

ENSAYO

Presentado para acceder al título de grado del
**CICLO DE COMPLEMENTACIÓN CURRICULAR DE
ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO**

**Título: “El acompañamiento terapéutico comunitario en Salud
pública de Neuquén.
Experiencias del rol en territorio”**

Autor/res:

**Garcia Pisoni, Constanza- DNI 37.948.182
Paglialunga, Maria Victoria- DNI 36.800.973
Toranzo, Gianna Suyai- DNI 36.258.096**

Director/a:

Sarti, Romina- Cárcamo, Ignacio

Lugar:

**Cede central Rosario
Cursado a distancia, Neuquén.**

**Fecha de presentación
21/11/2022**

Firma autor/es



Toranzo
Gianna
DNI: 36258096



GARCIA PISONI CONSTANZA
DNI: 37.948.182



PAGLIALUNGA
MG. VICTORIA
36.800.973

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	3
3. DESARROLLO	8
4. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	11
4.1 HOSPITAL HORACIO HELLER	11
5. SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	20
5.1 DISPOSITIVO DE INCLUSIÓN HABITACIONAL	20
5.2 CENTRO DE DIA OESTE	28
6. CONCLUSIÓN	36
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

RESUMEN

Elegimos realizar este ensayo porque consideramos que nuestras experiencias podrían ser útiles y un material sensible para otros/as acompañantes terapéuticos. Para nosotras, el compartir desde lo grupal en territorio siendo parte del campo de la salud mental y de las adicciones es muy valioso, ya que años atrás en nuestra provincia era impensable trabajar de forma interdisciplinaria dentro de los equipos técnicos de Salud. Intentamos contar cómo estamos insertas en el primer y segundo nivel de atención dando cuenta de las actividades que realizamos, así como también de los momentos que vivimos como trabajadoras de la salud de la provincia de Neuquén, que nos interpelan y nos llevan a problematizar nuestras prácticas día a día.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo final, luego del recorrido realizado durante el ciclo de complementación de la Lic. En Acompañamiento Terapéutico intentaremos dar cuenta a partir de nuestras experiencias profesionales los roles y funciones que ocupamos actualmente las tres integrantes del trabajo como acompañantes terapéuticas dentro del sistema público de la Provincia de Neuquén, entendiendo que, si bien nuestra disciplina es nueva dentro de la inclusión de los equipos técnicos en el área de salud mental y adicciones, en la ciudad en la que residimos hubo avances respecto de la incorporación y profesionalización de nuestras prácticas.

Si historizamos los roles y funciones de las y los acompañantes terapéuticos, podríamos decir que en principio siendo nuestro trabajo exclusivo y singular a un sujeto particular, generalmente abocados al entramado del cotidiano, lo que actualmente se está pudiendo observar es una transformación respecto de la atención interdisciplinar, ya que nosotras como



profesionales trabajamos dentro de los equipos técnicos en los distintos efectores y niveles de atención de la Zona Sanitaria Metropolitana y dependientes del Centro de Administración Ministerial de la provincia de Neuquén.

Pensar en historizar nos hace problematizar no sólo cómo cambia el campo de intervención de las y los acompañantes terapéuticos, en adelante AT, sino también los roles que ocupamos actualmente en una sociedad patriarcal¹ y capitalista² como AT, y como acompañantes de usuarias mujeres y disidencias. Entendiendo que es nuestra responsabilidad como trabajadoras abordar situaciones desde la perspectiva de género, comprendiendo a la misma como los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres y disidencias, las cuales intentan justificarse desde las diferencias biológicas y estereotipos, en otras

¹ Gerda Lerner (1986) lo ha definido en sentido amplio, como “la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general”.

² Se puede establecer que el capitalismo es una forma de organización social basada en la producción de mercancías, en la acumulación de riquezas en manos de particulares, y en la existencia de un mercado mundial integrado. El trabajo libre, asalariado, y la propiedad privada de los medios de producción, son sus categorías básicas. Éstas expresan el divorcio del productor de sus instrumentos de trabajo y del producto de su trabajo; expresan la separación definitiva del capital del trabajo de la figura del trabajador. (Karl, M., 1969)

palabras, desde las diferencias culturales como mandato social. Es desde esta perspectiva que podemos construir modos nuevos de entender las relaciones de poder entre los géneros y el impacto de las mismas, manifestándose mayoritariamente en beneficios para los hombres. Cuando nos encontramos con estas desventajas frente a las usuarias que acompañamos nos damos cuenta que comienzan a aparecer situaciones de vulneración de derecho. Garantizar los derechos de las personas, implica crear condiciones de cambio, dando así respuesta a las distintas demandas que surgen según cada sujeto en particular que permita avanzar en la construcción de la igualdad de géneros.

