se quedaron sin lugar porque ese lugar era usado de sala de aislamiento, entonces les prestamos un espacio y medio ya que los adoptamos y la Pinera que es un emprendimiento que no nos pertenece directamente ya funciona ahí. Estamos también con varios proyectos de un punto de venta hacia la calle, entonces estamos ahí construyendo un nuevo dispositivo laboral. En HdD funcionan también muchos talleres ligados a lo cultural, a lo artístico y en general intentamos que todo vaya pudiendo acomodarse, privilegiando mucho que los usuarios lleguen a esos espacios grupales y en función de eso organizar los abordajes singulares. Nuestra gran apuesta es a lo colectivo,		Límites. Salud Mental. Exceso. “otras miradas”. Propuesta formativa HdD. Apuesta a lo colectivo/ comunitario. Organización HdD. “que los usuarios lleguen a esos espacios grupales”
--	--	---

pensar otros recursos para no quedarnos atados solo a estos modos más tradicionales de la Psiquiatría, la Psicología o cualquiera de las disciplinas en su mirada más particular, una clínica que es necesaria pero que muchas veces queda restringida. Entonces lo comunitario o esto de lo grupal es como esta gran oferta que podemos pensar desde el dispositivo hacia quienes lo requieren, si aparece como demanda y cuando no aparece como demanda del usuario poder empezar a trabajar esa construcción, para que sea posible habitar esos espacios grupales, que pueden ser a veces la sala de ensayo, por decirlo así, para comenzar a ligarse a otros espacios más de la comunidad o para poder convivir mejor con esos otros familiares, con otros con los que teje lazo.		recursos”. Interdisciplina.
Julietta: ¿Podría identificar momentos en que este trabajo del equipo no es tan articulado, en que no se da la interdisciplina? Profesional: Si, por supuesto que los hay, yo creo que, a ver, si tuviera que hacer un ejercicio más de reflexión sobre mis dificultades en esos momentos para pensar después que puede pasarle a otros, a veces tiene que ver con cierto exceso en la tarea. Por ejemplo, en este momento que también decidí apostar a otro espacio de género, ahora voy dos veces y media digo yo por semana a HdD, porque voy dos veces y un día cada quince y la verdad que es un dispositivo que sería súper interesante poder habitarlo más en lo cotidiano, para tener otros tiempos a la hora de pensar ciertos momentos de reunión o de encuentros que son necesarios para construir interdisciplinariamente las intervenciones. Así y todo creo que eso de estar en varios espacios y a todos nos pasa un poco eso en el hospital en general, es muy raro que un profesional esté abocado a un único dispositivo.		Obstáculos interdisciplina. Exceso. “estar en varios espacios”.

Entonces eso complejiza la tarea, también la diversifica y nos gusta, sino sería todo mucho más cuesta arriba, hay algo de la diversidad que también creo que muchos elegimos y bueno, después a veces se nos vuelve un poco en exceso. Creo que los momentos, no sé si llamarle caóticos, a veces tienen que ver con, la vez pasada conversábamos, trabajamos también en un terreno complejo atravesado por muchas imposibilidades también, que a veces nos impotenzan un poco o en momentos de cierto recrudescimiento de cuestiones de crisis económica, con la pandemia ni hablar todo lo que fue esa coyuntura, hace que a veces esa frustración también aparece como cuestión ahí, más efecto de la dificultad para pensar lo que si hay. Entonces creo que somos un equipo que en general gestionamos mucho y no nos quedamos paralizados frente a eso, pero bueno, hay momentos donde una situación nos atraviesa por demás y entonces quedamos ahí, un poco reunión tras reunión trabajando una misma cosa que tiene que ver con algo que no estamos pudiendo quizás soltar o hablar con otros. Pienso que no es fácil la articulación interinstitucional tampoco, en esto de pensar otros actores relevantes que no sean solo del hospital o de lo sanitario y bueno, muchas veces en ese terreno aparecen dificultades pero hacemos con eso.		De diversidad a exceso. Articulación interinstitucional. “dificultades, pero hacemos con eso”.
Julieta: ¿Cuál es su rol y función en el dispositivo? Profesional: Bueno yo soy psicóloga, soy una de las psicólogas del equipo y actualmente trabajo en los mini equipos. Soy psicóloga de algunas usuarias que concurren a HdD, que en mi caso dado que yo entro por una licencia de una colega, tomé la intervención en sus situaciones y además volví a integrar el equipo de salud que acompaña el emprendimiento El Entrevero que es un emprendimiento productivo en Salud Mental, que funcionaba en la facultad		Multifuncionalidad.

de Trabajo Social y con la pandemia nos hemos reconfigurado. Así que más que nada estoy en eso, en la pata laboral del dispositivo acompañando esos proyectos más grupales y estos otros procesos más singulares. En principio, después van surgiendo otros proyectos y también nos vamos sumando. Desde el dispositivo integro además el espacio de Género y Diversidad que es un espacio que no existe hace tanto en el hospital. Trabajo en HdD, en consultorios externos del hospital, que la mayoría de los psicólogos y psiquiatras estamos abocados también a ese dispositivo y desde el 2020, más formalmente 2021 se constituyó un espacio de Género y Diversidad con un grupo de compañeras para pensar más transversalmente políticas desde esta perspectiva, para pensar el hospital en general, ahora armamos también un protocolo para violencia en el marco de la institución, empezamos a acompañar en esas líneas, estuvimos abocadas a Ley Micaela y demás. Así que ese es otro ámbito en el que trabajo, no desde HdD, pero es desde mi pertenencia ahí también que está habilitada esta participación. He participado en HdD en algunas admisiones pero debo decir que no es lo que más he hecho, hay otros compañeros que por ahí se suman más a esa instancia también.		
Julieta: Hablaste antes de otros actores relevantes, ¿conocías la práctica del at? y ¿cuál es tu experiencia con ellos? Profesional: Yo en la carrera, durante mi formación de grado no trabajé previamente en equipos donde hubiera acompañantes terapéuticos, cuando me recibí al poco tiempo entre a la residencia y ahí rápidamente empecé a conocer la figura de at, supe de toda la movida política de UADER en relación a poder pensar las incumbencias		No tenía conocimiento del AT, previo al ingreso a HESM.

profesionales, a poder jerarquizar esa función, algo que yo la verdad que desconocía previamente y ahora es cotidiano mi trabajo con acompañantes terapéuticos y la experiencia es súper rica, no sé si puedo decir en todos los equipos, pero en casi todos los equipos en los que intervengo si no estaba ya previamente la figura, muchas veces la pensamos como un recurso sumamente importante y trabajamos codo a codo. En el dispositivo en este momento hay un solo cargo de at y después los demás con quienes trabajamos son gestionados más a través de las obras sociales, de incluir salud, de otros recursos porque el hospital cuenta con muy poco recurso propio, no sabría decirte cuantos en total en el hospital pero son muy pocos, muy pocos, para la centralidad que tienen en las intervenciones.		Experiencia AT. “trabajamos codo a codo”.
Julietta: ¿Qué criterios se utilizan para poder incluir un at? Profesional: A ver, son muy diversos los criterios de inclusión acorde a la situación. Eso sí hay que decirlo, para nosotros, lo hablo medio en plural porque creo que es una perspectiva que compartimos como equipo de HdD, donde es habitual el laburo codo a codo con acompañantes terapéuticos; puede ser una pavada pero nosotros tenemos grupos de WhatsApp por cada mini equipo, para poder estar muy articulados en términos de intervención y en todos los equipos los acompañantes terapéuticos forman parte del equipo ese de comunicación y sistemáticamente generamos reuniones en el dispositivo, más o menos frecuentes según las necesidades que se van presentando, pero es un diálogo que generamos constantemente, de poder pensar las intervenciones con los acompañantes articuladamente, pensar los objetivos, cuando hay algo ahí que no va poder repensarlo, es algo que muchas veces en las supervisiones, cuando se supervisa alguna situación, muchas veces los acompañantes por más que no son del equipo en términos		Inclusión AT.

estrictos de contratación, participan en la supervisión, los pensamos como equipo ampliado si se quiere. Dicho esto, en general cuando pensamos un acompañante puede tener que ver con que la persona no está pudiendo llegar a algunos espacios que son quizás claves para pensar ese abordaje en Salud Mental o porque quizás, pensamos que es importante llegar a ese domicilio de forma un poco más frecuente, para ir trabajando cosas que se presentan ahí, ya sea porque la usuaria o el usuario vive sin otros, vive solo y quizás poder pensar ahí una figura de acompañamiento a restituir algunas tareas que tienen que ver con la cotidianeidad y poder pensar esos apoyos. A veces cuando si hay otros convivientes pensar algo de lo que se da ahí en esos vínculos. Muchas veces con habitar otros espacios sociales, quizás al hospital llegan, pero hay dificultad para poder llegar a otros espacios y poder ampliar a veces cierta trayectoria, cierta circulación en lo social, entonces muchas veces pensamos un acompañante desde esa perspectiva más ligada a proyectar otros objetivos. Por ejemplo, hace poco incorporamos un acompañante en un equipo para una usuaria y viene pudiendo trabajar la llegada a la escuela que era un espacio que hacía rato que no había podido retomar y desde ahí, se van construyendo otros objetivos. Y a veces sucede que cuando los usuarios también participan de algunos dispositivos grupales, los acompañantes no solo intervienen respecto del uno a uno sino también en el dispositivo más grupal, por ejemplo, algún acompañante o practicante de acompañante que se ha sumado a algún espacio, a acompañar a una usuaria en su inclusión al emprendimiento, entonces participa de la escena grupal también y quizás está en esa grupalidad brindando un soporte para que algo de eso se vaya pudiendo también transitar y a medida que vamos evaluando que algo de eso va pudiendo hacerse, la idea es poder reconfigurar esos		At parte del equipo. “No está pudiendo
---	--	--

objetivos. Nos ha pasado con un usuario que no solo por la pandemia, pero realmente estaba muy dificultado el poder llegar siquiera al dispositivo, entonces la acompañante empezó a poder acompañarlo a las entrevistas, cuando algo de eso ya fue posible de ser despejado, porque él pudo empezar a subirse al colectivo, soportar ciertas ansiedades que le generaba esa llegada, la acompañante terapéutica pudo empezar a acompañar otras gestiones más en su domicilio, poder acompañar otra cotidianeidad, enriquecer algo de eso. Entonces los motivos por los que se incluyen en los equipos pueden ser unos y después a medida que se va desarrollando ese vínculo y ese proceso, a veces también se van reconfigurando. Julietta: Entiendo, se va configurando la función del acompañante de acuerdo a las necesidades de cada usuario. Profesional: Si y en ese sentido también para nosotros, es importante poder pensar ese tiempo de conocimiento, sobretodo me ha pasado de sumarme a equipos donde quizás un at ya viene trabajando hace un tiempo largo con ese usuario o usuaria, pero en otras situaciones donde quizás se hizo un cambio de acompañante o bien se pensó en ese recurso como una novedad para esa persona en particular, que esos objetivos se vayan construyendo en ese vínculo, que se vayan estableciendo. Si bien tenemos nosotros objetivos que vamos delineando de porque pensamos esa inclusión, por supuesto que va emergiendo también en ese vínculo que se crea en ese momento, entonces va siendo como en diálogo.		llegar”. AT puente con el afuera. AT terceridad. AT cotidianidad.
Julietta: Si, en construcción. En relación a esto mencionas situaciones en las que el acompañante aporta o beneficia ¿podrías identificar obstáculos con su inclusión? Profesional: A ver, obstáculos, pienso siempre en relación a la experiencia mía directa, porque puedo pensar también		Obstáculos AT.

