



TRABAJO FINAL INTEGRADOR DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “Acompañando mujeres desde una perspectiva de género y derechos humanos”.
Experiencia de un dispositivo grupal en un hospital público.

Autoras:

Becerra, María Soledad - DNI N° 26.728.519
García Espinosa, María Lorena - DNI N° 28.293.030

Director:

Lic. Alex Alarcón

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación: 29/07/2024

Firma de autoras

A square photograph showing a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to be 'MS'.

A square photograph showing a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is more elaborate and appears to be 'ML García Espinosa'.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Marco Teórico	
Acompañamiento Terapéutico.....	7
Ley de Salud Mental y Derechos Humanos.....	8
Trabajo Interdisciplinario.....	10
Características Generales del Sistema de Salud Argentino.....	11
Niveles de Atención de Salud en Argentina.....	12
Historia del Hospital General de Agudos “Dr. Oscar Alende”	12
Dispositivos Grupales.....	14
Género.....	15
Desarrollo.....	20
Conclusiones.....	26
Referencias Bibliográficas.....	28

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a varias personas en este transitar del Ciclo de Complementación de Acompañamiento Terapéutico.

En primera instancia a nuestro tutor, Alex Alarcón. Por su paciencia, dedicación, por leer y releer infinitamente nuestros escritos. Por su detalle en las correcciones y por su generosidad en las devoluciones. Por también contener nuestros momentos de angustia y temores. Gracias totales.

También nos gustaría agradecer a lxs docentes que, a través de la dedicación, el compromiso y las temáticas de sus clases, fueron acompañando el surgimiento de una inquietud que finalmente se transformó en problema y que hoy es nuestro Trabajo Final Integrador.

Gracias Bernarda Guerezta, Alex Alarcón y Virginia Yanis por toda la bibliografía abordada en relación al género, tan necesaria e imprescindible en las formaciones de profesionales de la salud.

Gracias Patricia Mansi porque durante el transcurrir de tus clases hicimos un recorrido del sistema de salud argentino que nos permitió comprender las lógicas que atraviesan al hospital público y la importancia de sostener los dispositivos de acompañamiento en esos lugares.

Gracias Anabella Rivera, Brenda Palacios, Ana Azpeitia, Catalina Agüero y Martina Remón, quienes nos brindaron su tiempo para contarnos cómo funciona el grupo terapéutico de mujeres del Hospital General de Agudos de Mar del Plata "Dr. Oscar Alende".

Y por último a nuestras familias...

A Joaquín, Camila, Galileo y Pedro gracias por sostener y acompañar todo este recorrido. Por entender lo importante que fue para mi este transitar. Por compartir mis alegrías y también escuchar y alojar mis dudas y miedos. Gracias por el amor.

A Alejo, por apoyarme con amor durante todo el proceso con palabras de aliento y de superación y a mí pequeña Olivia que entendió siempre que su mamá estaba frente a la computadora trabajando en algo que ama.

RESUMEN

En el presente trabajo se describirá la especificidad del acompañamiento terapéutico en el trabajo interdisciplinario, amparado en los lineamientos de la Ley de Salud Mental (Nº 26.657) y con una visión de las personas padecientes desde la perspectiva de derechos humanos.

Se desarrolla a partir de la experiencia de un dispositivo grupal de mujeres con padecimiento crónico en el servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata.

Los abordajes desarrollados en este escrito, los cuales describen la dinámica del grupo mencionado, están en sintonía con la perspectiva de género, incluyendo temáticas en relación a estereotipos, tareas de cuidado, violencia de género, entre otras.

PALABRAS CLAVES

acompañamiento terapéutico - dispositivo grupal - salud mental - derechos humanos - trabajo interdisciplinario - perspectiva de género

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Final Integrador que se presenta a continuación tiene por objetivo general caracterizar la especificidad del acompañamiento terapéutico dentro de un equipo interdisciplinario en el abordaje de un dispositivo grupal de mujeres con padecimiento subjetivo crónico a partir de la perspectiva de género y derechos humanos en el servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA) de la ciudad de Mar del Plata.

Como se puede leer en el proyecto de ley Gómez, el acompañamiento terapéutico es una disciplina que trabaja desde una perspectiva de derechos humanos, enmarcando su accionar como parte de un equipo interdisciplinario de salud. Sosteniendo a sujetos con padecimiento mental, acompañando su devenir, su lógica subjetiva, su actual estado de vulnerabilidad, entendiendo el mismo como la suma de condiciones amenazantes que caracterizan a ciertos sectores o grupos de la población ya sea por su condición de edad, género, estado civil, origen étnico o cualquier otra, encontrándose en situación de riesgo, implicando un impedimento para el ejercicio de los Derechos Humanos.

Dentro de este marco es que deben abordarse transversalmente la Ley de Salud Mental Nro. 26.657, la Convención Internacional de Derechos Humanos y la Ley Nro. 26.485 de Protección Integral de las Mujeres.

La Ley 26657, plantea que las personas con padecimiento mental tienen derecho a recibir atención sanitaria y social integral con acceso igualitario, preservando su identidad e historia personal, desde una terapéutica focalizada en la menor restricción posible de derechos y libertades, teniendo en cuenta que dichos padecimientos no son estancos, sino dinámicos. En el marco de un tratamiento personalizado en un ambiente donde se preserve su intimidad.

El posicionamiento que se adopta frente al sujeto padeciente sigue los lineamientos que plantea la Convención Internacional de Derechos Humanos y la Ley 26.485, los cuales hacen referencia a: cuidar el cuerpo y la salud, garantizar la equidad de género, respetar la diversidad, el ejercicio

igualitario de los derechos y el reconocimiento de todas las personas como sujetos de derecho.

Desde el trabajo interdisciplinar en el área de Salud Mental del Higa se propone acompañar a las usuarias con padecimiento mental crónico, de manera mensual a través de un dispositivo grupal, abordando y rompiendo estereotipos de género para definir estrategias de autocuidado a la salud de manera integral, para mejorar condiciones de vida contemplando los diferentes ciclos vitales por los que transitan, basadas en la ley 26.485.