Consideramos que esta dimensión es un problema de salud, ya que la salud integral implica un proceso de bienestar físico, psíquico y social y este bienestar va solidariamente acompañado de la posibilidad de que las mujeres y disidencias decidan y elijan qué es adecuado para cada una, teniendo absoluta autonomía y responsabilidad sobre sus prácticas. Y como ATs en nuestra provincia nuestro objetivo justamente es promover y favorecer el acceso a los servicios de salud para una mejor calidad de vida, desde un espacio donde se promueva el respeto, la confianza e intimidad de la persona. Para nosotras la temática del género no puede pensarse si no es en un contexto interdisciplinario y desde el ámbito de salud, como algo externo, ya que “El estudio de género involucra la teoría académica y la investigación empírica pero también involucra políticas que afectan la vida cotidiana de todo tipo de personas” (Butler J., 2019, p. S/N)

Nos es difícil pensar en nuestras experiencias y dejar de lado la perspectiva de género, ya que no es un tema menor ser mujer, AT, y trabajar en ámbitos donde el modelo médico hegemónico aún prepondera, así como tampoco es un tema menor pensar en los contextos sociales en los que viven los usuarios y usuarias a los cuales brindamos atención.

Señalamos usuarias porque es una forma de mirar la realidad, y reconocer la situación de desventaja en la que se encuentran las mujeres y los géneros disidentes respecto de los varones, enfoque que admite que la vida puede modificarse en la medida en que no está “naturalmente” determinada. Señalamos vulnerados, y pobres porque en su mayoría se encuentran atravesados por la pobreza que condiciona materialmente su vida limitando mucho más las posibilidades de recuperar una salud psicosocial satisfactoria. Todo ello va determinando situaciones de alta complejidad que demandan promover acciones que favorezcan la salud integral buscada y la más digna inclusión social.

La salud y la salud pública están principalmente determinadas por un pensamiento hegemónico que tiene el foco en atender la enfermedad, y no la prevención y protección de la salud, por lo cual decidimos reflexionar acerca de la construcción de alternativas al modelo médico hegemónico. "Por "modelo" vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico". (Meléndez, E., 1990, p.89). Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos, no solo la producción teórica, técnica ideológica y socioeconómica de los "curadores" (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. Se entiende al modelo médico hegemónico, como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Meléndez, E., 1988).

Consideramos que debemos romper con este modelo médico hegemónico y patriarcal, y que hoy la única vía es poder trabajar desde una posición clara sin olvidarnos que trabajamos con y por otras personas, por lo que creemos que no podríamos realizar nuestro rol sin tener perspectiva de género, sin garantizar o hacer cumplir los derechos de las personas que acompañamos, sin reconocer nuestros propios impensables, sin darnos lugar a la duda y sin pensar en el Otro. Sino ¿Desde dónde acompañamos cuando acompañamos? ¿Desde dónde escuchamos cuando escuchamos? ¿Desde dónde miramos cuando miramos?

Podemos decir que el "Otro está inscripto en el orden de lo simbólico" (Lacan, 1957) es decir cuando hablamos del Otro con mayúscula nos referimos al sujeto con su singularidad y subjetividad, es el lenguaje, la norma, es el espejo, aquello que nos devuelve el otro.

Un Otro, que se define a partir de nuestra existencia como AT, un Otro que puede ver un mundo posible más allá de su realidad a partir de nuestro discurso. "El «otro» es lo absolutamente ajeno que se encuentra más allá del yo; es el ambiente en que hemos nacido, y que debemos «traducir» o al que debemos dar sentido para sobrevivir y prosperar" (Grupo Akal, 2017, S/N).

Podríamos decir que la mirada del Otro nos define. Si no somos mirados “tengo que hacer algo para lograrlo”. El vínculo con el Otro sostiene al hombre, y es el diálogo que mantenemos con el Otro lo que nos sostiene y nos cuida de la locura. (Sartre, J., 1944). En otras palabras, podríamos decir entonces que es ese vínculo que se genera entre los/as usuarios/as con el AT lo que los sostiene. “Hay un momento en el que sentís que la realidad te supera, que dejaste de entender los códigos de los demás, qué te quedaste muy solo y sin puentes...” (Wagner, M., 2009, S/N) y es el/la AT el puente, que se encuentra en ese momento para luego poder retirarse.

Es el lenguaje lo que sostiene a los vínculos, nuestros usuarios existen porque hablan y cuando hablan aparece algo de su historia, y esa historia la hacen con un Otro, con las y los AT, con los equipos, con sus pares, con y en la comunidad.

Historizar, como dijimos al principio, es identidad y es ésta identidad la que vamos construyendo como AT, y es desde esta perspectiva que queremos trabajar.

Nos proponemos entonces, desarrollar nuestros aprendizajes in situ, así como también nuestros aportes, enfocándonos desde la praxis dentro del sistema de salud de Neuquén, entendiendo fundamentalmente al proceso de salud-enfermedad-atención desde nuestra perspectiva como AT, pensándolo como una herramienta para despatologizar las situaciones que abordamos diariamente y permitirnos enfocarnos desde una perspectiva colectiva, dando lugar a pensar la salud como una responsabilidad social, variable, y como un proceso no estático. Así mismo, entendemos a la salud pública como una práctica social, la cual tiene funciones esenciales: incentivo a la promoción de la salud, promoción del respeto a la vida y a la participación, garantizar el acceso universal a los servicios integrales, garantizar la equidad, la eficacia, y la idoneidad de las intervenciones en salud. (Paim, S., 2008)

La relevancia de nuestro ensayo se basa en poder dar cuenta y poner en tensión la implementación de la Ley Nacional de salud mental y adicciones N° 26.657 en nuestra provincia, y en este sentido poder mostrar parte de nuestros roles y funciones en los distintos efectores de salud mental.