en función de otros avatares, también de lo que vamos debatiendo en el equipo. Me parece que hay veces que pueden estar ligadas al mismo trabajo en equipo, ya que no necesariamente siempre hay equipos articulados y a veces los acompañantes terapéuticos se suman a una configuración de equipo que es preciso tal vez anudar mejor. Muchas veces también, la función del at ayuda a establecer esos puentes, cuando otros profesionales que intervienen en las situaciones no pertenecen a la misma institución, entonces esto lógicamente hace que bueno, las dificultades en las articulaciones sean mayores o requieran de otra disposición. Entonces en ese sentido es muy importante que el at pueda estar en comunicación con los otros referentes, pero que también esto sea un trabajo de ida y vuelta, que los otros referentes del equipo también puedan estar integrando al at, no caer de un lado ni del otro este obstáculo. Pienso también que algunas dificultades se pueden presentar cuando ciertos bordes a la intervención del at se desbordan, ellos están mucho tiempo en territorio, en el trabajo cotidiano con los usuarios y eso muchas veces también puede conllevar ciertas dificultades a la hora de pensar límites, que nos pasa a todos los profesionales o a todos los trabajadores en diferentes momentos, pero bueno, con la presencia intensa que muchas veces las figuras del at tienen en territorio, en el trabajo en el domicilio, en el acompañar trayectorias que implican un rato largo quizás de la semana, del día, de estar acompañando, esto puede tornarse quizás un obstáculo que no implica necesariamente tener que cerrar un acompañamiento, pero sí poder pensar ciertas instancias para re encuadrar ese abordaje, para reencausarlo. Otra dificultad tiene que ver con condiciones laborales de los acompañantes que siguen estando en el sistema de salud nuestro muy precarizadas esas condiciones y esto genera muchas veces desgaste en el ejercicio cotidiano de los		Obstáculos profesionales. Dificultades en las articulaciones. “trabajo de ida y vuelta”- Reciprocidad. AT Límites. AT encuadre. Condiciones laborales precarias.
--	--	--

compañeros y eso también puede tornarse un obstáculo a la tarea, cuando los medios para transportarse, cuando los contexto de intervención, cuando como digo muchas veces, los equipos de salud no están en condiciones de poder pensar articulaciones, eso lleva muchas veces a obstáculos a la función del at y mucho de esto puede desprenderse de las condiciones de trabajo precarias, informales y de no reconocimiento desde lo salarial y desde lo simbólico muchas veces también.		
Julietta: ¿Podrías situar puntos en común entre la práctica del psicólogo y del at? Profesional: En relación al AT y la Psicología pienso esa función del estar como intervención, el hecho de una presencia que puede alojar algo en términos de una escucha receptiva, que pueda ser respetuosa de las temporalidades de ese otro, que pueda hacer esa lectura en términos clínicos de que necesita ese otro para poder llegar a ciertos lugares o poder transitar ciertos malestares, creo que es mas eso, una función de presencia. Por eso también nosotros tanta relevancia les otorgamos en los equipos a los acompañantes, porque es una presencia mucho más intensa, mucho más atenta al detalle de ese cotidiano que quienes quizás estamos con ese usuario o usuaria y lo recibimos en ese espacio semanal, quincenal o bien depende de las circunstancias. Pero podemos hacer un acompañamiento, quizás un poco menos riguroso en términos de conocer bien la trama bien chiquita de los vínculos, conocer mucho más de cerca cierta cosa de la historia, de entrar en esa trama directa de lo cotidiano. Entonces es una presencia en ese sentido muy significativa, no puedo decirlo en términos de más o menos, pero sí que es muy significativa y creo que muchas veces, no siempre, pero muchas veces no se le otorga tanta importancia al acompañante en relación a otras		Puntos en común at - psicólogo. Escucha. Presencia. AT cotidianeidad.

intervenciones, porque también hay cierta hegemonía de algunas disciplinas por sobre otras y pareciera que lo que transcurre en los espacios hospitalarios es lo más importante y después la gente sale y le pasan también un montón de otras cosas y el acompañante está mucho más cerca de todo eso otro que le pasa, entonces también aporta. Hoy sin ir más lejos, una situación de un acompañante que el usuario no quiso subirse a la ambulancia, estaba con una situación, al final era una infección urinaria, pero al margen, la acompañante dice sino voy yo, él no quiere ir, entonces yo le digo bueno vamos a ver. Ella tampoco tiene ese margen de disponibilidad, porque el profesional no está siempre y la acompañante dice no, lo que pasa es que se angustia mucho cuando está en el hospital, el hospital San Martín puntualmente. Claro, ella siempre es quien lo acompaña al hospital entonces tiene esa lectura, que no pasa lo mismo cuando va al centro de salud, bueno entonces está más en ese detalle y puede atender a eso, estar atento también a esas lecturas y esas observaciones y a todo lo que movilizan. Julieta: Si, esa inmersión en la intimidad del usuario que por ahí da este pantallazo sobre estos detalles que no se tendría de otra manera. Profesional: Precisamente eso.	Esto de la hegemonía me recuerda a uno de los supuestos de esta investigación.	Diversificación de la transferencia- El profesional no está siempre.
Julieta: ¿Consideras que hay articulación entre at y psicólogo? ¿De qué manera? Profesional: Mira en tanto yo entiendo que tenemos que poder trabajar en equipo, creo que es fundamental poder conocer, estar articulados respecto cuales son las actividades, si la persona está o no llegando, que cada tanto podamos conocer cómo es la situación en el domicilio si fuera ese el ámbito de intervención o poder estar sistemáticamente en articulación o en comunicación a veces		Trabajo en equipo. Articulación at-psicólogos.

a través del teléfono, a veces en reuniones, a veces en espacios de supervisión, es algo que nosotros permanentemente generamos estas instancias de encuentro. Pero que cuando algo de eso no está facilitado, por muchas circunstancias puede verse un poco interrumpido el trabajo en equipo, que en principio es nuestra perspectiva y así intentamos trabajar, al menos yo intento eso, no intento, pensamos que es un recurso más dentro de los equipos. Después lo que pasa es que son otras las condiciones de contratación y la verdad que la precarización en ese sentido es mucha, ya que quienes tienen acceso a obras sociales acceden a ellos así con todas las dificultades que eso conlleva, porque la verdad los atrasos en los pagos son enormes. Hemos tenido que hacer en algunas circunstancias informes para demandar acompañar a nuestros compañeros acompañantes, en una demanda a la obra social o como intentar algo de eso, o en otras ocasiones la familia tiene un margen para poder pensar un pago al menos simbólico hasta tanto la obra social restituya algo de eso, porque hay situaciones que pasan meses sin cobrar y es muy desgastante también trabajar así, con todo el riesgo que implica también el trabajo en sí. Sino quienes no tienen una obra social acceden a través de Incluir Salud, que sería el del Estado podríamos decir, bueno está el recurso de acompañante para quienes tienen certificado de discapacidad, pero implica también esas gestiones y las condiciones son de bastante precarización en el pago, en el cronograma de pagos y demás.		“instancias de encuentro”.
Julietta: Por último, ¿Realizaría alguna modificación en la dinámica de trabajo con los acompañantes? Profesional: Creo que va todo bastante de la mano, creo que, si otras fueran las condiciones en general de trabajo, no solo en cuanto al pago, porque también para poder trabajar		Condiciones laborales precarias.

en equipo hay que tener disposición a eso. Puede haber muchísimos recursos materiales relegados a esas cuestiones y que eso tampoco acontezca. Pero bueno, creo que si otras fueran esas condiciones quizás tendríamos otros tiempos para las intervenciones. De todos modos, hacemos lo que vamos pudiendo también dentro de ciertos márgenes, por eso digo quizás si no estuviéramos por momentos con cierta sobrecarga en el trabajo, tendríamos más tiempo para reunirnos, para realizar espacios de lectura, para pensar otras cuestiones que muchas veces terminan sucediendo por fuera de la institución, pero sí acompañadas por la institución. Me parece que sería a veces eso la modificación, mejorar las condiciones de trabajo, la movilidad, si contáramos con otros recursos a la hora de pensar; bueno eso, viáticos, no sé, se me ocurre eso, otros accesos a otros recursos quizás habría cuestiones que estarían más facilitadas. Eso también pensando en las condiciones de vida de con quienes trabajamos, que muchas veces el padecimiento no está desligado de esas condiciones muy vulnerables y eso también hace a la complejidad de la intervención, porque muchas veces hay que poder acompañar en situaciones habitacionales sumamente complejas o donde quizás ese trabajo de ese emprendedor usuario es, entonces se dan situaciones también ligadas muchas veces a estas condiciones de pobreza, que sumado eso a la precarización laboral conlleva también otras dificultades. Claramente sería sumamente interesante en muchos dispositivos del hospital y fuera del hospital, ni hablar en un dispositivo como HdD, contar con más acompañantes terapéuticos, si hay algo de la función del acompañar en lo cotidiano y en la cuestión del lazo y en el acceso a otros bienes y otros derechos que a veces estuvieron restringidos. Bueno eso, los acompañantes tienen muchísimo para		Obstáculos en la interdisciplina. Sobrecarga. Exceso. Modificación en condiciones laborales. Modificaciones AT. Más profesionales.
--	--	---

aportar y estaría buenísimo que formen parte de un plantel como decimos talleristas. Julieta: Bueno, hasta acá estaríamos, te agradezco mucho por tu tiempo y predisposición.		
ENTREVISTA N°4 FECHA Y HORA: 19 de mayo de 2022- 9:00 hs.		
Julieta: Para empezar, el tema de la investigación es representaciones de interdisciplina de psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos en el HdD y para abordarlo previo a la realización de estas entrevistas se envió un consentimiento informado, de acuerdo al cual vale aclarar que tendrán acceso a la información aquí recabada, docentes de la facultad, siendo resguardados los datos exclusivamente al ámbito académico, para lo cual quisiera solicitar tu acuerdo. Profesional: Si, estoy de acuerdo claro. Julieta: Bien, entonces para comenzar quisiera saber ¿hace cuánto trabajas en el dispositivo? Profesional: Hace diez años, primero hice mis prácticas de las carreras, porque soy psicóloga y acompañante terapéutica y después si ingrese a trabajar como profesional, diez años hace que estoy con suplencia, como trabajadora; después hace un par de años más que estoy también, hace como quince años en el hospital en total.	Ante esta pregunta, hace un gesto indicando que hace mucho.	Trayectoria en HESM.
Julieta: ¿Cómo se conforma el equipo de HdD y cuál es su organización? Profesional: Bueno, es un equipo numeroso conformado por profesionales de diversas áreas, psicólogos, psiquiatras, trabajadora social, acompañantes terapéuticos, terapeutas ocupacionales y nutricionistas. En cuanto a la organización planificamos por semana, hay planificadas distintas actividades grupales y además las actividades semanales se manejan por día, diferentes espacios por día. Los viernes	Me llama la atención que incluya de entrada al at, como parte del	at parte del equipo.