En función de lo descrito anteriormente se buscará definir la especificidad del acompañamiento terapéutico dentro de un equipo interdisciplinario. Determinar la función de lx acompañante terapéuticx en un abordaje grupal. Identificar el posible entramado vincular por parte de las usuarias al dispositivo grupal. Explorar la aparición de estereotipos de género por parte de las usuarias durante el desarrollo del dispositivo.

La metodología utilizada en este trabajo será de tipo exploratoria descriptiva, utilizando metodología de tipo cualitativa. Se hará un relevamiento bibliográfico sobre la temática.

MARCO TEÓRICO

Acompañamiento Terapéutico

El Acompañamiento Terapéutico (AT) surge en Argentina entre las décadas del 50 y 60 como alternativa al tratamiento psiquiátrico asilar. Este dispositivo se ve influenciado con el cambio de paradigma a nivel mundial, que se da en la segunda mitad del siglo pasado, relacionado al movimiento de antipsiquiatría, de la psiquiatría comunitaria y del psicoanálisis.

Según palabras de Susana Kuras y Silvia Resnisky (1985):

El rol de lx acompañante terapéuticx (at) encuentra su origen en una concepción psiquiátrica dinámica, opuesta al planteo clásico que confina a lx enfermxx mental con el rótulo de locx, alejándose de su familia y de la comunidad. Lx at como agente de salud, se inscribe en la corriente que busca restituir la posibilidad de diálogo con la sinrazón. El trabajo de lx at es fundamentalmente asistencial. (...) Surgió como una necesidad clínica en relación a pacientes con quienes los abordajes terapéuticos clásicos fracasaban. (p. 22).

Desde sus comienzos hasta la actualidad, el AT ha ido creciendo y delimitando su rol específico, pasando, como nombran las autoras, de una impronta asistencialista y de auxiliaridad en relación a otras disciplinas de salud, a ser una profesión con un marco teórico e incumbencias que le son propias, así como a adquirir una jerarquización de la práctica dada a partir de las formaciones superiores y universitarias. A su vez, se ha modificado la visión de la persona acompañada desde un lugar de objeto receptor de tratamiento, al de un abordaje de lx individuo como sujeto activo desde una perspectiva de derechos humanos.

Siguiendo este recorrido histórico, se adhiere al espíritu del Proyecto de ley de la reglamentación del AT, presentado en el año 2022 por la Diputada Nacional Abigail Gómez, que en su art. 2° manifiesta:

Lx at es unx profesional trabajador del campo de la salud que integra equipos interdisciplinarios. Su función consiste principalmente en acompañar y contener a las personas asistidas en su cotidianidad, dentro de su comunidad, entorno familiar, social, institucional y comunitario, con el fin de mejorar su calidad de vida,

promover el ejercicio efectivo de sus derechos y favorecer el desarrollo de su autonomía, autovalimiento e integración comunitaria, de acuerdo a los objetivos y estrategias diseñados en conjunto con la o las personas acompañadas, sus referentes vinculares y el equipo interdisciplinario interviniente.(párr. 2)

En este sentido, se puede visualizar el cambio de paradigma en la concepción de la figura de lx at, que pasa de su condición de auxiliaridad a la de profesional de la Salud. El Proyecto de Ley mencionado, agrega:

Lx at opera como potenciador y facilitador de la construcción de proyectos de vida saludables, inserción o reinserción social, en la rehabilitación, prevención de posibles recaídas, identificación y anticipación de situaciones de riesgo, en vinculación social de las personas a acompañar, promoviendo la participación activa de éstas en la toma de decisiones sobre su tratamiento y su vida en general, en el marco de un abordaje psicosocial, cotidiano, comunitario e interdisciplinario. (párr. 2)

Lx at, a diferencia de otras disciplinas de salud, genera con su presencia un tiempo y un espacio diferente en la vida de lx otrx, es una práctica instituyente, entendida cómo un espacio vincular que promueve nuevas instancias de estructuración. Esto da lugar a que a lx acompañadx se le presenten interrogantes en relación a pérdidas, tramitación de duelos, silencios, rechazos y desencuentros con lxs otrxs, entre otras cuestiones, donde se manifiesta un trabajo psíquico de implicancia mutua.

La potencia vincular entre at y acompañadx da lugar a una lectura del sujeto en su singularidad. A través de una mirada diferente, que admita la emergencia de lx otrx, que surja algo del orden del deseo, de su subjetividad. Es decir, hacer algo con el malestar y desde lo simbólico, dar nuevas respuestas a los conflictos, produciendo, a su vez, un anudamiento con su entorno social y cultural.

Ley de Salud Mental y Derechos Humanos

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), en sus artículos más relevantes, menciona:

ARTÍCULO 1º. - Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de

raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (p 10)

Incluyendo en sus artículos el derecho de las personas a ser respetadas en cuanto a su integridad tanto física, psíquica como moral. También menciona que aquellas que estén privadas de su libertad deberán ser tratadas con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657, establece en algunos de sus artículos lo siguiente:

ARTÍCULO 1°. - La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. (p 5)

Se reconoce a la Salud Mental dentro de un proceso que incluye elementos históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, relacionados con la construcción social subjetiva, vinculada al paradigma de derechos humanos y sociales de toda persona. En relación a esto, menciona diversos derechos que el Estado les reconoce, como son:

ARTÍCULO 7° .- (...) a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, (...); b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, (...); d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; (...), k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades; l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación; (...).(p 8)

Por otra parte, uno de los aspectos más importantes de esta Ley es que incorpora la interdisciplinariedad a los equipos de salud mental que incluyan profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

Partiendo del concepto de salud mental de la OMS, como el bienestar emocional, psíquico y social que permite llevar adelante los desafíos de la propia vida y de la comunidad en la que se vive, y que en instancias en

donde este bienestar se ve alterado o vulnerado los individuos están transitando lo que se denomina padecimiento mental.