Cuando se genera el pedido de la figura de AT desde la zona sanitaria metropolitana de la provincia en la que residimos para ingresar a diferentes efectores de salud se detalla que: “El/la acompañante terapéutico/a es el integrante del equipo de salud que, de acuerdo a un encuadre de trabajo terapéutico interdisciplinario, realizará las actividades inherentes para el fortalecimiento y desarrollo integral de personas con sufrimiento mental, atendidas en el Servicio de Salud Mental”. Si bien las funciones del AT se

definen a partir de las estrategias que se planteen en la dirección del tratamiento particular del usuario, se postulan ciertas funciones generales que definen su rol, reconociendo las fronteras de sus competencias particulares y las limitaciones inherentes a sus funciones.

En Neuquén se sancionó la ley N° 3147 que regula el ejercicio de la actividad de los y las AT, y aún no se implementa, pero es desde ésta sanción que se definen las funciones para solicitar la incorporación de dicho recurso a distintos dispositivos dependientes de la zona sanitaria metropolitana.

Algunas funciones son:

- Acompañar al paciente con sufrimiento mental en el marco de un equipo interdisciplinario y bajo la supervisión del equipo tratante.
- Brindar información pertinente al equipo tratante, sobre el desenvolvimiento del usuario en los distintos ámbitos en que participa.
- Junto con el equipo tratante, instrumentar estrategias en el abordaje terapéutico, potenciando la creatividad y habilidades sociales del usuario.
- Motivar y favorecer la continuidad de los tratamientos de los usuarios.
- Acompañar a los usuarios en su ámbito comunitario y/o institucional-hospitalario, en actividades recreativas, educativas, familiares, talleres, entre otras, que favorezcan su reinserción social.
- Tener empatía y tacto para contener al usuario en el proceso de tratamiento.
- Favorecer la escucha empática y el respeto.

Estas funciones ya están determinadas desde su solicitud en el llamado a concurso así como también cada efector, ya sea del primer nivel de atención así como del segundo nivel solicitan determinadas funciones del AT y roles para trabajar interdisciplinariamente, no obstante, hemos podido ser partícipes activas de la necesidad de flexibilidad y adaptación que ha requerido el contexto de pandemia por el cual atravesamos, con la característica particular que tiene la atención en salud mental, no pudiendo ser postergada ni cancelada. Esto nos obligó a readaptar nuestra tarea, buscar modalidades de trabajo que quizás antes no habíamos usado, buscar herramientas nuevas de abordaje, ofrecer otro tipo de atención, y sostener los vínculos terapéuticos que tan importante son desde el acompañamiento, "a distancia". Entendemos que, si bien como AT tenemos nuestras funciones delimitadas, el quehacer se construye de manera colectiva y no en términos individuales ya que cada usuario

está atravesado por un contexto familiar, social, económico, etc. Donde el AT indudablemente debe adentrarse, para poder intervenir de la mejor manera posible.

Como bien sabemos, la salud pública convencional ha favorecido la construcción de una hegemonía médica, no obstante, hoy nos encontramos con la posibilidad de ofrecer propuestas contrahegemónicas que propicien una atención respetuosa, integral y basada en los derechos de todas las personas.

Tomaremos entonces nuestras experiencias personales de trabajo dentro de un sistema que todavía no ha logrado poner en total valor la importancia y necesidad de la figura de AT para la atención a usuarios de salud mental y adicciones. Creemos que desde nuestro lugar, siendo parte del pequeño colectivo de AT que actualmente trabajan para el sistema público de salud, es también nuestra responsabilidad poner en valor la disciplina, armando nuevos caminos en la praxis, generando espacios para desarrollar la profesión, compartiendo de manera interdisciplinaria nuestros saberes, posicionándonos como profesionales de la salud que trabajan con un equipo, y no “para el equipo”, entendiendo que “El Acompañante Terapéutico es un profesional de la salud capacitado para integrar equipos interdisciplinarios y brindar atención personalizada a los pacientes y a sus familias para colaborar en la recuperación de la salud, la calidad de vida, y la reinserción social de aquellos”. (Art. 2 de la ley provincial 3.147, 2018).

Consideramos que como AT somos parte de un nuevo modelo de atención sanitario en pos de entender el proceso salud-enfermedad-atención como problemáticas sociales, y no médicas e individualistas. Desde esta perspectiva se genera entonces un marco de posibilidades a nuevas formas de abordar las problemáticas de salud que se presentan, y una transformación en el sistema con enfoque en la salud de manera comunitaria y colectiva. Dando lugar a una adaptación de las prácticas, los abordajes y las prestaciones de la salud como derecho humano innegable, desde un paradigma integral, intersectorial y de circulación de saberes entre todos los sujetos.

DESARROLLO

Sistema de salud en la provincia de Neuquén

La provincia de Neuquén cuenta con un Sistema Público de Salud, organizado en seis Zonas Sanitarias y un Hospital Provincial de máxima complejidad que funciona como Zona Sanitaria.