tenemos la reunión de equipo que es donde nos encontramos todo el equipo de HdD, donde se van discutiendo las situaciones relevantes, en tratamientos individuales que han pasado o que tienen que ver con los emprendimientos, porque están como divididas, divididas entre comillas, todo tiene que ver con un tratamiento. Está más lo grupal, más del lado de lo recreativo si quieres, eso de yoga, arte, caminatas y después están los emprendimientos que son con salida laboral, la idea es que el usuario participe del emprendimiento, trabaje, cobre y que pueda tener una salida laboral.	equipo.	Organización HdD. Reunión. Apuesta a lo colectivo-comunitario.
Julietta: ¿Consideras que esta organización refleja un trabajo interdisciplinario? ¿Por qué? Profesional: Si, es como constante, por eso para mí es fundamental, yo no sé si en otros espacios se da, creo que no, pero en este equipo son fundamentales el encuentro con otros, con otros digo profesionales con los que trabajamos, poder encontrarnos, poder reflexionar y ahí es donde se puede ver la interdisciplina digamos, en que nos encontramos los psicólogos, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales, cada uno desde su perspectiva, vamos como analizando, cómo proyectando que es lo que se necesita, también se definen en ese espacio digamos, poder llamar a alguien externo, para poder supervisar muchas veces casos puntuales o lo grupal o ahora este mes la supervisión por equipo, del equipo de HdD. Es un equipo interdisciplinario porque todo el tiempo se trabaja en equipo, te contaba esto de las reuniones de los viernes donde nos podemos encontrar con los otros profesionales. Generalmente el abordaje de un usuario no siempre está dado por una sola disciplina, está atravesado por múltiples disciplinas, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional,	Esto me hace pensar en abordajes multidisciplinares.	“encuentro con otros”. Interdisciplina. Supervisiones. Trabajo en equipo. Distintas disciplinas.

psicólogo, psiquiatra. Como generalmente en HdD el trabajo fuerte es de lo grupal, entonces en un tratamiento no solo interviene un psicólogo o psiquiatra sino que intervienen otras disciplinas que hacen un tratamiento más que tiene que ver con esto, con que puedan intervenir otras profesiones, no solamente el trabajo en consultorio.		
Julietta: ¿Identificarías momentos en que no se da ese trabajo interdisciplinario? Profesional: No, me parece que siempre estamos atravesados por las distintas profesiones, incluso hay momentos en que la intervención se desdibuja, el psicólogo no solamente hace entrevistas, sino que trabaja con los grupos, trabaja acompañando. Como me está pasando a mi ahora, más allá de que también soy acompañante, pero también surge mucho el trabajo de acompañar a usuarios en otras actividades y no solamente la cuestión más dogmática de la entrevista en consultorio. Entonces los entrecruzamientos y articulaciones se hacen posibles, cada uno desde su disciplina o incluso a partir de la flexibilidad de la intervención.	Se la observa decidida en su respuesta, no duda.	“Intervención se desdibuja” . Interdisciplina. “flexibilidad de la intervención”.
Julietta: ¿Cuál es tu rol y función dentro del dispositivo? Profesional: En un primer momento yo arranque como at y era acompañamiento a situaciones individuales dentro del dispositivo. Por ejemplo, si se necesitaba acompañamiento específico o ir a acompañar, ir a buscar alguna medicación, algo bien puntual, después fueron intervenciones más a nivel grupal, empezamos en su momento un espacio de paseos como acompañante lo hacíamos ahí, planificábamos semanalmente paseos con cinco usuarios de acá que hacíamos por fuera. Después empecé a intervenir más en lo grupal, porque lo fuerte de HdD son las actividades grupales, ahora en la actualidad estoy acompañando un dispositivo de bufet, El Entrevero, que es un		Multifuncionalidad.

emprendimiento laboral, nosotros funcionábamos antes de la pandemia en la facultad de Trabajo Social, eran siete usuarios y teníamos un bufet allá, culpa de la pandemia cerró la facultad, entonces tuvimos que reinventarnos un poco y ahora estamos acá en HdD, ya no tanto como bufet, sino como lo que hicimos ahora son hamburguesas vegetarianas, saludables, entonces estoy ahí acompañando este proyecto. Además estoy como psicóloga ahora, con entrevistas, casos individuales que estoy siguiendo.		
Julieta: ¿Cuál es tu experiencia con el trabajo con acompañantes? Profesional: Es algo de lo que puedo dar cuenta desde distintos ángulos, con los acompañantes entiendo en HdD que la experiencia es siempre interesante para sumar, para trabajar en equipo y ofrecer al usuario los recursos necesarios. Por otra parte, cuando yo me recibí de acompañante éramos medio los primeros y siempre hubo una apertura del hospital en general te hablo y mucho más en HdD, que es el dispositivo en el que yo me quede, pero siempre hubo una apertura a lo nuevo y me parece que siempre se tiene en cuenta la persona, el poder abordar a la persona en su totalidad. No quedarse solamente con las entrevistas individuales, sino que me parece que hay una gran apertura, que todo lo que aporte para que esa persona pueda tener una vida digna digamos, un tratamiento integral, diferente es bienvenido, me parece que hay una gran apertura a las nuevas disciplinas, a los nuevos tratamientos, eso te puedo decir. No así en mi experiencia fuera del hospital, en mis trabajos particulares, en acompañamientos individuales que trabaje con casos puntuales fuera del hospital, acompañe a niños. Por ejemplo, hubo un tiempo que acompañe a una niña con		Experiencia AT. Trabajo en equipo. En HESM y HdD, “apertura a lo nuevo”. Mirada integral. Interdisciplina.

síndrome de Down en escuela, donde era como un poco más solitario el trabajo, si bien se articulaba con la familia, con la escuela y con el equipo que trataba la niña, pero bueno no era tan diario como se da el trabajo acá por ejemplo, esto de la interdisciplina ahí no estaba tan aceitado como puede estar acá en el HdD.		
Julietta: ¿Qué criterios se utilizan para la inclusión del at en el dispositivo? Profesional: Bueno, la inclusión de un acompañante siempre tiene que ver con el momento, con el momento en que este del tratamiento la persona si se necesita esto que por ahí se ve mucho, de que no llega, no llega particularmente acá o son pacientes que quedan muy encerrados. Siempre ahí se busca la inclusión de un at en todo lo que tiene que ver con la llegada a los tratamientos y para que los tratamientos sean posibles, en esos casos así graves de aislamiento o de encierro, de dificultad con el lazo.	Se la observa pensativa.	Inclusión AT. “que no llega”. “dificultad con el lazo”.
Julietta: Me decías antes que la experiencia con los acompañantes es para sumar, ¿podrías identificar obstáculos en su inclusión? Profesional: Por ahí los obstáculos están más que nada dados por la familia, como el at es quien va a un domicilio a trabajar, por ejemplo, por ahí se puede llegar a dar obstáculos en ese sentido, que la familia no sea permeable o que no quiera que el at ingrese, más cuestiones particulares del caso por caso me parece, las dificultades que se pueden generar en el caso, en su singularidad. En general me parece que no habría obstáculos para que pueda intervenir un at. Se me ocurren también como obstáculos cuestiones del traslado o usuarios que vivan en lugares muy lejanos, entonces eso hace que por ahí el at no pueda llegar al	Me resulta llamativo que ubica las dificultades fuera, familia o traslados.	Obstáculos AT. Singularidad. Traslados o distancias.

domicilio y muchas veces nos pasa eso, que decimos estaría re bueno que pueda estar en el domicilio y por ahí pasan esas cosas, que viven muy lejos o en lugares muy peligrosos. Un obstáculo también puede ser cuando el at no trabaja en equipo, es algo que nos pasó puntualmente así y fue terrible, no podíamos trabajar porque el acompañante tomaba sus criterios y nosotros como equipo pensábamos otros criterios para trabajar y ahí la interdisciplina o el trabajo en equipo no estaba siendo posible.		Obstáculo profesional- “que el at no trabaja en equipo” Diferentes criterios.
Julietta: ¿Podrías situar puntos en común entre la práctica del at y la del psicólogo? Profesional: Si, lo que es el trabajo en equipo sumamente necesario, eso me parece que es como lo fundamental de una práctica y la otra, trabajar en conjunto. Me parece que el at aporta muchísimo a un tratamiento, que por ahí desde la práctica psicológica, no se alcanza a vislumbrar todo acerca de una persona, el acompañante aporta mucho lo que tiene que ver con el contexto, la familia, interviene en campo. Si bien el psicólogo es quien escucha todo eso, el acompañante trae un material mucho más rico, para el momento de abordar un caso.		Puntos en común at- psicólogo. Trabajo en equipo, intercambio. “at aporta muchísimo a un tratamiento”. AT cotidianeidad.
Julietta: ¿Considera que hay articulación en el trabajo entre psicólogos y acompañantes terapéuticos? Profesional: Mucha, yo lo trabajé mucho en mi tesis en relación a la psicosis más que nada, puntualmente en la psicosis yo decía esto, que para mí hoy por hoy, no hay tratamiento posible en la psicosis y en estas problemáticas así graves, sino sumamos un at al equipo, por eso que te mencionaba de que el at aporta un montón de otras cosas, que tienen que ver con el día a día del paciente, bueno que por ahí al consultorio no llegan o el paciente mismo no lo puede mencionar así, por ahí con el at sí y eso es un material súper rico para después poder trabajarlo de otros modos.		Articulación at- psicólogo.

Julieta: ¿Realizaría alguna modificación en la dinámica de trabajo entre acompañantes terapéuticos y psicólogos? Profesional: La verdad sí, esto fundamentalmente, seguir trabajando o trabajar más finamente el trabajo en equipo, si bien se trabaja en equipo, pero reforzar eso, ese trabajo; que no siga pasando que un at se corte solo por ejemplo. Julieta: Bien, bueno agradezco tu tiempo y predisposición. Profesional: De nada, cualquier cosa estoy a disposición.		Modificaciones AT. Reforzar trabajo en equipo.
ENTREVISTA N°5 FECHA Y HORA: 30 de mayo de 2022- 11.00 hs.		
Julieta: Para comenzar te comento el tema de investigación, que es representaciones de interdisciplina de psicólogos que trabajan con acompañantes terapéuticos en HdD. Además, previo a las entrevistas se envió un consentimiento informado de acuerdo al cual vale aclarar, que tendrán acceso a la información aquí recabada docentes de la facultad, siendo resguardados los datos exclusivamente al ámbito académico, para lo cual quisiera solicitar tu acuerdo. Profesional: Bien, entiendo, estoy de acuerdo. Julieta: Bueno, ¿Quisiera saber hace cuanto trabajas en HdD? Profesional: Yo terminé la residencia hace cuatro años, pero desde el primer año de la residencia trabaje en el HdD y siempre mantuve a lo largo de la residencia algún contacto, asique de eso hace ocho años. Actualmente soy suplente y estoy trabajando en el HdD como suplente, ya habiendo terminado la residencia hace cuatro años también, asique en total son ocho con esa salvedad, que cuatro fueron como residente y con una participación que fue modificándose con el tiempo y cuatro que sí estoy trabajando en HdD.	Al iniciar la entrevista se dan algunas interrupciones, hasta que se logra dar inicio.	Exceso. RISAM, primer pasaje por HdD. Trayectoria en HESM.
Julieta: ¿Cómo se constituye el equipo de trabajo del HDD y cuál es su organización?		