Siguiendo los lineamientos de la Ley, se piensa que la salud mental está íntimamente relacionada con el contexto. La subjetividad es un concepto histórico-político, por esto, las personas no enferman de la misma forma en cada momento histórico y contexto social.

Poniendo el acento en el individuo que padece, “como sujeto de derecho”, y tomando como marco a la “Ley de Salud Mental”, se considera que ésta garantiza la atención sanitaria y social, ya sea en ámbito público o privado, y debe asegurar la recuperación a través de la terapéutica más conveniente, intentando no desarraigar a la persona de sus contextos cotidianos y que pueda dentro de las posibilidades tomar decisiones en cuanto a su tratamiento, el cual se debe desarrollar de manera interdisciplinaria y en articulación con otros efectores de salud.

La Ley de Salud Mental aporta elementos que le otorgan un marco de legalidad a la inclusión de prácticas que ya se venían desarrollando en el ámbito de la salud, este es el caso del AT entre otras disciplinas.

Trabajo interdisciplinario

Según palabras de Alicia Stolkiner, (2005) “la interdisciplina, nace de la incompletud de las herramientas de cada disciplina para abordar y poder comprender los distintos contextos” (párr. 19) y de la necesidad de una lectura de los padecimientos psíquicos de manera integral, no monopolizando la mirada desde un saber único.

Dentro de la compleja trama de la interdisciplina, no pueden dejarse de lado los saberes particulares, necesarios para la conformación de un saber superior más completo. De acuerdo a Nora Elichiry (1987) “el enfoque interdisciplinario promueve intercambios que producen recíproco enriquecimiento y transformación, y supone la cooperación entre los miembros del equipo, que proceden de disciplinas heterogéneas y se concretan en prácticas convergentes” (p. 184).

Considerando el padecimiento psíquico como una problemática compleja, con múltiples causales y determinantes, donde variados tratamientos se complementan, el abordaje del caso singular, debe seguir la línea de un armado artesanal, abordable sólo de manera interdisciplinaria.

Parafraseando a Carlos Eroles (2002), la Interdisciplina es una forma de articulación que, a partir del diálogo y la puesta en común de diversos

saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta un sujeto determinado.

De esta manera cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. A partir de lo dicho, es importante tener en cuenta los aportes específicos que se pueden realizar desde las diversas disciplinas para poder establecer con lxs otrxs miembrxs del equipo un acuerdo teórico-ideológico y epistemológico indispensable para la comprensión de la diversidad de los conflictos que se presentan en la intervención.

Características generales del sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino, según lo referido en el artículo, “Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino” de la Fundación Soberanía Sanitaria (2021), está cubierto por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Hacia principios de los setenta, entre las instancias pública y la de la seguridad social, la provisión de salud estaba medianamente cubierta. A partir del desarrollo de las obras sociales, en donde se instala un sistema solidario interno dependiente de cada gremio de trabajadores, el sistema alcanzó un alto grado de fragmentación como principal rasgo. La salud pública presenta una progresiva descentralización, sumado a la crisis económica que trajo aparejados problemas de índole social, marcaron aún más la fragmentación del sistema.

En materia de salud, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional, el cual comparte con otros ministerios el área de programas sociales. No obstante, los gobiernos provinciales son autónomos con respecto a políticas de salud pública y de responsabilidad en la provisión de servicios, por lo que los lineamientos del nivel nacional tienen valor indicativo.

Los municipios, por su lado, tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su ámbito.

El fuerte desarrollo de la seguridad social centralizada comienza a limitar la autonomía de los gobiernos provinciales en la gestión de la salud en sus territorios. Esto se debe a la estandarización de políticas y procedimientos a nivel nacional, lo que no se adapta completamente a las necesidades específicas de cada región. Precisamente, en el ámbito del

gobierno nacional, funciona la Superintendencia de Servicios de Salud, como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud.

Niveles de atención en salud en Argentina

Según información proveniente de un artículo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo, la organización de la atención de la salud se estructura en diferentes niveles de complejidad para garantizar una cobertura amplia y una calidad óptima de los servicios, todo ello con una distribución eficiente de los recursos disponibles. Este enfoque busca equilibrar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud en todo el país.

Se distinguen tres niveles: nivel primario, nivel secundario y nivel terciario.

El nivel primario se enfoca en la promoción de la salud y la atención básica, con una amplia cobertura y una variedad de profesionales de la salud. Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren. Su objetivo es llegar a toda la comunidad y promover la confianza en el sistema de salud.

El nivel secundario atiende a un segmento menor de la población y se centra en diagnósticos y tratamientos más complejos que no pueden ser resueltos en el nivel primario. Suele estar vinculado con servicios clínicos hospitalarios y requiere recursos diagnósticos más avanzados. Su recurso humano está representado por el especialista. Requiere de unidades de diagnóstico más complejas.

El nivel terciario se especializa en la atención de casos de mayor complejidad y hospitalización. Tiene una cobertura más limitada y se centra en casos de patología grave. Requiere de unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como de pabellones quirúrgicos.

Historia del Hospital General de Agudos “Dr. Oscar Alende” (HIGA)

El Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata se construyó en la gestión de Ramón Carrillo, como secretario de Salud Pública, para poder atender a la población que no contaba con la prestación de salud, de una amplia región. El mismo se habilitó para la atención del público en diciembre de 1961, ubicándose en el edificio en que actualmente

sigue funcionando, cubriendo la asistencia de la población de Mar del Plata, actuando como centro de derivación de los 16 municipios que integran la Región Sanitaria VIII.

En relación al primer servicio de Salud Mental de la ciudad, este se ubicó, como servicio de Psiquiatría, en el antiguo Hospital Mar del Plata (que luego se transformaría en el Hospital Materno Infantil Don Victorio Tetamanti). Al dividirse sus funciones, y correspondiendo al antiguo Hospital Mar del Plata la asignación de funciones materno infantil, este servicio se traslada al Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A), donde junto con la especialidad de Psiquiatría, trabaja inicialmente un consultorio de psicología con cinco profesionales que respondían a la demanda del hospital a través de interconsultas y consultorio externo.