"En las últimas décadas, el escenario de la salud se ha modificado con gran rapidez. Los avances científicos y tecnológicos en la erradicación y control de diversas enfermedades y, especialmente los múltiples cambios sociales, ambientales y urbanos

han supuesto un desafío y oportunidad para los organismos encargados de gestionar la salud pública. Al mismo tiempo, el enfoque de desarrollo humano, sobre el que se basan todas las políticas públicas en la actualidad, imprime a la salud una importancia fundamental, desde un posicionamiento basado en la promoción de la salud y en la mejora de la calidad de vida de toda la población por sobre el aspecto asistencial. Frente a esto, se hacen necesarias nuevas herramientas que puedan abordar la complejidad social en la que se inserta el sistema de salud". (Plan Provincial de Salud, 2019-2023, p.12)

Desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén se define a la salud como "política social que debe incidir en la búsqueda de un desarrollo humano sustentable y sostenible, haciendo énfasis en las personas construyendo ciudadanía que repercuta en acciones de promoción de la salud".

"La estrategia que ha caracterizado al sistema de salud neuquino ha estado centrada en la Atención Primaria de Salud. Es necesario que dicho sistema tenga un enfoque de derecho, contemplando la universalidad, integralidad y accesibilidad, entendiendo el derecho a la salud y al bienestar como un bien social, público y colectivo. El derecho a la salud se cumple en un marco de equidad, entendida como la oportunidad que tiene la población de acceder a los servicios de salud privilegiando a los sectores vulnerables (por razones de riesgos sociales, ambientales y epidemiológicos) para el desarrollo de sus potencialidades que les permitan disfrutar una vida digna". (Plan Provincial de Salud, 2019-2023, p.13)

Dentro del sistema de salud, es necesario priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, garantizando la salud integral de la población, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad. Desde un trabajo proveniente de diferentes miradas y saberes se pueden desarrollar políticas públicas integrales que generen transformaciones estructurales no aisladas, esto es, que fortalezcan factores protectores que inciden positivamente sobre las variables de salud y de bienestar integral. Este bienestar integral involucra el bienestar mental como componente fundamental dentro del concepto de salud. La buena salud mental hace posible que las personas materialicen su potencial, consoliden sus proyectos de vida individual, familiar y en comunidad.

"Las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales representan una de las mayores amenazas para la salud y el desarrollo en todo el mundo. La depresión, por ejemplo, está considerada la principal causa de discapacidad en todo el mundo. El

suicidio y los traumatismos, de los que una gran proporción guardan relación con el consumo de sustancias, representan una importante causa de defunción entre los jóvenes. La demencia se ubica entre las primeras 10 causas de defunción. Es por esto, que el sistema público de salud debe generar respuestas a estas demandas por medio de la incorporación de equipos de salud orientados a la atención psicosocial, la creación de nuevos dispositivos terapéuticos como los Centros de Día, o la generación de redes integradas de atención". (Plan Provincial de Salud, 2019-2023, p. 21)

"Es fundamental que se consoliden estrategias para la prevención de los padecimientos subjetivos y la promoción de los vínculos saludables, ayudando a crear y mantener el bienestar de las personas y el funcionamiento efectivo del tejido social, creando entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental. Si hablamos de salud mental, tenemos que pensar en un abordaje integral de cuidados que disminuyan la brecha entre la atención de salud mental y la atención de salud en general.

Para esto se proponen diversas estrategias para la promoción de vínculos saludables con eje en la interacción colectiva para crear condiciones de vida que lleven a una vida significativa. Un componente clave en este sentido es el fortalecimiento de la participación social para promover la gestión comunitaria del sufrimiento psíquico". (Plan Provincial de Salud, 2019-2023, p. 32).

Desde nuestras prácticas se puede observar que el sistema público de salud, en especial el servicio de salud mental y adicciones está desbordado. Los profesionales tienen un alto nivel de agotamiento y esto se da porque la infraestructura destinada justamente al servicio es limitada, el recurso humano no alcanza para atender el flujo de usuarios que demandan atención, y la burocracia que hay en la instancia de concursos y toma de cargos es muy lenta, esto hace que el personal esté recargado o muchas veces no pueda cumplir con la demanda que existe. Por otro lado, las partidas presupuestarias para salud mental son escasas para el caudal de usuarios que día a día hacen uso de los diferentes efectores de salud. A su vez, hay falencias en las articulaciones con el Ministerio de Desarrollo Social, el cual es un organismo con el que se trabaja intersectorialmente, y está ligado a la población más vulnerable.

La salud mental es necesaria para poder ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica; al mismo tiempo, el ejercicio de los derechos humanos y las libertades es fundamental para las personas con padecimiento mental subjetivo, quienes tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos.

Por ejemplo, la existencia de obstáculos (en la práctica o en la legislación) relacionados con el acceso de las personas con padecimiento mental subjetivo a los servicios de salud, las restricciones a su libertad personal y de movimiento, la falta de oportunidades laborales, la exclusión de los sistemas educativos, la participación en estudios médicos sin su consentimiento informado y las condiciones de vida inadecuadas en instituciones psiquiátricas, perjudican su salud física y mental e impiden el disfrute de sus derechos humanos básicos.