Profesional: El equipo es un equipo donde hay diferentes disciplinas formando parte, somos psicólogos, médicos psiquiatras, enfermera, terapistas ocupacionales, hay una psicóloga que mucho tiempo estuvo como parte del equipo siendo acompañante terapéutica. Y bueno el modo de funcionamiento, nosotros tenemos diferentes espacios de trabajo y uno de esos espacios de trabajo es la reunión de equipo que es semanal, todos los viernes, donde vamos construyendo las acciones, lo que nos parece más pertinente, evaluando, haciendo una evaluación también de los efectos clínicos, de los diferentes espacios, sean espacios grupales o los espacios más clásicos como el de psicoterapia o los espacios de consulta con los psiquiatras. Hay también una serie de espacios grupales que van desde talleres hasta emprendimientos sociolaborales y un poco en esos espacios de reunión de los viernes vamos definiendo las acciones y la gestión de los dispositivos que vamos inventando.	Resulta llamativo esto de “dispositivos que vamos inventando”.	Diferentes disciplinas. Reunión. Organización HdD. Apuesta a lo colectivo-comunitario.
Julieta: ¿Consideras que es un equipo que trabaja interdisciplinariamente? Profesional: Yo considero que sí, porque se da como te decía antes, como tenemos reuniones semanales trabajamos en equipo, se dan muchos espacios de conversación entre equipos, entre profesiones, se parte un poco de poner realmente en el centro la dificultad y los recursos también que cada usuario que es atendido tiene para enfrentar las diferentes dificultades que se le presentan, pero también los proyectos de vida que van armando. O sea, no solo la dificultad, sino también las potencias y las posibilidades y eso es una construcción que es permanente entre los profesionales que forman parte del equipo en sí, del equipo grande y de cada equipo de tratamiento o de seguimiento de		Trabajo en equipo. Propuesta singular. Interdisciplina. Construcción.

los usuarios. Así que me parece que sí, que la construcción ahí es interdisciplinaria.		
Julieta: ¿Podrías identificar situaciones o factores que hagan que no se de ese trabajo interdisciplinario? Profesional: A ver, estoy pensando, mira no sé, no sé si específicamente en relación a si el laburo es interdisciplinario o no, puede haber momentos de descoordinación o de diferencias de criterios, donde hay algo de esta comunicación y de esta construcción conjunta que quizás pueda fallar y en ese sentido creo que algo que puede determinar que eso pase es una característica o una dimensión de exceso, que muchas veces se nos juega a quienes trabajamos acá, que hacemos muchas cosas distintas y en tiempos que quizás son acotados y entonces si bien en general si, al compartir el dispositivo hay bastante tiempo que compartimos juntos entre compañeros, entre trabajadores, pero a la vez puede que haya algunos desencuentros y que la cuestión más cotidiana se nos pierda un poco. Creo que eso puede ser, no sé, creo que eso puede ser un factor, el desencuentro producto de las diferentes tareas y los tiempos distintos de cada profesional.	Se lo observa muy pensativo, dudando.	Obstáculos en la interdisciplina. Exceso. Multifuncionalidad. Desencuentro.
Julieta: ¿Cuál es tu rol y función dentro del dispositivo? Profesional: Yo soy psicólogo asique bueno, hago atención de pacientes clínica, además coordino emprendimientos y estoy hace unos poquitos meses formando parte la coordinación del dispositivo junto con otras dos compañeras.		Multifuncionalidad.
Julieta: ¿Qué conocimientos tienes de la práctica del acompañamiento terapéutico antes de HDD? Profesional: Si, conocía de la práctica de los acompañantes terapéuticos, de que se trata, de la importancia y necesidad en ciertos casos, pero siempre desde el hospital. Haciendo		Conocimiento AT por HESM.

la residencia trabaje en sala de internación y diferentes dispositivos del hospital donde trabaje con acompañantes; en el consultorio privado, pensando rápidamente no he trabajado con acompañantes, desde el hospital si, incluso en otras instancias.		
Julieta: ¿Cómo ha sido tu experiencia de trabajo en el dispositivo con los acompañantes terapéuticos? Profesional: Me parece que mi experiencia en general ha sido muy buena, creo que es muy valioso el trabajo del acompañamiento en diferentes situaciones, eso también teniendo en cuenta que el dispositivo en general es un dispositivo que piensa y trabaja sobre el lazo social de las personas. Entonces en general si bien las prácticas se dan en el marco de un hospital, siempre están pensadas en relación al afuera del hospital y al circular cotidiano, comunitario, de las personas que se atienden. Ese lazo con lo cotidiano por fuera del hospital y con lo comunitario de las personas me parece que en relación a eso es que es muy importante la función del at.		Experiencia AT. AT cotidianeidad.
Julieta: ¿Qué criterios se emplean para la inclusión del at en un tratamiento? Profesional: Y, la verdad es algo como que se define un poco cada vez. Yo por lo general pienso, o pienso en situaciones concretas en este momento, en relación a por ahí a vidas muy centradas en lo hospitalario en donde hay alguna inquietud hacia el afuera, me parece que pensar en un acompañamiento que pueda facilitar ese puente es interesante; muchas vidas muy atravesadas también por la soledad, eso pasa mucho cuando quizás las personas por fuera del espacio del hospital, no son muy ricas en relación a los espacios por los que circulan, los contactos, los vínculos con otros y sobre todo cuando también más allá de lo que pueda percibir uno, el usuario registra esa pobreza,		at puente afuera.

esa dificultad y la necesidad de que le pasen otras cosas por fuera de lo que sucede en el hospital, ahí me parece que son buenas razones para pensar una inclusión. Después también en relación a dificultades concretas, la organización de la vida cotidiana, el lazo con otras instituciones con las que muchas veces los usuarios tienen que relacionarse, en relación a trámites, gestiones de diferentes recursos que son necesarios y tienen dificultades para interactuar con otras instituciones de salud, eso también. Quizás son acompañamientos más transitorios que permitan algo de que esto pueda empezar a funcionar y después ya no ser necesario, pero me parece que ahí, esas cuestiones. Pienso rápido ahora hablando con vos, sería en relación a esas tres cuestiones, esa soledad asociada por ahí a alguna pobreza en los vínculos, la dificultad para circular por espacios comunitarios distintos a los del hospital y esta dificultad también para articular con otras organizaciones o instituciones comunitarias que es parecido pero distinto a lo que te decía antes, son como tres motivos para pensar la incorporación. A veces pienso que el at es una figura que es muy interesante cuando hay situaciones familiares complejas, la introducción de a veces otra presencia, una terceridad en esos circuitos familiares también es interesante pensar una incorporación.		Inclusión AT. AT cotidianidad. 3 motivos de inclusión AT. AT terceridad.
Julieta: ¿Identificarías momentos en la inclusión de un at que puedan considerarse obstáculos? Profesional: Mira, en principio te diría que no, porque de una inclusión de la función del at cuando se hace la lectura de que es necesario, creo que no. Después sí puede pasar que por alguna cuestión concreta o lo que sea la inclusión no haya funcionado o que la lectura en función de la cual se decide la inclusión haya sido errónea, que también puede	Es notable la seguridad con la que responde que no, argumentando que se incluye cuando es necesario.	Obstáculos AT.

pasar. Y después en relación a situaciones concretas, cuando estas lecturas compartidas o cuando este funcionamiento como equipo quizás no se da del todo y la cosa no marcha bien. Pero no, entendiendo que si es necesario se decide la inclusión, creo que no habrá algo en contra en esos casos, después si puede salir mal, como en relación a cualquier otra disciplina.		“funcionamiento como equipo quizás no se da del todo”
Julietta: ¿Podrías situar algún punto en común entre la práctica del psicólogo y del at? Profesional: Si, yo creo que sí, me parece que hay algo, similitudes y diferencias también, me parece que las lecturas que pueden ser compartidas, que pueden construir en equipo, acompañantes, psicólogos y otras disciplinas del espacio de trabajo. Y me parece que bueno, las diferencias estarían más en los espacios de intervención, en los espacios y los tiempos de intervención, supongo que el del at se da más en la vida cotidiana del usuario acompañado y la del psicólogo, un poco en ese artificio que son las condiciones del consultorio. Pero creo que sí, que desde el punto de la lectura y de la orientación de las intervenciones, que si bien son distintas, la orientación a partir de una lectura clínica de las situaciones si puede ser similar, puede ser compartida, refiriendo a lo que se pueda construir juntos en estos espacios de construcción y de pensar, las problemáticas y los discursos con los que cuenta el usuario, para lidiar con eso que se presenta como problemático en su vida. Hay como la lectura a partir de poner en discusión saberes, incluso desde marcos teóricos que pueden ser distintos, pero a partir de ese espacio de conversación y llegar a algunos acuerdos que orienten la intervención.		Puntos en común at- psicólogo. Lecturas compartidas. Diferentes tiempos y espacios de intervención. Orientación clínica similar. “poner en discusión saberes”
Julietta: ¿Consideras como psicólogo que hay articulación con los acompañantes terapéuticos? ¿De qué manera?		

Profesional: A mí me parece que es muy rico este intercambio, permite pensar muchas cuestiones, un poco también asociado a esto que te decía, que un poco la escucha en el consultorio a través de ese encuadre permite muchas cosas, pero también es un recorte y que en ese diálogo con otro profesional que está interactuando con esa persona en otras situaciones, emerge mucha riqueza ahí en esa escucha o en esos aportes que pueden traer en relación a lo que sucede en la vida cotidiana de la persona y a la vez el registro de cómo las intervenciones, no sé si del psicólogo, pero del propio at va generando algún efecto en esa cotidianeidad del usuario. Es muy interesante en ese sentido, me parece que es muy rico el intercambio y el aporte que trae la mirada del at.	Resulta llamativo que reconoce el consultorio como recorte.	Articulación at-psicólogos.
Julieta: ¿Realizarías alguna modificación u observación en esa dinámica de trabajo con los acompañantes terapéuticos? Profesional: Mira, no sé, yo creo que mientras este esta coordinación en las lecturas, en la organización del trabajo, este espacio de reuniones y de conversación sobre lo que cada uno o una va viendo y pensando, me parece que ese es el momento indicado para la articulación. El tema es cuando falla, estoy pensando ahora conversando con vos en situaciones donde realmente hay algo de eso que o se espacian mucho los encuentros o ligado a la disponibilidad de tiempo también, que a veces se nos complica organizarnos, encontrarnos, pero me parece que no, que si funciona de esa manera, tampoco no como algo fijo, no como todos los viernes vamos a encontrarnos, sino en función de la necesidad del encuadre y de los acuerdos que se puedan hacer entre los que forman parte del equipo y las necesidades que se van experimentando ahí, pero me parece que no, que es eso, ese espacio de encuentro, de articulación y de pensar juntos el laburo, creo que es como la base.	Duda, piensa unos minutos antes de responder.	Modificaciones AT. Exceso. “pensar juntos el laburo”

Después sí hay algunas cuestiones que tienen que ver con las condiciones en las que sucede el trabajo del at, que eso nos excede muchas veces, no les pagan, demoras en los pagos, cuestiones que son quizás externas al trabajo pero lo determinan, eso ha pasado muchas veces en cuestiones del trabajo con acompañantes, que las obras sociales demoran los pagos, que los acompañamientos se tiene que interrumpir porque no cobran, eso es parte y me parece que hace a las condiciones de posibilidad de un laburo, pero bueno, ya sería por fuera de la articulación entre los equipos. Julietta: Bien, estaríamos terminando entonces, gracias por colaborar con esta entrevista. Profesional: Disculpa, creo que se vio un poco en acto con las interrupciones, lo que te decía que nos pasaba, esto de las reuniones, del exceso, disculpar la desprolijidad, viste un poco también eso que te decía que a veces se nos complica un poco hacer todo lo que nos proponemos hacer. Julietta: No hay problema, agradezco con más razón este tiempo.		Condiciones laborales precarias. Exceso.
---	--	--