En la actualidad, según las Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental, de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, perteneciente al Min de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), se define como servicio de salud mental en un hospital general como aquel servicio que aborda la demanda interna y externa de todas las problemáticas de salud mental desde la atención ambulatoria, la atención de las urgencias las 24 Hs., la interconsulta y la internación.

La atención de la urgencia, internación y tratamiento ambulatorio, se desarrollará de manera articulada, atendiendo, en el caso del HIGA, a la población de adultos y adultos mayores. Este Servicio puede constituirse en puerta de entrada al sistema de salud en las situaciones de atención en crisis o a través de sus servicios de consulta externa.

Las prestaciones que brinda el Servicio son: atención interdisciplinaria de las urgencias durante las 24 Hs.; internación; atención de la demanda espontánea; atención ambulatoria programada; interconsulta; articulación para la atención integral de salud de cada persona para garantizar el derecho a la salud; evaluación diagnóstica situacional e integral que incluye evaluación clínica; elaboración de plan terapéutico individual para cada persona con su participación y la de los referentes vinculares que correspondan; psicoterapia individual y grupal; tratamiento psicofarmacológico; acompañamiento terapéutico; acciones de Promoción de la salud; entre otras.

El recurso humano que contempla esta adecuación, debe estar formado por: médicx, preferentemente psiquiatra, psicólogx, trabajadox

social, enfermerx, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, agente sanitario, operadorx de salud mental, at, promotorx de salud.

Dispositivos grupales

Para poder definir lo que es un dispositivo grupal, en primer lugar, se debe definir lo que es un dispositivo, al respecto, Giorgio Agamben (2006) va a decir que *dispositivo* “es todo aquello que tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (pág. 1).

Cuando se piensa en un dispositivo de intervención grupal, se lo hace desde su configuración inicial, respondiendo a un pedido, construyendo de alguna manera, lo que sería la demanda, en una elaboración metodológica para asistir a la misma, cumplimentar objetivos, para encontrar una respuesta grupal, provocar efectos a través de determinadas prácticas; estas serán guiadas, (Ana María Fernández, 1989) “nuevas formas de intervención, espacios tácticos con los que se intentará dar respuesta a múltiples problemas” (P.18).

Cada dispositivo está atravesado por varias instancias, las que tienen que ver con lo institucional, el inter juego no solo de las normas enunciadas y las que el propio grupo crea, lo que se dice y lo que no, lo fantasmático, lo que tiene que ver con cuestiones de índole transferencial, lo que se gesta a nivel corporal, en la búsqueda de las cuestiones comunes a partir de lo singular de cada unx de lxs integrantes, propiciar puntos de encuentro, crear sentidos propios y hasta coincidir en las representaciones imaginarias que el grupo produce como tal.

Otro de los atravesamientos de lo grupal depende de la coordinación, del estilo de la misma, de la lectura que esta tenga con respecto a cada unx de lxs individuos y la dinámica general, dando lugar a los distintos discursos, interviniendo para habilitar otras formas de pensar, para generar otros modos de subjetivación; posibilidad de transformación. La coordinación forma parte del encuadre y lo sostiene, éste a su vez organiza la tarea y la habilita.

En este intento de definición de dispositivo grupal, el que aquí se convoca es el de intervención terapéutica, que tiene como objetivo explorar dinámicas interpersonales, formas de relación y ofrecer apoyo mutuo entre

los miembros del grupo, posibilidad de repensar cuestiones propias a partir del decir del otro.

Es fundamental expresar algunas ideas sobre el trabajo en grupos que destacan la importancia del AT en enfoques grupales, en relación a esto Graciela Bustos menciona que:

El grupo es parte de las redes sociales que les permiten a las personas con padecimiento psíquico sostenerse en la vida cotidiana; se valoran los logros, se muestran las dificultades, se trabaja sobre las circunstancias objetivas y subjetivas que generan malestar y que les impiden integrarse.

El grupo aparece como un mediador, como facilitador del acceso a ciertos recursos, en situaciones en las que no se puede acceder por sí mismo; calma ansiedades, establece tiempos de espera, acompaña, ayuda a ser paciente, tolerante con las dificultades de otro, permite descubrir que tenemos tiempos diferentes para acceder al conocimiento, para incorporar normas sociales, para establecer vínculos, para comunicarnos, para constituirnos como sujetos; esto es parte de los aprendizajes que se realizan en este espacio. (P 2)

Lx at sirve como punto de referencia dentro del entorno grupal sosteniendo la individualidad del sujeto dentro el espacio, habilitando su subjetividad y marcando presencia ante la posibilidad de que experimente ansiedad o temores abrumadores, acompañándolo en su vulnerabilidad.

Género

Hablar de género requiere abordar la definición de varios conceptos relacionados con la temática. Primeramente, es necesario diferenciar entre sexo y género. Aludiendo el primero al conjunto de características biológicas que definen al momento del nacimiento, la asignación de un sexo masculino o femenino de acuerdo a los órganos sexuales externos (pene/vagina).

La filósofa Judith Butler (1990) cuestiona la idea del sexo como reducido a lo biológico, expresando que “el binarismo está tan arraigado que nadie puede observar ningún cuerpo y sus diferencias sin pensar que deberían adaptarse a formas masculinas o femeninas, no habiendo otra opción posible” (p.21)

En cuanto al género, es una construcción social, cultural e histórica que refiere a los diferentes comportamientos, roles y actitudes en relación a

lo femenino y lo masculino. Estas características aprendidas en las diversas instituciones por las que transita una persona (familia, escuela, trabajo, entre otras) y que se posicionan desde las diferencias biológicas, van imponiendo jerarquías entre lxs sujetxs.

Según palabras de Monique Wittig (1980), “la categoría de sexo funciona haciendo pasar por natural e inmutable una relación de poder que es siempre social y construida” (p.21).