NUESTROS RECORRIDOS PROFESIONALES...

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

HOSPITAL HORACIO HELLER



El Hospital Dr. Horacio Heller es un Hospital General de Agudos, Nivel VI de complejidad hospitalaria, creado en el año 1999. Está ubicado en la Zona Oeste de la ciudad de Neuquén, donde precisamente en los últimos años, se ha desarrollado el mayor crecimiento demográfico regional, lo que implica una marcada demanda, por presentar una población con alto índice de necesidades básicas insatisfechas.

A partir de la creación de una guardia activa de Psiquiatría en la Ciudad de Plottier, en el año 2013, conformada por un equipo de psiquiatras de otros hospitales de la región como el Hospital Bouquet Roldan, Plottier, Castro Rendon y Heller, y la concreción posterior del trabajo en conjunto con los profesionales de las disciplinas de Psicología y Trabajo Social se logra concretar, en un momento político de acompañamiento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la Guardia Activa Interdisciplinaria en el hospital en principio mencionado (HHH) en el año 2016, y con ello la reestructuración de todo el equipo de este hospital.

Actualmente el equipo de salud mental está conformado por 4 trabajadoras sociales, 5 psiquiatras, 10 psicólogos/as y 2 AT.

Si bien el servicio de salud mental comenzó a funcionar desde el momento de la inauguración del hospital, no es hasta el año 2019 que se piensa en incluir la figura de

un AT, entendiendo que es un recurso clínico especializado que opera en forma articulada con el equipo interdisciplinario. Realiza actividades inherentes para el fortalecimiento y desarrollo integral de personas con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias psicoactivas, atendidas en el servicio de salud mental del Hospital Horacio Heller. La práctica será enfocada y puesta



en marcha desde la ética, el acompañado es un/a sujeto de derecho, una persona con su historia y su cultura. Conforme al diagnóstico y pronóstico de su padecimiento, respetando sus tiempos y los vaivenes de su estado de ánimo. Apostando siempre, a mejorar de forma integral las condiciones de vida del acompañado, al despliegue de sus potencialidades, a la rehabilitación y autonomía.

Dentro del hospital, en el acompañamiento terapéutico se fijaron funciones generales y funciones específicas. Las generales están relacionadas con poder contener desde la palabra, ayudar a descubrir y desplegar las potencialidades de los usuarios.

Brindar y proponer actividades recreativas, educativas, preventivas, que despierten interés en el acompañado y favorezcan su reinserción social. Colaborar y facilitar vínculos sanos, el lazo social, familiar e institucional.

Promover la continuidad del tratamiento y/o su adherencia al mismo, fortalecer la autoestima y aspectos resilientes. El/la acompañante, es también, el nexo para la externación de los usuarios, intentando planificar junto con el equipo las posibles estrategias de tratamiento para esa instancia. Realizar redes de trabajo en conjunto con el equipo terapéutico. Observar, registrar e informar al equipo la evolución cotidiana de los usuarios.

Así mismo, las funciones específicas están pensadas para generar empatía y comunicación fluida con los internados, desde el palabrerío cotidiano. Proponer diversas actividades, como juegos, dibujos, recreación, esparcimiento etc. Que ayuden al paciente a atravesar el proceso de internación. Realizar salidas extramuros acompañando al usuario en diversas actividades que ameriten su tratamiento, salidas recreativas, culturales, sociales, gestión de trámites, entre otras. Adecuar las actividades respetando los tiempos y momentos del proceso de internación de cada usuario. Acompañar y colaborar en la inclusión de los pacientes a los que asistan los talleres/grupos que propone el servicio, centros de día, entre otros. Promover el

cumplimiento de las normas institucionales. Ayudar a que el usuario identifique factores protectores que fortalezcan y favorezcan el tratamiento y su calidad de vida. Facilitar las condiciones que le permitan diseñar hábitos sanos. Hacer visitas domiciliarias junto con el equipo terapéutico. Promover el seguimiento terapéutico, motivar y favorecer la continuidad de los tratamientos de los pacientes en conjunto con el equipo interdisciplinario.

Todas estas funciones se pueden llevar a cabo de diferentes maneras y en diferentes contextos. El servicio de salud mental cuenta con internación y grupos terapéuticos, de los cuales actualmente funciona un grupo de mujeres “trafn” (Vocablo de origen mapuche que significa “encontrarse, alegrarse y cerrar heridas) en el cual se brinda un Espacio Terapéutico destinado a favorecer la rehabilitación de personas asistidas en Salud Mental de este Hospital fortaleciendo sus aspectos saludables mediante la integración con pares en una actividad solidaria que beneficie a otros. Grupo de fútbol mixto pensado como una estrategia terapéutica de abordaje con usuarios de salud mental y adicciones del hospital que estén en tratamiento ambulatorio o internación, teniendo como objetivo principal favorecer el intercambio con otros a través de una actividad grupal deportiva, promoviendo la actividad física por su potencial terapéutico para la reinserción social. A su vez, funciona un grupo de consumos problemáticos y huerta, los cuales se desarrollarán con más profundidad debido a que son espacios en los cuales se participa como AT.