CUADRO 2.						
CATEGORÍAS		E.1	E. 2	E. 3	E. 4	E.5
Dispositivo HdD.	Trayectoria en HESM	*	*	*	*	*
	RISAM, primer pasaje por HdD	*		*		*
	Residentes	*	*	*		
	Propuesta formativa HESM	*		*		
	Organización HdD	*	*	*	*	*
	Propuestas culturales- artísticas	*		*	*	*
	Emprendimientos	*		*	*	*
	Soporte específico de profesionales	*				
	Propuesta singular	*		*		*
	Multifuncionalidad	*	*	*	*	*
	Apuesta a lo colectivo/ comunitario	*	*	*	*	*
Interdisciplina.	No se da todo el tiempo	*				
	Reunión	*	*	*	*	*
	Campo de la Salud Mental		*	*		
	Distintas disciplinas	*	*		*	*
	Diversificación de la transferencia	*			*	
	Trabajo en equipo			*	*	*

	Construcción	*				*
	Mirada integral			*	*	
	Supervisiones				*	
Obstáculos en la interdisciplina.	Exceso	*		*		*
	Vorágine del trabajo	*				
	Articulación interinstitucional	*		*		
	Diferencias de criterios		*			*
	Pasajes y cierres	*				
AT	Experiencia AT	*	*	*	*	*
	Dificultad con el lazo	*	*	*	*	*
	Para facilitar la llegada de los usuarios	*	*	*	*	
	Intervención en la cotidianeidad	*	*	*	*	*
	AT terceridad			*		*
	Puente con el afuera			*		*
	Reciprocidad	*		*		
Obstáculos AT.	Límites	*		*		
	Administrativos institucionales		*	*		
	Obstáculos profesionales		*	*	*	
	Comunicación	*			*	
	Encuadre	*		*		

	Diferencias de criterios		*		*	
	Traslados			*	*	
Modificaciones- transformaciones.	Acompañamiento al acompañante	*				
	Condiciones laborales precarias		*	*		*
	Según cada caso o profesional	*				
	Reforzar trabajo en equipo				*	*
Articulación psicólogos.	Escucha	*	*	*		
	Presencia			*		
	Intervenciones consensuadas	*	*	*		*
	El profesional no siempre está	*		*		
	Trabajo en equipo	*	*	*	*	*
	Encuentro- intercambio	*	*	*	*	*
	Lectura compartida			*		*

CUADRO 3.
FICHADO DE TEMAS RECURRENTES
a. <u>Dispositivo de HdD como contexto.</u>
CATEGORÍA: Trayectoria en HESM.
Entrevista 1.
Ingresé al HESM como residente en el año 2011, previamente había hecho un pasaje como tesista de mi carrera de grado por HdD y como residente hice una rotación en el primer año de la RISAM, que es una formación de posgrado que se realiza dentro del hospital para distintos profesionales. Por lo cual mi primer pasaje como profesional fue en el marco de la residencia, estuve trabajando un tiempo en HdD y varios años después ingresé como parte del equipo ya de manera estable, en el año 2015 desde cuando estoy trabajando en forma regular.
Entrevista 2.
Hace años largos, trabajo desde el año 2008, 14 años hace que trabajo en el HdD y después tengo un año más de concurrencia en otros espacios del hospital; en realidad trabajo en HdD, en consultorios externos y hace 15 años que estoy en la institución.
Entrevista 3.
Puntualmente en HdD yo inicié en abril de 2020, justo cuando se inicia la emergencia sanitaria por la pandemia, pero tenía ya conocimiento y acercamiento al dispositivo porque yo hice la RISAM que tiene sede en el HESM y en esos cuatro años de residencia estuve en conexión, o a profesionales del equipo o al dispositivo el Entrevero, que es un emprendimiento que se desprende de HdD y yo participe en el equipo.
Entrevista 4.
Hace diez años, primero hice mis prácticas de las carreras, porque soy psicóloga y acompañante terapéutica y después sí, ingrese a trabajar como profesional, diez años hace que estoy con suplencia como trabajadora, después hace un par de años más que estoy también, hace como quince años en el hospital en total.

Entrevista 5.
Yo terminé la residencia hace cuatro años, pero desde el primer año de la residencia trabajé en el HdD y siempre mantuve a lo largo de la residencia algún contacto, asiqué de eso hace ocho años. Actualmente soy suplente y estoy trabajando en el HdD como suplente, ya habiendo terminado la residencia hace cuatro años también, en total son ocho con esa salvedad, que cuatro fueron como residente y con una participación que fue modificándose con el tiempo y cuatro que sí estoy trabajando en HdD.
CATEGORÍA: Propuesta formativa HESM- Residentes.
Entrevista 1.
También hay un fuerte acompañamiento en lo que es lo formativo desde el HdD, te lo mencionaba con los residentes, por acá pasan muchos estudiantes, muchos profesionales en formación y eso también tiene que ver con una propuesta del HdD, no es menor.
Entrevista 3.
También es un equipo que recibe habitualmente estudiantes, pasantes, practicantes, concurrentes, residentes y eso le otorga también mucho movimiento a la dinámica general de funcionamiento porque nos aporta como otras miradas y solemos estar a gusto de acompañar esas trayectorias, somos un hospital escuela, muchos hemos tenido esa posibilidad y entendemos que también es bueno poder aportar a eso, en general tengo esa perspectiva.
CATEGORÍA: Organización de HdD.
Entrevista 1.
En este momento nosotros tenemos organizativamente como tres líneas, vamos a llamarlo así, hay propuestas que tienen mucho más que ver con lo cultural y lo artístico, hay propuestas que tienen que ver con los emprendimientos laborales y también está lo que es todo el soporte específico de los profesionales en entrevistas y seguimiento de las situaciones clínicas, todo hace a la clínica, por eso es una diferenciación ficticia y para organizar las propuestas, lo pensamos de esa manera
Entrevista 2.

La organización se da por una distribución de tareas que por momentos es rotativa dado que somos varios en el equipo, si bien cada profesional se ocupa de su área particular de conocimiento también puede estar abocado a el acompañamiento en otros espacios.
Entrevista 3.
Es muy versátil la organización y por momentos puede ser un poco caótica, hay que volver mucho sobre estas cosas que son la base también de la organización y de que la cosa más o menos tenga un horizonte, una perspectiva.
Entrevista 4.
En cuanto a la organización planificamos por semana, hay planificadas distintas actividades grupales y además las actividades semanales se manejan por día, diferentes espacios por día. Los viernes tenemos la reunión de equipo que es donde nos encontramos todo el equipo de HdD, donde se van discutiendo las situaciones relevantes en tratamientos individuales que han pasado o que tienen que ver con los emprendimientos.
Entrevista 5.
Y bueno el modo de funcionamiento, nosotros tenemos diferentes espacios de trabajo y uno de esos espacios de trabajo es la reunión de equipo que es semanal, todos los viernes, donde vamos construyendo las acciones, lo que nos parece más pertinente, evaluando.
CATEGORÍA: Propuesta singular.
Entrevista 1.
Cuando una persona con algún padecimiento psíquico solicita él/ ella, o es derivada al HdD, lo que nosotros intentamos construir es una propuesta singular de tratamiento, no es que hay un plan de tratamiento para todos igual y eso se revisa permanentemente, porque no hay una forma de hacerlo como plantear un objetivo y ya está.
Entrevista 3.
En general intentamos que todo vaya pudiendo acomodarse privilegiando mucho que los usuarios lleguen a esos espacios grupales y en función de eso organizar los abordajes singulares.

Entrevista 5.
Se parte un poco de poner realmente en el centro la dificultad y los recursos también que cada usuario que es atendido tiene para enfrentar las diferentes dificultades que se le presentan, pero también los proyectos de vida que van armando, o sea no solo la dificultad, sino también las potencias y las posibilidades.
CATEGORÍA: Multifuncionalidad.
Entrevista 1.
En este momento estoy a cargo de la coordinación desde hace 3 años, la coordinación del HdD es una función que rota dentro de los profesionales del equipo, no es un rol jerárquico sino más bien una función que procuramos que vaya siendo móvil, cada 3 o 4 años hacemos un pasaje de funciones. Yo estoy trabajando dentro de lo que es la coordinación hace 3 años, es una función de gestión que tiene que ver con coordinar el funcionamiento, establecer relaciones entre el dispositivo y otros sectores, organizar la llegada de los estudiantes, el funcionamiento de la casa en sí, pero también realizo mi función específica en psicología como cualquier otro profesional.
Entrevista 2.
Las funciones del dispositivo, de los profesionales que trabajan en el dispositivo, si bien hay cuestiones profesionales que son específicas y atañen a lo específico de cada disciplina y que son funciones que se cumplen de manera disciplinar, también hay otras funciones que son rotativas, que van variando en función de las necesidades del dispositivo y de diferentes situaciones que van surgiendo, que se acuerdan de que se pueda ofrecer determinada propuesta terapéutica. Entonces en ese sentido, mi función en el dispositivo tiene que ver con algo propio de la disciplina de la Psicología, en realidad más bien en la práctica del Psicoanálisis, que tiene que ver con la escucha clínica y en el dispositivo analítico que se puede instaurar con la población, con cada uno de los pacientes que llegan al dispositivo. Más allá de eso a lo largo de estos años he ocupado espacios grupales, en este sentido recuerdo que en algún tiempo estuve en el espacio de caminatas y actualmente estoy además en el espacio de grupos de familia, trabajando con los familiares y los referentes de usuarios del dispositivo de HdD.
Entrevista 3.

Bueno, yo soy psicóloga, soy una de las psicólogas del equipo y actualmente trabajo en los mini equipos, soy psicóloga de algunas usuarias que concurren a HdD, que en mi caso dado que yo entro por una licencia de una colega, tome la intervención en sus situaciones y además volví a integrar el equipo de salud que acompaña el emprendimiento El Entrevero, que es un emprendimiento productivo en Salud Mental, que funcionaba en la facultad de Trabajo Social y con la pandemia nos hemos reconfigurado. Así que más que nada estoy en eso, en la pata laboral del dispositivo acompañando esos proyectos más grupales y estos otros procesos más singulares.
Entrevista 4.
En un primer momento, yo arranque como at y era acompañamiento a situaciones individuales, dentro del dispositivo, por ejemplo, si se necesitaba acompañamiento específico, o ir a acompañar, ir a buscar alguna medicación, algo bien puntual, después fueron intervenciones más a nivel grupal, empezamos en su momento un espacio de paseos, como acompañante lo hacíamos ahí, planificábamos semanalmente paseos con cinco usuarios de acá, que hacíamos por fuera. Después, empecé a intervenir más en lo grupal, porque lo fuerte de HdD son las actividades grupales, ahora en la actualidad, estoy acompañando un dispositivo de bufet, El Entrevero, que es un emprendimiento laboral, nosotros funcionábamos, antes de la pandemia, en la facultad de Trabajo Social, eran siete usuarios y teníamos un bufet allá, culpa de la pandemia cerro la facultad, entonces tuvimos que reinventarnos un poco y ahora estamos acá en HdD, ya no tanto como bufet, sino como lo que hicimos ahora son hamburguesas vegetarianas, saludables, entonces estoy ahí acompañando este proyecto. Además, estoy como psicóloga ahora, con entrevistas, en casos individuales que estoy siguiendo.
Entrevista 5.
Yo soy psicólogo, así que bueno, hago atención de pacientes clínica, además coordino emprendimientos y estoy hace unos poquitos meses formando parte la coordinación del dispositivo junto con otras dos compañeras.
CATEGORIA: Apuesta a lo colectivo/ comunitario.
Entrevista 1.