El patriarcado es el sistema político, económico, cultural y social predominante en las sociedades modernas, basado en el privilegio y supremacía de los varones y a su capacidad de ejercer el poder, en relación a las mujeres y a las diversas identidades que no se reconocen dentro del binarismo sexoafectivo. Refiere a un sujeto hegemónico (varón blanco, cisgénero, heterosexual y sin discapacidad), todas las personas que se alejen de esas características, quedan posicionadas por debajo de dicha jerarquía social, configurando relaciones asimétricas de poder. La autora referenciada en el párrafo anterior, también cuestiona este posicionamiento dado que manifiesta que “el pensamiento dominante (de clase, de etnia y de género), supone que algunas personas (migrantes, personas con discapacidad y mujeres, entre otras) son desiguales por naturaleza”. Esta asimetría origina las diferentes formas de violencia. De las cuales, se definirán sólo las relacionadas contra las mujeres a los fines del abordaje del presente trabajo.

La Ley 26485, de Protección Integral de las Mujeres, tipifica las distintas formas de violencias de género como:

Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato/agresión que afecte su integridad física; Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento; Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia; Económica y

patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer.(párr. 25)

Las mujeres que sufren estos tipos de violencia despliegan un bagaje de mecanismos de defensa que se cronifican, instalándose en el tiempo. Aparecen sentimientos de culpabilización, sumisión, indiferencia, abandono, miedo, vergüenza, entre otros. Éstos les impide reconocerse como víctimas en esas escenas, generando una incapacidad para pedir ayuda.

En función de lo desarrollado hasta el momento, es preciso retomar lo relacionado a los estereotipos de género. Lo cual implica que en primera instancia se defina qué se entiende por estereotipos, que son expresados como imágenes sociales simplificadas e incompletas que supuestamente caracterizan a un grupo de personas. Los estereotipos pueden referir a múltiples aspectos de la vida social, la religión, la nacionalidad, el sexo, la etnia, la orientación sexual. Éstos implican una imagen acotada en relación a cómo se ven las personas, negando sus individualidades, ubicando dicha caracterización a la totalidad del grupo de referencia.

Un estereotipo de género produce una mirada prejuiciosa sobre una persona, basada exclusivamente en su género, lo que ocasiona una dificultad en reconocer sus capacidades, habilidades y derechos. Estos producen diferencias, características, roles y funciones que originan las desigualdades entre los mismos y constituyen expresiones de discriminación, dado que esconden nociones arraigadas socialmente vinculadas a la inferioridad y subordinación de los colectivos integrados por personas fuera del varón hegemónico.

Es desde este lugar que se les han asignado a los hombres roles vinculados a lo que socialmente se piensa como el ámbito de lo público, es decir al trabajo remunerado, los espacios sociales, sindicales y políticos, espacios donde se toman decisiones. Mientras que los roles asignados a las mujeres, tienen que ver con el ámbito privado y doméstico, la maternidad, las tareas de cuidado, que incluyen todas las actividades del hogar, actividades que no están valoradas y que al pensarse como naturales de lo femenino, no están remuneradas. Mientras se espera que las mujeres sean dependientes, tiernas, frágiles, emocionales y sentimentales, de los varones se esperan comportamientos y actitudes de poder, fuerza, valentía e independencia. Dentro de estos patrones transmitidos, entendidos como naturales, se producen estructuras de poder y opresión. Esto ocasiona en reiteradas oportunidades violencias que los varones ejercen y que son

pensadas como propias de su género, las cuales son vistas como naturales, pero que han sido aprendidas.

Estas desigualdades no pueden ser pensadas de forma aislada, dado que se interrelacionan con otras, por lo que es necesario el enfoque interseccional con otras categorías como por ejemplo la edad, clase social, orientación sexual, identidad de género, la condición de ser migrante, discapacidad, pertenencia a comunidades indígenas u otras minorías, ruralidad, privación de la libertad, entre otras.

Abordar el género desde este enfoque interseccional posibilita pensar como lo marca el cuadernillo “Masculinidades sin Violencia” del Ministerio de Género de la Nación “comprender que hay múltiples formas de ser mujeres, varones y otras identidades, es decir, que los géneros pueden ser plurales, diversos y contextuales”. (p. 17).

A los fines de desarrollar las tareas de cuidado, es preciso primeramente definir qué se entiende por cuidado según indica el diccionario de la lengua española (RAE). La misma lo define como “Acción de cuidar (asistir, guardar, conservar)”. Ahora bien, las tareas de cuidado según cuadernillo “Igualdad de los Cuidados” del Ministerio anteriormente citado, son “aquellas actividades que realizamos a diario para atender las necesidades básicas propias y de otras personas. Por su injusta distribución, las identificamos como el núcleo central desde donde es posible desandar las diversas desigualdades entre los géneros”. (p.14). Dichas tareas incluyen el trabajo doméstico y la asistencia de personas que precisan del cuidado de otras para garantizar su autonomía, como son lxs niñxs, personas mayores, personas con discapacidad. Pero también aquellas personas que, sin encontrarse dentro de estos colectivos, requieren de la ayuda en estas tareas, para poder desarrollarse o trabajar en otras, de carácter remunerativo.

Las tareas de cuidado requieren pensarse como un trabajo, ya sea que se realicen en forma remunerada o no, con o sin amor. Representan en sí mismas un trabajo ya que implican para quien las realiza un gasto de energía, tiempo y recursos. El estereotipo de mujer cuidadora es una construcción social funcional al desarrollo del sistema capitalista.

El rol social asignado al cuidado y su consecuente limitación para acceder a la vida laboral, ocasionan la falta de autonomía en las diferentes etapas de la vida. También se puede relacionar esta desigual distribución de tareas con la reproducción de las violencias de género. Dado que esta falta de autonomía, producida por la situación de estar a cargo de las tareas del

hogar, provoca una dependencia económica que dificulta la posibilidad de concluir un vínculo con una persona violenta.

DESARROLLO

El servicio de salud mental del Higa aborda la demanda de atención de usuarixs con padecimiento subjetivo. A los fines de este trabajo haremos un recorte, tomando como referencia a las usuarias con padecimiento crónico de larga trayectoria, que tienen la particularidad de no disponer de un profesional específico en el área de psiquiatría. Debido a la escasez de recursos profesionales para dar respuesta concreta, la clínica grupal se presenta como una alternativa posible para propiciar la continuidad de cuidado de usuarixs con patologías crónicas, principalmente esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastorno límite de personalidad, trastorno por consumo problemático y diversas patologías asociadas a la vulnerabilidad psicosocial.