INTERNACIÓN

En el hospital se cuenta con una internación para usuarios de salud mental, que se encuentra en el sector de cuidados mínimos y que cuenta con 10 camas para internación del servicio. Dato que nos parece importante explicitar ya que como se menciona en la Ley Nacional de Salud Mental, “Queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados...”, “Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales...”. (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, Art. N°27, N°28).

Los criterios de internación en el hospital buscan lograr el mayor beneficio para los usuarios basándose en el principio de no maleficencia, ya que una internación de salud mental genera una gran movilización afectiva en la familia y todo el entorno social de la/el usuario. Para evitar estigmatizaciones, malos tratos o conflictos familiares y sociales mayores, es necesario basarse en criterios sólidos para el ingreso a sala de internación y apoyarse en la Ley Nacional de Salud Mental.

Dentro de la internación, la figura de AT está pensada específicamente para usuarios que lo requieran, tanto por su situación familiar, social, o por el motivo por el cual se realiza la internación, lo que quiere decir que no toda persona internada en el servicio de salud mental tiene intervención desde el acompañamiento terapéutico. Las estrategias abordadas como AT son variadas y se adaptan a los objetivos pensados en equipo para el período de tiempo que la persona esté internada.

Una gran dificultad para realizar actividades es que el hospital no cuenta con espacio físico suficiente para realizar las mismas, lo cual requiere una creatividad extra para armar estrategias con el espacio y los recursos institucionales. No obstante, esto no es impedimento para poder desde la disciplina poner en práctica diferentes intervenciones. Muchas veces es suficiente pasar por la habitación a decir “Buen día, ¿cómo estás?” y compartir un momento con la persona, que quizás está sola porque no tiene red vincular, o porque el mismo motivo por el cual ingresa a la internación es el que imposibilita que sus vínculos quieran o puedan acercarse al hospital. En la internación también se trabajan cuestiones relacionadas a higiene personal, imagen personal, alimentación, sueño, y actividad física (dicha actividad se puede llevar a cabo en un pequeño patio que se encuentra en el hospital). A su vez, la figura de AT está pensada para acompañar al usuario a hacer actividades por fuera del hospital en virtud de sostener las mismas, siempre y cuando sea posible y beneficioso para la persona (Por ejemplo, continuar yendo a las actividades del centro de día).

Fue muy difícil pensar la figura como AT dentro de una internación de salud mental, ya que en la provincia de Neuquén es relativamente nueva la figura dentro de un hospital general, y a su vez, fue necesario re-pensar la concepción de la disciplina por parte de otros profesionales que confunden todavía, la figura de un AT con la de un acompañante domiciliario o cuidador. ¿Qué lugar tenemos los AT dentro del hospital general? todavía lo estamos construyendo, pero sin dudas es un lugar particular, necesario, y tan diverso como variado. Lo que tenemos como certeza es que desde la práctica podemos promover salud, construir redes, provocar cambios saludables no solo para los usuarios sino para todos los que trabajamos con personas. Estas certezas y la posibilidad de abrir el campo de acción nos llevan a seguir construyendo espacios, por lo cual, actualmente se está trabajando desde el acompañamiento terapéutico, la apertura de un espacio grupal específicamente para quienes estén internados con la finalidad de compartir sentires, pensamientos, dar lugar a la palabra, hacer cosas sencillas como leer un diario para seguir conectado con el afuera y que la duración de la internación no termine por cortar la conexión con el mundo exterior.

HUERTA

Como hemos mencionado anteriormente, la salud está determinada por una lógica hegemónica, en la actualidad se hace necesario avanzar hacia un modelo de atención con acento en la Comunidad, con prácticas intersectoriales y políticas integradas con mayor participación de los usuarios y familiares; avance que busca una transformación cultural que permita garantizar la inclusión plena de las personas con padecimiento subjetivo en las comunidades, superando la exclusión social y sanitaria que históricamente han padecido y que se ha traducido en prácticas con características manicomiales.

Como AT, nuestra intención es poder brindar, siendo parte de los equipos interdisciplinarios, un servicio asistencial sanitario, personalizado, integral y de calidad a la población asistida; y desde el área de Salud Mental en particular, con un abordaje interdisciplinario grupal y comunitario, se intenta generar alternativas en el tratamiento de los usuarios tendiente a potenciar y fortalecer los aspectos positivos y saludables de los mismos. Desde esta perspectiva es que se creó un dispositivo comunitario, “La Huerta”. Esta experiencia, surge como un modo de respuesta a la necesidad de crear espacios donde principalmente prevalezcan los lazos comunitarios.

La convocatoria originalmente se dirigía a usuarios de Salud Mental con algún Familiar o Amigo/a con la intención de producir –preparar suelo, sembrar, regar, cosechar, etc.- y de promover la vinculación o el lazo social a través de acciones en común. Casi inmediatamente de iniciado el proceso, comienza a acercarse gente de la comunidad interesada por la actividad hortícola, a veces como simple curiosidad, y otras con la genuina intención de formar parte. De aquellas personas de la comunidad que se incluyeron como huerteros, la finalidad fue la de producir verduras, con el agregado de encontrar en esa actividad cotidiana una manera placentera de ocupar el tiempo y estar con otros. Los motivos por los cuales pertenecen son variados: desocupación, intención de ayudar, disfrute, compañía, etc.