Entonces son pequeños soportes armados que se van inventando para poder sostener, recuperar, rearmar, algo que después su objetivo es que empiecen a prescindir del HdD, que puedan empezar a circular por otros espacios de la ciudad, espacios productivos para recuperar algo de la dimensión del lazo, eso es lo que intentamos desde todas estas propuestas.
Entrevista 2.
Apostamos mucho a lo grupal, a lo colectivo y es esto lo que puede ir variando, pero siempre coordinando las intervenciones y trabajando en equipo mediante comunicación constante y reuniones.
Entrevista 3.
En cuanto a la organización intentamos eso, ir compartiendo actividades que hacemos, por ejemplo, dentro del dispositivo funcionan emprendimientos grupales, varios, ahora también el área laboral del hospital que con la pandemia se quedaron sin lugar, porque ese lugar era usado de sala de aislamiento, entonces les prestamos un espacio y medio ya que los adoptamos; y la Pinera que es un emprendimiento que no nos pertenece directamente, ya funciona ahí. Estamos también con varios proyectos de un punto de venta hacia la calle, entonces estamos ahí construyendo un nuevo dispositivo laboral. En HdD funcionan también muchos talleres ligados a lo cultural, a lo artístico y en general intentamos que todo vaya pudiendo acomodarse privilegiando mucho que los usuarios lleguen a esos espacios grupales y en función de eso organizar los abordajes singulares. Nuestra gran apuesta es a lo colectivo, a lo grupal, a ese anclaje más de lo comunitario, entonces desde ahí intentamos proyectar.
Entrevista 4.
Todo tiene que ver con un tratamiento, está más lo grupal, más del lado de lo recreativo si quieres, eso de yoga, arte, caminatas y después están los emprendimientos que son con salida laboral, la idea es que el usuario participe del emprendimiento, trabaje, cobre y que pueda tener una salida laboral.
Entrevista 5.
Hay también una serie de espacios grupales que van desde talleres hasta emprendimientos socio laborales y un poco en esos espacios de reunión de los viernes vamos definiendo las acciones y la gestión de los dispositivos que vamos inventando.
b. <u>Representaciones de interdisciplina.</u>

CATEGORÍA: Reunión.
Entrevista 1.
Este equipo particularmente en mi experiencia es un equipo que intenta permanentemente el trabajo interdisciplinario, la conversación, la puesta en común y los acuerdos en relación a la propuesta del tratamiento para los usuarios y las usuarias es un trabajo permanente que nosotros nos damos. Además que, una parte muy importante que hace a eso es la reunión que tenemos una vez a la semana, donde nos reunimos todos los trabajadores del dispositivo y donde se trabajan cuestiones en relación a las situaciones clínicas, a las propuestas que se están haciendo, a todo lo que es el funcionamiento del dispositivo tratando de consensuar miradas y también discutir puntos de vista y poder orientarnos con una misma orientación clínica, más allá de las diferencias interdisciplinarias que son importantes como diferencias, no podemos intervenir todos de una misma forma.
Entrevista 2.
Siempre coordinando las intervenciones y trabajando en equipo mediante comunicación constante y reuniones.
Entrevista 3.
Tenemos los viernes nuestras reuniones de equipo que intentamos respetar al menos esas dos horas donde todos los profesionales nos encontramos, porque algunos vamos unos días, otros otro, entonces nuestro encuentro presencial suele ocurrir, pero los viernes es un momento donde también retomamos cuestiones que nos atraviesan, desde proyectos nuevos que podemos estar gestionando hasta abordar situaciones más críticas, poder acompañarnos también.
Entrevista 4.
Yo no sé si en otros espacios se da, creo que no, pero en este equipo son fundamentales, el encuentro con otros, las reuniones, con otros digo profesionales con los que trabajamos, poder encontrarnos, poder reflexionar y ahí es donde se puede ver la interdisciplina digamos, en que nos encontramos los psicólogos, los trabajadores sociales, los terapeutas ocupacionales, cada uno desde su perspectiva vamos como analizando, cómo proyectando, que es lo que se necesita, también se definen en ese espacio digamos poder llamar a alguien externo, para poder supervisar muchas veces casos puntuales o lo grupal o ahora este mes la supervisión por equipo, del equipo de HdD.

Entrevista 5.
La reunión de equipo que es semanal, todos los viernes, donde vamos construyendo las acciones, lo que nos parece más pertinente, evaluando.
CATEGORÍA: Campo de la Salud Mental.
Entrevista 2.
El trabajo interdisciplinario no es algo fácil, no siempre sucede, si bien nosotros tenemos un discurso común que nos atraviesa que es el campo de la Salud Mental, después está lo específico de cada disciplina y en ese sentido la concepción de sujeto que cada uno tiene puede ser diversa en consideración de lo disciplinar, por ejemplo, yo trabajo desde la práctica del Psicoanálisis y mi concepción de sujeto es la del sujeto del inconsciente, más allá del paradigma de Derechos Humanos ligado al campo de la Salud Mental al cual nosotros apostamos cuando trabajamos con sujetos con grave padecimiento psíquico.
Entrevista 3.
En general el campo de la Salud Mental es bastante complejo y se nos van presentando situaciones de mucha complejidad y vamos armando y rearmando en función de eso. Entonces esto de lo grupal es muchas veces una apuesta también del equipo a que algo de eso pueda prevalecer por sobre abordajes muy ligados en lo individual, en no poder pensar otros recursos a la hora de pensar también los recursos en salud, que apunten a eso, a espacios también de promoción de salud, desde una mirada más integral que no recorte la Salud Mental de otras perspectivas.
Entrevista 4.
Siempre se tiene en cuenta la persona, el poder abordar a la persona en su totalidad y no quedarse solamente con las entrevistas individuales, sino que me parece que hay una gran apertura, que todo lo que aporte para que esa persona pueda tener una vida digna digamos, un tratamiento integral, diferente, es bienvenido, me parece que hay una gran apertura a las nuevas disciplinas, a los nuevos tratamientos, eso te puedo decir.
CATEGORÍA: Distintas disciplinas.

Entrevista 1.
En este momento somos aproximadamente 17 trabajadores de diferentes disciplinas: dos terapistas ocupacionales, un nutricionista, tres psiquiatras, seis psicólogas de las cuales una es at, una trabajadora social, una at y dos administrativas, estas últimas fundamentales ya que no solo realizan tareas administrativas sino también de coordinación de espacios grupales y de más.
Entrevista 2.
La atención es necesario que sea brindada por distintos profesionales del campo de la Salud Mental por lo cual hay varias disciplinas que conforman el equipo: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, acompañantes terapéuticos, hay nutricionista también, Enfermería; esas son las disciplinas y los profesionales que desempeñan su labor de manera estable en el hospital. Uno puede trabajar de otra manera y a pesar de eso sostener el equipo de trabajo, porque ese padecimiento subjetivo es necesario que sea abordado desde otras disciplinas, porque no solo estamos hablando de lo subjetivo, de una vida psíquica sino también de lo social, de lo económico, en lo laboral que hace necesario que otras disciplinas también intervengan.
CATEGORÍA: Diversificación de la transferencia.
Entrevista 1.
Debe haber cierta diversificación de la transferencia como parte de la interdisciplina si se quiere, al menos propiciarla y también muchas veces justamente, me recuerda lo que preguntas a una supervisión que tuvimos la semana pasada, es necesario que esas referencias estén y no estén, poder incluir algo de la presencia y la ausencia, es decir que por eso somos equipo, muchas veces llega a buscar alguien al profesional y el profesional no está, porque el profesional no está siempre.
Entrevista 3.
Hoy sin ir más lejos una situación de un acompañante, que el usuario no quiso subirse a la ambulancia, estaba con una situación, al final era una infección urinaria, pero al margen la acompañante dice, ‘sino voy yo, él no quiere ir’, entonces yo le digo ‘bueno vamos a ver’, ella tampoco tiene ese margen de

disponibilidad, porque el profesional no está siempre y la acompañante dice ‘no, lo que pasa es que se angustia mucho cuando está en el hospital, el hospital San Martín puntualmente.
CATEGORÍA: Trabajo en equipo.
Entrevista 3.
Creo que en general hay un acompañamiento desde lo afectivo y un cuidado del otro, entonces hay un clima de trabajo, con sus momentos lógicos de diferencias, de disputas, de plantear conflictos, pero en general hay un clima de trabajo que creo que refleja un intento de trabajo en equipo y en interdisciplina.
Entrevista 4.
Es un equipo interdisciplinario porque todo el tiempo se trabaja en equipo, te contaba esto de las reuniones de los viernes donde nos podemos encontrar con los otros profesionales.
Entrevista 5.
Se da como te decía antes, como tenemos reuniones semanales trabajamos en equipo, se dan muchos espacios de conversación entre equipos, entre profesiones.
c. Intervenciones y articulaciones con AT.
CATEGORÍA: Experiencia con AT.
Entrevista 1.
Conocía la práctica de los acompañantes por haber sido estudiante de UADER, por haber hecho también una tecnicatura, muchos de mis compañeros también han pasado por la tecnicatura en AT, muchos colegas son docentes de esa carrera y siempre un poco eh estado en contacto con esa práctica. En relación a los acompañantes que han intervenido o intervienen en las situaciones en las que yo trabajo han sido la mayoría estudiantes que han pasado por el dispositivo en otros momentos, asique también hemos construido un lazo, una experiencia previa.
Entrevista 2.

Sí claro, porque trabajé años en sala también, así que conocí ahí el trabajo con acompañantes terapéuticos, si bien la tecnicatura tiene pocos años en la facultad, yo comencé en el 2007 /2008, recuerdo haber llevado en ese momento el tratamiento de pacientes que estaban internados y recuerdo que hubo en ese momento, la mayoría practicantes de la tecnicatura, con los que incluí el AT puntualmente en algunos casos, entonces a partir de ahí conozco también hace muchos años. Y mi experiencia es bien, muy buena, la verdad que precisamente en esas situaciones en la que está todo ese arrasamiento subjetivo de la cotidianeidad, de cuestiones muy básicas, es necesaria la inclusión del AT y se notan las intervenciones y los logros terapéuticos, ya sea a mediano o a largo plazo frente a ese arrasamiento subjetivo y como de a poco se pueden ir generando ciertos movimientos y siempre trabajando en equipo, teniendo la posibilidad de ir haciendo reuniones, para ir armando estrategias de intervención en ese caso puntual de los usuarios. He tenido realmente buenas experiencias no solamente con los practicantes, sino también con los profesionales, ambas han sido buenas experiencias.

Entrevista 3.

Yo en la carrera durante mi formación de grado no trabajé previamente en equipos donde hubiera acompañantes terapéuticos, cuando me recibí al poco tiempo entre a la residencia y ahí rápidamente empecé a conocer la figura de AT, supe de toda la movida política de UADER en relación a poder pensar las incumbencias profesionales, a poder jerarquizar esa función, algo que yo la verdad que desconocía previamente y ahora es cotidiano mi trabajo con acompañantes terapéuticos y la experiencia es súper rica, no sé si puedo decir en todos los equipos, pero en casi todos los equipos en los que intervengo si no estaba ya previamente la figura, muchas veces la pensamos como un recurso sumamente importante y trabajamos codo a codo. En el dispositivo en este momento hay un solo cargo de AT y después los demás con quienes trabajamos son gestionados más a través de las obras sociales, de incluir salud, de otros recursos, porque el hospital cuenta con muy poco recurso propio, no sabría decirte cuantos en total en el hospital, pero son muy pocos, muy pocos, para la centralidad que tienen en las intervenciones.