Este abordaje grupal se realiza a través de dispositivos interdisciplinarios terapéuticos coordinados por las siguientes profesiones: psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico y trabajo social. Este dispositivo posee una frecuencia mensual y es de carácter ambulatorio.

Surge desde la necesidad de acompañar los tratamientos de usuarixs que asistían mensualmente a consulta con el único fin de sostener el tratamiento psicofarmacológico, donde eran atendidxs por unx profesional que sólo prescribía recetas, y no había una intervención con una mirada integral de estxs usuarixs, pensar en la grupalidad, como un modo de realizar un seguimiento y tener mayor continuidad de su trayectoria de salud.

El grupo que se describe está conformado íntegramente por mujeres con padecimiento subjetivo crónico. Además, estas usuarias poseen una escasa vinculación con la trama comunitaria y una fragilidad de sus lazos cercanos, que hace que se encuentren aún más vulneradas. Se trabajan temáticas relacionadas con los estereotipos de género, las distintas formas de maternar, el transcurrir por los distintos ciclos vitales, entre otras temáticas.

El dispositivo grupal abordado se inicia durante el año 2023, continuando hasta la actualidad. Tiene por objetivo favorecer la adherencia al tratamiento con una mayor accesibilidad y frecuencia, creando un espacio de alojamiento y referencia, así como también introducir la existencia de otras prácticas posibles más allá de la psicología y psiquiatría en atención individual, vinculadas al modelo asilar que prevalecía antes de la promulgación de la Ley de Salud Mental.

El espacio físico destinado para desarrollar la dinámica grupal funcionaba, en un principio, en el SUM del servicio, lindero al área de internación, consultorios e ingreso a la guardia de atención en salud mental. Con posterioridad, se traslada a las instalaciones donde funciona actualmente, en otra franja horaria, el Hospital de Día, en un edificio apartado que tiene la particularidad de ser una construcción relativamente nueva, rodeada de espacios verdes, con una impronta edilicia menos asociada a la conformación asilar del panóptico desarrollado por Michel Foucault (1975) que describe los mecanismos de poder y vigilancia en las sociedades modernas. Este cambio de lugar se pensó con la función de habilitar un espacio con mayor intimidad y de alojar a las usuarias subjetivamente, donde se ubican las sillas en ronda, dando lugar a un encuentro que propicia la mirada y la escucha desde la cercanía.

El encuadre del dispositivo es de frecuencia mensual, se inicia con la instancia grupal de una hora y media de duración. En el transcurso del mismo se realizan recetas y se da lugar a escuchas individuales en caso que lo requieran. El grupo es transitado al momento por 12 mujeres, con una franja etaria de 30 a 55 años de edad. Los encuentros son co-coordinados por 5 profesionales. En un comienzo se lo nombraba como “grupo de recetas de los jueves”. A partir de los primeros encuentros y con una impronta desde el nuevo paradigma de salud mental, basado en un sistema de apoyo con redes de servicios socio - sanitarios en sus entornos cotidianos, se decide modificar su denominación a Dispositivo Integral de Acompañamiento (DIA). Decisión que fue pensada y consensuada entre lxs profesionales que coordinan este grupo y que con posterioridad se presentó al grupo de usuarias. Se considera necesario remarcar que esta nueva forma de llamarlo tuvo un proceso de análisis en función de la marca con la cual identificar al grupo desde un lugar de mayor empatía, atendiendo no sólo la necesidad de medicación de las personas padecientes, sino desde la visión integral del sujeto.

El contenido abordado en el dispositivo está relacionado con sus trayectorias de vida, sobre la lectura que tienen de su propio padecimiento, con cómo se perciben en su transitar dentro de los dispositivos de Salud Mental, cómo su contexto se modificó en relación de su diagnóstico.

Parafraseando a Jorge Pellegrini (2010), los diagnósticos, entendidos cómo rótulos, modelan los procesos identitarios de quien los porta. Esto ocasiona, en un gran porcentaje de casos, que el sujeto y su entorno diseñen los proyectos de vida en relación al diagnóstico como una

totalidad. Ese rótulo o etiqueta, siguiendo al autor, “configura un estereotipo social que determina la conducta del sujeto en cuestión, quien llega a encontrar un lugar en el mundo si responde a las expectativas sociales que su rótulo genera en el imaginario social” (p.7).

Las usuarias del grupo no están exentas de cargar con el peso de las etiquetas, que generan efectos en cómo se ven a ellas mismas y cómo las ve la otra. La siguiente viñeta expone esta problemática: en uno de los encuentros se planteó la pregunta acerca de cómo su contexto social y familiar las percibía a partir de su diagnóstico. Fueron apareciendo ejemplos en los cuales las nombraban como "locas", les decían frases como "seguro que no te tomaste la pastilla", o, "no sabes lo que decís", aparecía una rápida subestimación y falta de credibilidad en palabras como: “ya se empieza a poner nerviosa” y otras frases con la misma impronta estigmatizante.

Se considera importante trabajar con las usuarias en relación a estas temáticas que las convocan y las movilizan en sus recorridos diarios. Proporcionando herramientas para pensarse desde otro lugar, permitiendo que emerjan nuevas identidades subjetivas. Trabajando con ellas su historia, sus derechos, sus posibilidades, desde una perspectiva crítica e interseccional. Interseccionalidad entendida como los múltiples factores por los que está atravesada una mujer y que pueden, en numerosas situaciones, llevarla a un padecimiento psíquico. Factores que están relacionados no exclusivamente con el género, sino con la clase social, la raza, el nivel de estudios alcanzado, entre otros. Las mujeres son quienes suelen llevar adelante la crianza de los hijos, suelen ser jefas de hogar o formar familias monoparentales por ausencia o abandono de parejas. Esto requiere gran cantidad de horas de trabajo fuera de la casa que se suman a las tareas de la misma y la crianza. Los temores que aparecen en relación con lo anterior, sumado a los mandatos sociales, el miedo a no poder alimentar, educar, y brindar lugares de atención en salud a sus hijos, son variables que provocan mayor sufrimiento. Parafraseando a Franco Basaglia (1979), en su libro “La condena de ser loco y Pobre”, un sujeto padeciente, tiene como primera necesidad, no solamente la cura de su padecimiento, sino otras cosas que tienen que ver con el vínculo que forma con quien lo acompaña, y además de dinero, trabajo y una familia que lo aloje. Y sigue diciendo “un enfermo no es sólo un enfermo, sino una persona con todas sus necesidades” (p.30).