Se reconoció que lejos había quedado aquel momento en que la presencia de los técnicos o del equipo de salud era condición para que la gente se reúna. Se vio que los lazos se producían, que la huerta era un lugar de encuentro. Surge así la construcción de una “matera” (lugar cerrado para reuniones y encuentros). Gracias a la colaboración de especialistas en permacultura cobró otra dimensión y fueron de gran ayuda en lo edilicio y en lo humano principalmente. Con el correr del tiempo y la visibilización de la huerta (que empezaba a resaltar con el crecimiento de las plantas y el número de

participantes), comenzaron a producirse nuevos vínculos interinstitucionales, que se agregaron a los ya existentes: - INTI (Instituto Nacional de Tecnología Industrial) se firma un convenio para el seguimiento y análisis físico-químico y microbiológico del proceso de compostaje en todas sus etapas. - Consejo Provincial de Educación se encarga de los honorarios de quienes realizan la tarea en la huerta diariamente. - Escuelas Secundarias de la zona con quienes se trabaja la orientación académica vinculada a lo ecológico y comunitario - Ministerio de Justicia, acuerda con permitir a jóvenes bajo la figura legal de la “probation” –libertad condicional- puedan cumplir su obligación de trabajo comunitario en este espacio. - Hospitales, Centros de Salud y Centro de Día con misma iniciativa, además de la derivación de usuarios a la Huerta.

Poco a poco se fue conformando un escenario donde las nominaciones, presentes en el inicio (equipo de salud mental, equipo técnico de agronomía, usuarios, gente de la comunidad), se fueron diluyendo. En ese espacio todos/as somos huerteros/as. En este sentido la responsabilidad de sostener la tarea recae sobre el colectivo. Por supuesto que hay diferencias en los roles que por momentos porta cada quien, pero lo importante es que predomina el quehacer de manera comunitaria. Así, un profesional de la salud explica cómo preparar la tierra, un ingeniero escucha y contiene la angustia de un huertero, un usuario de salud mental nos orienta en la siembra, etc. Se va configurando así un lugar de inclusión comunitaria, donde todos tienen algo que aportar y donde se ofrecen espacios de socialización, construcción colectiva, contención, adquisición de nuevos saberes etc.

Es así que se evidencia la distancia y el alcance de las intervenciones que apuntan a lo comunitario. En su devenir, se fue produciendo una ruptura de la cristalización presente que separa “al que asiste” del “asistido”, no dejando a este último en una posición pasiva, desvalorizada socialmente, y principalmente, estigmatizada.



La Huerta se despliega como un dispositivo que mantiene en tensión y equilibrio procesos técnicos-productivos y procesos que confieren sustento al aspecto

terapéutico-preventivo de la salud tanto en sus dimensiones individuales, sociales como ambientales. El fin, su dirección, no es la terapéutica, esta viene por añadidura. Si bien el equipo de salud mental que integra la huerta ocupa muchas veces un rol diferente respecto al resto de los usuarios, no lo hace en tanto terapeutas. El saber circula de un modo particular. Ya no es un trabajador social, AT y/o psicólogo el que aporta el conocimiento como disciplina cuyo objeto de intervención es la salud mental. Son los ingenieros agrónomos los que portan el mismo. La actividad está orientada a la tarea, a la producción de un objeto. Este modo particular de relación contribuye a la circulación de poder-saber. Permite cuestionar el imaginario social de la locura necesario para un proceso de desmanicomialización.



Creemos que la ruptura de ciertos moldes preestablecidos, que no quedan por fuera del diagnóstico de las tendencias de nuestra cultura, fue lo que posibilitó el devenir de “la huerta” como un espacio comunitario. La tendencia al individualismo como valor cultural y su consecuente dificultad en el lazo, la experiencia de lo inmediato que imposibilita la consideración de la espera, la reducción de lo humano a la biología y la ausencia de sentidos compartidos, nos implica como sujetos que pertenecemos a la misma cultura y época.

GRUPO DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS “LA NUEVA BRÚJULA”

El grupo comienza en el año 2019 como un proyecto de abordaje grupal para personas que presentan consumos problemáticos debido a la creciente demanda de atención que solicitan personas que consumen, principalmente alcohol.

El conflicto en torno a la producción de subjetividad en sociedades de consumo genera la posibilidad de describir y cuestionar diversos aspectos de la actualidad, del quehacer cotidiano, desde la tarea profesional y, principalmente, desde cómo vincularse con los otros.

En primer lugar, trabajar el alcoholismo como una de las enfermedades con mayor prevalencia en nuestros hospitales. El alcoholismo no es una enfermedad de las botellas, ni el tabaquismo un problema de los cigarrillos, ni la adicción a la marihuana una enfermedad de los porros. Son seres humanos los que activamente buscan la sustancia, transformándola a ésta, progresivamente, en eje de su vida cotidiana.

Desde este lugar, no consideramos a los pacientes con lo que trabajamos como objetos pasivos a una intervención social, sino como sujetos de derechos y obligaciones, activos de un trabajo psicosocial del cual se apropian en el proceso de tratamiento, promoviendo el desarrollo de la capacidad de conciencia crítica frente a la realidad, así como su pertenencia a la ciudadanía.