Entrevista 4.

Es algo de lo que puedo dar cuenta desde distintos ángulos, con los acompañantes entiendo en HdD que la experiencia es siempre interesante para sumar, para trabajar en equipo y ofrecer al usuario los recursos necesarios. Por otra parte, cuando yo me recibí de acompañante éramos medio los primeros y siempre hubo una apertura del hospital en general te hablo y mucho más en HdD, que es el dispositivo en el que yo me quede, pero siempre hubo una apertura a lo nuevo y me parece que siempre se tiene en cuenta la

persona, el poder abordar a la persona en su totalidad, no quedarse solamente con las entrevistas individuales, sino que me parece que hay una gran apertura, que todo lo que aporte para que esa persona pueda tener una vida digna digamos, un tratamiento integral, diferente es bienvenido, me parece que hay una gran apertura a las nuevas disciplinas, a los nuevos tratamientos, eso te puedo decir.

Entrevista 5.

Si conocía de la práctica de los acompañantes terapéuticos, de que se trata, de la importancia y necesidad en ciertos casos, pero siempre desde el hospital, haciendo la residencia trabaje en sala de internación y diferentes dispositivos del hospital donde trabaje con acompañantes; en el consultorio privado pensando rápidamente, no he trabajado con acompañantes, desde el hospital si, incluso en otras instancias. Me parece que en general mi experiencia ha sido muy buena, creo que es muy valioso el trabajo del acompañamiento en diferentes situaciones, eso también teniendo en cuenta que el dispositivo en general es un dispositivo que piensa y trabaja sobre el lazo social de las personas, entonces en general si bien las prácticas se dan en el marco de un hospital, siempre están pensadas en relación al afuera del hospital y al circular cotidiano, comunitario, de las personas que se atienden. Ese lazo con lo cotidiano por fuera del hospital y con lo comunitario de las personas, me parece que en relación a eso es que es muy importante la función del at.

CATEGORÍA: Criterios de inclusión para AT.

Entrevista 1.

Son situaciones de muchísima complejidad y fragilidad en relación al lazo, entonces la figura del at en un dispositivo como el HdD se transforma en parte fundamental. Nosotros acá tenemos dos acompañantes, pero también lo que más enlazamos son acompañantes en forma particular por la obra social o por Incluir Salud, que es el beneficio que tienen los usuarios y las usuarias que tienen pensiones, esa articulación es con acompañantes que no son parte estable del equipo del HdD, pero que sí son parte fundamental de los mini equipos en el acompañamiento de los usuarios. Y después un poco está formándose su función, pero a mi particularmente lo que me pasa con el trabajo de los acompañantes es que muchas veces me aporta una mirada de lo cotidiano, de lo que pasa en la casa cuando llega a buscar al usuario que es súper rico para pensar qué pasa ahí. Si bien este equipo es un equipo que sale mucho del dispositivo a las visitas domiciliarias, a hacer actividades por fuera del hospital con los usuarios, pero esa intimidad que a veces

logra conocer el acompañante es algo que no llegamos a conocer sino es a través de ellos y desde el inicio se transforma en un rol muy importante.
Entrevista 2.
Si bien los criterios como tales varían en el caso por caso y la singularidad de cada usuario, porque el acompañante viene a cada caso por una cuestión diferente, se evalúan las situaciones, se solicitan quizás los acompañantes en usuarios en los que se dificulta la llegada a la institución o en los que les es difícil sostener los espacios por particularidades propias de los que asisten, que tienen dificultades con el lazo social, un debilitamiento en ese sentido, que hace que se vea afectada la circulación del usuario por ciertos lugares y necesitan esa llegada más allá del hospital.
Entrevista 3.
En general cuando pensamos un acompañante puede tener que ver con que la persona no está pudiendo llegar a algunos espacios, que son quizás claves para pensar ese abordaje en Salud Mental o porque quizás pensamos que es importante llegar a ese domicilio de forma un poco más frecuente, para ir trabajando cosas que se presentan ahí, ya sea porque la usuaria o el usuario vive sin otros, vive solo y quizás poder pensar ahí una figura de acompañamiento, a restituir algunas tareas que tienen que ver con la cotidianeidad y poder pensar esos apoyos. A veces cuando si hay otros convivientes, pensar algo de lo que se da ahí en esos vínculos y muchas veces con habitar otros espacios sociales, quizás al hospital llegan, pero hay dificultad para poder llegar a otros espacios y poder ampliar a veces cierta trayectoria, cierta circulación en lo social. Entonces muchas veces pensamos un acompañante desde esa perspectiva más ligada a proyectar otros objetivos.
Entrevista 4.
Bueno la inclusión de un acompañante siempre tiene que ver con el momento, el momento que este del tratamiento la persona, si se necesita esto que por ahí se ve mucho de que no llega, no llega particularmente acá o son pacientes que quedan muy encerrados, siempre ahí se busca la inclusión de un acompañante en todo lo que tiene que ver con la llegada a los tratamientos y para que los tratamientos sean posibles, en esos casos así graves de aislamiento o de encierro, de dificultad con el lazo.
Entrevista 5.

Pienso rápido ahora hablando con vos, sería en relación a esas tres cuestiones: esa soledad asociada por ahí alguna pobreza en los vínculos, la dificultad para circular por espacios comunitarios distintos a los del hospital y esta dificultad también para articular con otras organizaciones o instituciones comunitarias, que es parecido pero distinto a lo que te decía antes, son como tres motivos para pensar la incorporación. A veces pienso que el acompañante es una figura que es muy interesante cuando hay situaciones familiares complejas, la introducción de a veces otra presencia, una terceridad en esos circuitos familiares, también es interesante pensar su incorporación.
CATEGORÍA: Reciprocidad.
Entrevista 1.
Pienso también en que sea de las dos partes, que el acompañante pueda habilitar a cuando no está seguro de algo poder hacer uso de reunirse con el equipo y el equipo también poder dar lugar a eso, que lo que sucede muchas veces que son tantas situaciones y tan complejas que algo de eso se pierde, ahí entonces aparecen las dificultades.
Entrevista 3.
Entonces en ese sentido es muy importante que el at pueda estar en comunicación con los otros referentes, pero que también esto sea un trabajo de ida y vuelta, que los otros referentes del equipo también puedan estar integrando al at, no caer de un lado ni del otro este obstáculo.
CATEGORÍA: Articulaciones.
Entrevista 1.
Sí, es justamente algo que siempre se apuesta que pase en la mayoría de las situaciones que yo puedo escuchar de lo que es el tratamiento acá, en mi experiencia como psicóloga de espacios de tratamiento que se incorporan acompañantes eso ha estado siempre; las situaciones que yo puedo pensar ahora que están incluidos acompañantes participan, ya sea de forma presencial o telefónica de la reunión semanal, ya sea que llegue el acompañante con el usuario al dispositivo, poder compartir lo que ha sido la semana de trabajo o cuando hay una dificultad que el acompañante o la acompañante pueda comentar lo que está pasando y que pensemos en conjunto, eso es algo de lo que pensamos acá en el dispositivo, que el

acompañante sea parte del equipo, es parte del equipo. Esta línea de intervenciones más consensuadas tiene que estar siempre.
Entrevista 2.
A mí me parece que sí, al menos mi experiencia ha sido buena, en general con los acompañantes, tanto con los ya profesionales como con los practicantes en general ha sido buena la experiencia de trabajo con ellos, al menos de manera ordenada, he tejido redes como para poder trabajar en equipo y que se constituya un espacio de diálogo, de intercambio, de encuentro, en donde podamos ir trabajando el caso por caso, las intervenciones necesarias puntuales en cada uno de los casos, diferentes en función del sujeto. Siento que he tenido la posibilidad, que ese trabajo interdisciplinario en equipo ha estado a lo largo de estos años, en los diferentes momentos que me ha tocado y me toca trabajar con acompañantes terapéuticos presentes.
Entrevista 3.
Mira, en tanto yo entiendo que tenemos que poder trabajar en equipo, creo que es fundamental poder conocer, estar articulados respecto cuales son las actividades, si la persona está o no llegando, que cada tanto podamos conocer cómo es la situación en el domicilio, si fuera ese el ámbito de intervención o poder estar sistemáticamente en articulación o en comunicación; a veces a través del teléfono, a veces en reuniones, a veces en espacios de supervisión, es algo que nosotros permanentemente generamos, estas instancias de encuentro, pero que cuando algo de eso no está facilitado por muchas circunstancias, puede verse un poco interrumpido el trabajo en equipo, que en principio es nuestra perspectiva y así intentamos trabajar, al menos yo intento eso, no intento, pensamos que es un recurso más dentro de los equipos.
Entrevista 4.
Mucha, yo lo trabajé mucho en mi tesis, en relación a la psicosis más que nada, puntualmente en la psicosis yo decía esto, que para mí, hoy por hoy no hay tratamiento posible en la psicosis y en estas problemáticas así graves, sino sumamos un at al equipo, por eso que te mencionaba de que el acompañante aporta un montón de otras cosas, que tienen que ver con el día a día del paciente, que por ahí al consultorio no llegan o el paciente mismo no lo puede mencionar así, por ahí con el acompañante sí y eso es un material súper rico, para después poder trabajarlo de otros modos.
Entrevista 5.

A mí me parece que es muy rico este intercambio, permite pensar muchas cuestiones, un poco también asociado a esto que te decía, que un poco la escucha en el consultorio a través de ese encuadre permite muchas cosas, pero también es un recorte y que en ese diálogo con otro profesional que está interactuando con esa persona en otras situaciones, emerge mucha riqueza ahí, en esa escucha o en esos aportes que pueden traer, en relación a lo que sucede en la vida cotidiana de la persona y a la vez el registro de cómo las intervenciones, no sé si del psicólogo pero del propio acompañamiento, van generando algún efecto en esa cotidianeidad del usuario, es muy interesante en ese sentido me parece que es muy rico el intercambio y el aporte que trae la mirada del acompañante.

CATEGORÍA: Puntos en común .

Entrevista 1.

Sí, hay puntos en común, yo creo que la dimensión de la escucha, de la escucha respetuosa, de la escucha atenta, de también establecer ciertos límites, es el principal desafío que tienen los acompañantes, poder estar compartiendo algo, muchas veces en la cotidianeidad hay un compartir en relación a lo propio, pero tiene que haber ahí un cuidado de lo que se comparte. Me parece que ese punto es el principal desafío de los acompañantes, no compartir todo lo que tiene que ver con su intimidad, que haya una diferencia entre esa paridad, de ese estar cerca cuerpo a cuerpo, hay cuestiones que pueden ser complejas y me parece que ahí, poder establecer cierta distancia, cierto cuidado, poder cortar a tiempo; que es algo que a los psicólogos se nos facilita más porque es otro encuadre, pero en términos de la escucha y de poder estar atentos a pescar cuestiones relevantes de lo que le pasa al otro son prácticas que tienen cosas en común.

Entrevista 2.