A partir de estos sentires que aparecen en cada uno de los encuentros grupales, es que se busca el corrimiento del lugar de “mujer loca”, cristalizada en la posición que se le asignó socialmente y en la que ella puede quedar atrapada.

Una característica común a todas ellas es haber transitado la maternidad. En relación a esto han surgido cuestiones que tienen que ver con el cuidado de lxs otrxs y de sí misma, estereotipos, temáticas relacionadas a la crianza de hijxs, distribución equitativa de tareas del hogar, la posibilidad de un trabajo remunerado, entre otras. A partir del dispositivo estas mujeres han podido repensarse desde otro lugar y en otro rol, donde se pone en juego la posibilidad de imaginar otras posibilidades a partir de la frase “qué hubiera pasado sí...”.

En el relato de una de ellas apareció una vivencia en la cual su marido le planteó desde que se casaron, siendo muy jóvenes, que “no era necesario que trabaje, dado que él no les haría faltar nada”. Por este motivo, ella nunca ha tenido un trabajo remunerado, es decir, fuera de las tareas de cuidado en su hogar. Ante la posibilidad que se dio en el grupo de repensar esta situación, manifestó que “si no hubiera estado a cargo de la casa y del cuidado de sus hijxs, le hubiera gustado trabajar en una lencería”, pero que sólo se abocó al cuidado de lxs mismxs. La aparición espontánea de esta viñeta permitió pensar como de a poco se van transformando las creencias que se instauraron desde la infancia, la persistencia de los discursos marcados por estereotipos que devienen de un modo de percibir el género signado por aspectos culturales e imaginarios sociales. Al interpelar estos discursos se puede ofrecer una mirada, más empática, desde la apropiación de nuevas formas de verse y de su encuentro con lxs otrxs significativxs.

En las temáticas referidas, aparece la violencia de género como una variable frecuente por la que han transitado en algún momento de sus vidas. Principalmente las relacionadas con las de tipo física, psicológica y económica. Como at, se aborda esta temática de diferentes maneras. Por un lado, si han sido situaciones vividas en el pasado, cómo han podido resolverlas. Por otro, si son situaciones que viven en la actualidad, se trabaja sobre los sentimientos en relación a esto como pueden ser los de culpabilización, sumisión, indiferencia, abandono, miedo, vergüenza, tratando de visualizar con ellas su lugar de víctimas de la escena. Sosteniendo desde un lugar de escucha amorosa, pero también brindando herramientas concretas para que puedan salir de esa situación, como promover la creación de redes de sostén por fuera del vínculo violento,

acompañando en las denuncias que sean necesarias, buscando medidas de abrigo para ellas y sus hijxs, intentando generar su inclusión en el mercado laboral. Dado que en gran cantidad de situaciones la relación violenta es difícil de resolver por parte de la mujer que la padece por ser ella dependiente económicamente de quien ejerce la violencia.

Desde los estereotipos de género se trabaja en los pensamientos arraigados de qué corresponde para cada edad, relacionados a vestimenta, gustos, deseos, tratando de modificar eso que está cristalizado como verdad. Una de las usuarias comentó “no puedo vestir una calza a mis 55 años”. Esto generó un espacio para el debate presentando contrapuntos dónde sus compañeras de edades similares mencionaron que dicha vestimenta no les generaba incomodidad por no estar acorde a lo esperado para esa etapa de la vida.

El rol de la at en este grupo terapéutico es visibilizar las particularidades que van apareciendo en cada una de ellas y en función de eso trabajar con la totalidad del grupo cuestiones relacionadas con los estereotipos de género. Como se ha mencionado en el marco teórico, se entiende que estos implican una imagen acotada de la realidad, negando las individualidades y produciendo una imagen prejuiciosa en relación a unxs mismxs y lxs otrxs.

A medida que pasan los encuentros la propuesta del dispositivo se va resignificando. Se piensa la lógica del dispositivo grupal, en la posibilidad de tramitar algo del malestar de manera colectiva, no sólo lo que tiene que ver con su padecimiento, sino con el transitar de su vida.

En el devenir de este colectivo de mujeres, comenzaron a conversar por fuera del dispositivo, creando un grupo de WhatsApp donde hacen red entre ellas, generan vínculo y pertenencia.

Esto se propició a partir del armado del DIA donde se trabaja la impronta de grupalidad, fijando el encuadre como marco que regula, de habilitarlas en pos de la tarea, de alojar el discurso, de buscar similitudes entre sus transitaros de vida, pasando de la sensación del padecer individual, y a través de procesos identificatorios con sus compañeras, a propiciar el enlace grupal.

En palabras de Kuras y Resnizky, “el acompañamiento terapéutico grupal es un espacio privilegiado de subjetivación que permite movilizar las potencialidades y ser promotor de resiliencia.” (2005, p. 7)

Desde el rol del AT como parte del equipo de coordinación, prima la escucha de cada una de las usuarias y su singularidad, para poder

acompañar durante el espacio los emergentes que surgen y a través de una disponibilidad de alojamiento, trabajar junto a ellas nuevas posibilidades de simbolización.

Se hace el seguimiento telefónico de aquellas usuarias que no están concurriendo, de las que cursan algún tipo de situación de desborde entre encuentros, se les sugiere ante alguna de estas situaciones, que se acerquen al servicio, pidiendo por algunx de lxs profesionales tratantes, se las orienta y acompaña subjetivamente, de ser necesario se le anticipa al equipo de guardia sobre las particularidades de la situación que las trae a la consulta. El acompañamiento terapéutico se incluye en lo cotidiano de lxs otrx, ya sea el domicilio, la calle o una sala de hospital, generando esto consecuencias en la trama subjetiva de quien es acompañado. Se genera una implicación vincular que permite conocer su nombre, sus gustos, sus deseos, sus temores. Situaciones que parecerían ser esenciales en cualquier vínculo, pero no siempre ocurren. Lx acompañante se implica desde la horizontalidad, escuchando lo que la persona tiene para decir, alojándola subjetivamente.

CONCLUSIONES

En estos tiempos, las problemáticas en salud han ido mutando a partir de nuevas demandas relacionadas con situaciones de vulnerabilidad psicosocial, donde es imprescindible un reposicionamiento de las prácticas y de lxs profesionales que la llevan a cabo. El AT, como disciplina de salud, ha debido ampliar sus áreas de desarrollo con la correspondiente formación en el tema. A su vez, dentro de la adecuación de la Ley de Salud Mental, la profesión de AT ha sido incluida en los Servicios de Salud Mental de hospitales generales, junto a otras profesiones que tampoco eran consideradas previo a la ley para dichos dispositivos. De esta manera se han incorporado a los equipos de psiquiatría y psicología que ya existían, llevando adelante un trabajo interdisciplinario.

Parafraseando a Frank, el rol de lx at en los abordajes grupales, tendrá por objetivo generar espacios para alojar al sujeto que sufre, desde una mirada y una escucha de situaciones que lo aquejan. Pudiendo acompañar personas con dificultad en la trama social, en lo vincular. Es un rol en construcción continua desarrollado desde la ética y la profesionalización de su labor. Lx at se posiciona en la clínica desde el paradigma de derechos humanos, dado que trabaja desde la singularidad del caso a caso, habilitando la escucha, reconociendo a la persona acompañada como unx sujetx deseante, únicx, portadorx de saber, su saber.

Como se ha podido poner en evidencia en el desarrollo, el grupo favorece el encuentro espontáneo, posibilita la construcción de vínculos más allá del mismo, y a lo largo del tiempo, habilita la mirada no sólo de lxs profesionales, sino de lxs otrxs que lo conforman.

El dispositivo grupal consta de varias instancias, que van produciendo un interjuego con lo institucional y sus normas preestablecidas, como también con aquello que va apareciendo a través de los vínculos que se gestan, los movimientos transferenciales que se producen. Esto va creando una nueva trama que se va conformando desde lo singular de lx sujetx y una singularidad propia del grupo. Éste se instituye como un encuadre que sostiene y aloja todas las individualidades desde un nuevo lugar.

Luego de la exploración bibliográfica y el análisis del dispositivo desarrollado en el presente trabajo se puede inferir la importancia de la especificidad del AT, en relación a la aparición de cuestiones relacionadas

con los derechos humanos (detalladas en párrafos superiores) y el género, en el grupo de mujeres que asisten al DIA, mediante la escucha activa y habilitación de nuevos discursos, brindando herramientas, propiciando la aparición de movimientos subjetivos. Vehiculizando el tejido de nuevas redes sociales, donde se favorezca la aparición de nuevas identidades, que, desde el entramado grupal, sostengan en el ámbito comunitario. En cuanto a las temáticas de género, se alojan y acompañan los discursos que van apareciendo mes a mes, buscando en conjunto, equipo tratante y usuarias, alternativas posibles a esas situaciones problema. Se considera el dispositivo de AT como garantizador de derechos, en función del pasaje de la visión de la persona padeciente, como un mero objeto receptor de tratamiento, a un sujeto activx, empoderadx.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basaglia, F. (1979). *La Condena de ser Loco y Pobre*. Ed. Topia.
- Bustos, G. (2010). "Acompañamiento Terapéutico y Dispositivo grupal". 5° Congreso Internacional, 6° Iberoamericano y 1° Congreso Mexicano de Acompañamiento Terapéutico
- Bustos, G. (2020) "El acompañante terapéutico. Un nuevo actor." Material de cátedra Seminario de Actualización. Ciclo de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico. UGR
- Bustos, G. y otros. (2022) "AT y lazo social: Anudamiento entre dos". Material de cátedra Seminario de Actualización. Ciclo de la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico. UGR.
- Butler, J. (1990) *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Ed. Paidós.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. (2016) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Curto, J. (2018). Ficha de cátedra materia Organización y Gestión de los servicios de Salud Mental. Tecnicatura Acompañamiento Terapéutico. (p.207)
- Dragotto, P. y Frank, M.L. (2012) *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en AT*. Ed. Brujas
- Elichiry, N. (1987). *El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio*. Ed. Nueva Visión.
- Eroles, C. (2002). *Los derechos humanos. Una cuestión ética en Trabajo Social*. Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Fernández, A.M. (1989) *El Campo de lo Grupal. Notas para una genealogía*. Ed. Nueva Visión
- Fundación Soberanía Sanitaria (2021). "Sistema Nacional Integrado de Salud Argentino".
- Gómez, A. (2022) Proyecto de ley de la reglamentación de acompañamiento terapéutico.
- Ley Nacional Nro. 26.485. Protección Integral de las Mujeres. Infoleg <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley Nacional Nro. 26.657. Salud Mental. (2010) Infoleg. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

- Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad (2020) *Cuaderno de participación y formación*.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019) *Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental*.
- Natinzon, A. (2023). "Dispositivos de Intervenciones grupales". Material de cátedra de la UNMdP, Psicología de los grupos
- Página oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/halende/historia/>
- Stolkiner, A. (2005). "Interdisciplina y Salud Mental" 9na Jornada de Salud Mental.
- Universidad Nacional de Cuyo "Niveles de atención en Argentina"
<http://fcm.uccuyosl.edu.ar/images/pdf/niveles-de-atencion-1.pdf>
- Wittig, M. (1980). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Ed. Paidós.