Me parece que lo que sería punto en común tiene que ver con la escucha, también con otras disciplinas que conforman el campo de la Salud Mental. Entiendo que el at hace un trabajo más en la cotidianeidad del paciente, más cuerpo a cuerpo en la patología grave, pensando particularmente en el sujeto psicótico donde está arrasado el lazo social, donde predomina todo lo que tiene que ver con la introversión y el aislamiento y el acompañamiento tiene más que ver con ese trabajo de estar allí en la cotidianeidad, en el día a día para ir armando todo lo que estaba arrasado. La función en ese punto me parece que pueden tener intervenciones que puedan acercarse, pero no sé si semejanzas, creo que son intervenciones diferentes, pueden encontrarse en el día a día, pero son intervenciones diferentes y que también son diferentes cada una de las disciplinas, es diferente mi intervención a la del at, también a Terapia

Ocupacional, a Trabajo Social, si bien algunas cosas nos podemos aunar o nuclear o tener miradas en común, hay cosas que son específicas, que nos diferencian.

Entrevista 3.

En relación al AT y la Psicología pienso esa función del estar como intervención, el hecho de una presencia que puede alojar algo en términos de una escucha receptiva, que pueda ser respetuosa de las temporalidades de ese otro, que pueda hacer esa lectura en términos clínicos de que necesita ese otro para poder llegar a ciertos lugares o poder transitar ciertos malestares, creo que es mas eso, una función de presencia.

Entrevista 4.

Sí, lo que es el trabajo en equipo sumamente necesario, eso me parece que es como lo fundamental de una práctica y la otra, trabajar en conjunto. Me parece que el acompañante aporta muchísimo a un tratamiento, que por ahí desde la práctica psicológica no se alcanza a vislumbrar todo acerca de una persona, el acompañante aporta mucho lo que tiene que ver con el contexto, la familia, interviene en campo, si bien el psicólogo es quien escucha todo eso, el acompañante trae un material mucho más rico para el momento de abordar un caso.

Entrevista 5.

Si, yo creo que sí, me parece que hay algo, similitudes y diferencias también, me parece que las lecturas que pueden ser compartidas, que pueden construir en equipo, acompañantes, psicólogos y otras disciplinas del espacio de trabajo. Y me parece que bueno, las diferencias estarían más en los espacios de intervención, en los espacios y los tiempos de intervención, supongo que el del acompañante se da más en la vida cotidiana del usuario acompañado y la del psicólogo un poco en ese artificio que son las condiciones del consultorio. Pero creo que sí, que desde el punto de la lectura y de la orientación de las intervenciones, que si bien son distintas, la orientación a partir de una lectura clínica de las situaciones si puede ser similar, puede ser compartida, refiriendo a lo que se puedan construir juntos en estos espacios de construcción y de pensar las problemáticas y los discursos con los que cuenta el usuario para lidiar con eso que se presenta como problemático en su vida. Hay como la lectura a partir de poner en discusión saberes, incluso desde marcos teóricos que pueden ser distintos, pero a partir de ese espacio de conversación y llegar a algunos acuerdos que orienten la intervención.

d. Obstaculizaciones y transformaciones posibles.
CATEGORÍA: Exceso como obstáculo.
Entrevista 1.
Hay que decir que sucede muchas veces que son tantas situaciones y tan complejas que algo de eso se pierde, ahí entonces aparecen las dificultades.
Entrevista 3.
Si tuviera que hacer un ejercicio más de reflexión sobre mis dificultades en esos momentos, para pensar después que puede pasarle a otros, a veces tiene que ver con cierto exceso en la tarea. Así y todo creo que eso de estar en varios espacios y a todos nos pasa un poco eso en el hospital en general, es muy raro que un profesional esté abocado a un único dispositivo, entonces eso complejiza la tarea, también la diversifica y nos gusta, sino sería todo mucho más cuesta arriba. Hay algo de la diversidad que también creo que muchos elegimos y bueno, después a veces se nos vuelve un poco en exceso.
Entrevista 5.
A ver estoy pensando, mira no sé, no sé si específicamente en relación a si el laburo es interdisciplinario o no, puede haber momentos de descoordinación o de diferencias de criterios, donde hay algo de esta comunicación y de esta construcción conjunta que quizás pueda fallar y en ese sentido creo que algo que puede determinar que eso pase es una característica o una dimensión de exceso, que muchas veces se nos juega a quienes trabajamos acá, que hacemos muchas cosas distintas y en tiempos que quizás son acotados. Entonces si bien en general si, al compartir el dispositivo hay bastante tiempo que compartimos juntos entre compañeros, entre trabajadores, pero a la vez puede que haya algunos desencuentros y que la cuestión más cotidiana se nos pierda un poco.
CATEGORÍA: Obstáculos interinstitucionales- intersectoriales.
Entrevista 1.

Pienso en las articulaciones con otros sectores porque es lo que más aparece como obstáculo, por ejemplo, que un paciente se interne y que el resto del equipo no esté al tanto de eso. Entonces ahí hay una intervención que es fragmentaria, en términos de lo que se viene trabajando como orientación clínica de ese tratamiento.
Entrevista 2.
Lo obstáculos me parece son a nivel más allá del profesional, a nivel de la institución, hay otros obstáculos administrativos burocráticos que hacen que esas intervenciones se dilaten en el tiempo, que no se puedan realizar, que un at no se incluya en el momento en el que tiene que incluirse y entonces eso produce pérdida en el tratamiento, afecta particularmente a ese sujeto que es frágil, rudimentario, que era necesario justamente en un determinado momento, por determinadas circunstancias, se pueda incluir el profesional at y la obra social u otro tipo de dificultades hacen que esto se dilate, que no se dé.
Entrevista 3.
Pienso que no es fácil la articulación interinstitucional tampoco, en esto de pensar otros actores relevantes que no sean solo del hospital o de lo sanitario y bueno, muchas veces en ese terreno aparecen dificultades, pero hacemos con eso.
CATEGORÍA: Obstáculos profesionales.
Entrevista 2.
Y en lo particular del profesional dependerá de cada uno de esos acompañantes terapéuticos, de los otros profesionales del campo de la Salud Mental que conforman a ese equipo y que atienden a ese sujeto, para ver si pueden conformar equipo. A veces sucede que el at aparece como en los dos extremos: ceñirse mucho a las indicaciones o intervenciones que puedan venir del lado del psicólogo, del psiquiatra, de la obra social, digamos de otras disciplinas del campo de la Salud Mental; o aparecer en la vertiente contraria de trabajar como solo, que no siempre pasa. A veces pasa, no para generalizar, a lo largo de mi experiencia he tenido buenos intercambios, buenos encuentros y otros casos no, sin compartir las intervenciones, sin incluirse o querer incluirse en lo que es el diálogo con otros profesionales, pero esto ha pasado en muy pocos casos.

Entrevista 3.
Me parece que hay veces que pueden estar ligadas al mismo trabajo en equipo, ya que no necesariamente siempre hay equipos articulados y a veces los acompañantes terapéuticos se suman a una configuración de equipo que es preciso tal vez anudar mejor. Muchas veces también la función de at ayuda a establecer esos puentes, cuando otros profesionales que intervienen en las situaciones no pertenecen a la misma institución. Entonces esto lógicamente hace que bueno, las dificultades en las articulaciones sean mayores o requiera de otra disposición.
Entrevista 4.
Un obstáculo también puede ser cuando el acompañante no trabaja en equipo, es algo que nos pasó puntualmente así y fue terrible, no podíamos trabajar porque el acompañante tomaba sus criterios y nosotros como equipo pensábamos otros criterios para trabajar y ahí la interdisciplina o el trabajo en equipo no estaba siendo posible.
CATEGORÍA: Condiciones laborales precarias.
Entrevista 2.
Creo que sí, la modificación tendría que ver con esto de lo que hable antes, vendría por el lado de eso burocrático administrativo que se presenta como obstáculo, que el acompañante tenga el reconocimiento y las condiciones laborales necesarias para realizar sus intervenciones de manera fluida, ya que si eso no se da así repercute directamente en los usuarios.
Entrevista 3.
Otra dificultad tiene que ver con condiciones laborales de los acompañantes que siguen estando en el sistema de salud nuestro muy precarizadas esas condiciones y esto genera muchas veces desgaste en el ejercicio cotidiano de los compañeros y eso también puede tornarse un obstáculo a la tarea. Cuando los medios para transportarse, cuando los contextos de intervención, cuando como digo muchas veces los equipos de salud no están en condiciones de poder pensar articulaciones, eso lleva muchas veces a obstáculos en la función del at y mucho de esto puede desprenderse de las condiciones de trabajo precarias, informales y de no reconocimiento desde lo salarial y desde lo simbólico muchas veces también.

Entrevista 5.
Después sí, hay algunas cuestiones que tienen que ver con las condiciones en las que sucede el trabajo del acompañante que nos excede muchas veces, no les pagan, demoras en los pagos, cuestiones que son quizás externas al trabajo, pero lo determinan. Eso ha pasado muchas veces en cuestiones del trabajo con acompañantes, que las obras sociales demoran los pagos, que los acompañamientos se tiene que interrumpir porque no cobran, eso es parte y me parece que hace a las condiciones de posibilidad de un laburo, pero bueno ya sería por fuera de la articulación entre los equipos.
CATEGORÍA: Transformaciones.
Entrevista 1.
No, considero que es en la mayoría de los casos un trabajo que se da de forma articulada y en las ocasiones que no sucede no responde a una característica común de los acompañantes que precise ser revisada o modificada, sino a cuestiones más personales del profesional que pueden darse en el equipo con cualquier profesional.
Entrevista 2.
Creo que sí, la modificación tendría que ver con esto de lo que hable antes, vendría por el lado de eso burocrático administrativo que se presenta como obstáculo, que el acompañante tenga el reconocimiento y las condiciones laborales necesarias para realizar sus intervenciones de manera fluida, ya que si eso no se da así repercute directamente en los usuarios.
Entrevista 3.
Claramente sería sumamente interesante en muchos dispositivos del hospital y fuera del hospital, ni hablar en un dispositivo como HdD, contar con más acompañantes terapéuticos. Si hay algo de la función del acompañar en lo cotidiano y en la cuestión del lazo y en el acceso a otros bienes y otros derechos que a veces estuvieron restringidos. Bueno eso, los acompañantes tienen muchísimo para aportar y estaría buenísimo que formen parte de un plantel como decimos talleristas.
Entrevista 4.

La verdad sí, esto fundamentalmente, seguir trabajando o trabajar más finamente el trabajo en equipo, si bien se trabaja en equipo, pero reforzar eso, ese trabajo; que no siga pasando que un acompañante se corte solo, por ejemplo.

Entrevista 5.

Mira, no sé, yo creo que mientras este esta coordinación en las lecturas, en la organización del trabajo, este espacio de reuniones y de conversación sobre lo que cada uno o una va viendo y pensando, me parece que ese es el momento indicado para la articulación, el tema es cuando falla. Estoy pensando ahora conversando con vos en situaciones donde realmente hay algo de eso, que o se espacian mucho los encuentros, o ligado a la disponibilidad de tiempo también, que a veces se nos complica organizarnos, encontrarnos, pero me parece que no, que si funciona de esa manera, tampoco no como al fijo, no como todos los viernes vamos a encontrarnos, sino en función de la necesidad del encuadre y de los acuerdos que se puedan hacer entre los que forman parte del equipo y las necesidades que se van experimentando ahí, pero me parece que no, que es eso, ese espacio de encuentro, de articulación y de pensar juntos el laburo creo que es como la base.

.