Actualmente, además la demanda de pacientes con consumo problemático de otras sustancias psicoactivas es constante y de naturaleza compleja. Requiere para su abordaje una perspectiva interdisciplinaria y un dispositivo acorde con dicha perspectiva, permitiéndole al sujeto resignificar su relación con la sustancia y con el mundo, sin quedar marginado y excluido en el proceso, y adquirir otra filiación diferente a la de “paciente designado, paciente problemático, paciente crónico o institucionalizado”, inclusión que no puede realizarse si no es con y en el afuera y desde el afuera institucional.

Como objetivo nos proponemos promover la inclusión social de las personas con uso problemático de sustancias psicoactivas a fin de encontrar un nuevo espacio dentro de su medio sociocultural que le posibilite adquirir una nueva “identidad” más allá de la de “consumidor de sustancias”, resignificando su rol como sujeto activo de su vida y la de su entorno. Este objetivo se formula teniendo en cuenta que “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tiene todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (Ley de Salud Mental N°26657, 2010, Cap II, Art.4°) “... 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...” (Ley de Salud Mental N° 26657, Cap IV, Art. 7°)

La modalidad de grupo terapéutico tiene como fundamento comprender que las personas “se enferman en grupo por lo que la recuperación también es grupal”, fortaleciendo los lazos sociales, pudiendo realizar procesos de aprendizaje con otros a través de mecanismos propios de estos espacios en donde las experiencias de las otras personas colaboran en las modificaciones en la vida cotidiana, para el mejoramiento de la calidad de vida. El enfoque terapéutico grupal, se basa en la recuperación del paciente y su entorno familiar y social. El grupo sustenta procesos de organización y reorganización, individual y grupal, que le permiten a cada persona apoyarse en sus aspectos sanos, preservados, al afrontar su proceso de recuperación.

Los destinatarios del grupo se pueden dividir en dos grupos:

- Directos: adolescentes, jóvenes y adultos, varones y mujeres con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

- Indirectos: Familia y entorno más inmediato de los/as afectados/as directos/as. Personas interesadas en la problemática. Comunidad en general.

Para poder concurrir al grupo es necesario que la participación sea de manera voluntaria, y pasar previamente por un proceso de admisión. Se admiten pacientes del Servicio de Salud Mental del Hospital Heller: internados; en tratamiento por consultorios externos; que sean usuarios de la huerta, grupo de mujeres, o que sean evaluados por algún profesional de dicho Servicio. Para poder ser admitido en el grupo también se tiene en cuenta que deben ser personas que sean agrupables, no se admitirán pacientes que estén en relación a la compra-venta de sustancias psicoactivas ilegales, ni aquellos que tengan características de personalidad psicopáticas/perversas.

Así como hay criterios de admisión, los hay para la participación. Es fundamental que el paciente esté sin consumo al momento del espacio grupal, para poder incluirse en la dinámica del mismo, y que pueda cumplir con el encuadre (tiempo, horario, etc.).

Actualmente, el grupo es coordinado por profesionales del Servicio de Salud Mental del Hospital Heller, dos psicólogas y una AT.

La inclusión de la figura del AT dentro de la coordinación del grupo, surge en el año 2020, en paralelo a la inclusión de la figura en el servicio, ya que, como mencionamos anteriormente, hasta ese momento no existía.

Teniendo en cuenta que el rol del AT juega un lugar fundamental en los procesos de rehabilitación, se piensa en el acompañamiento tanto para el grupo, como por fuera del mismo. Esto quiere decir que, no solo el acompañamiento se desarrolla durante la hora y media semanal de encuentro grupal, brindando escucha, lugar a la palabra, orientación y contención, sino que cada integrante del grupo sabe que, frente a una ausencia al grupo, es la AT quien llamará para saber si sucedió algo o si necesita ayuda. No hay que perder de vista que una característica casi general de todas las personas consumidoras, es que sus vínculos sociales y afectivos están totalmente desarmados, los pocos vínculos que se sostienen están estrechamente ligados al consumo, por lo cual, al comienzo del tratamiento la indicación siempre suele ser que puedan empezar a distanciarse de dicho entorno, lo cual resulta doloroso para la persona ya que son, bien o mal, las únicas personas que frecuentan. En paralelo a este distanciamiento, sucede que la persona comienza, en la medida de sus posibilidades a disminuir el consumo, lo que nos da como resultado una persona con más tiempo libre (tiempo que antes usaba para consumir y recuperarse de dicho consumo) y absolutamente sola. Es entonces que el estado anímico se reduce a momentos de angustia, tristeza, soledad, apatía, y un vacío difícil de soportar. Frente a estas cuestiones que comienzan a aparecer en el cotidiano de quienes deciden realizar un tratamiento, es que como AT

del grupo “la nueva brújula”, se pretende funcionar como un equilibrio entre los procesos mentales-anímicos y la realidad, intentando establecer un vínculo saludable para ayudar a internalizar nuevas rutinas en virtud de su salud. A su vez, se acompaña para poder sostener la permanencia en el grupo, saber que hay alguien que espera, que se preocupa, que quiere escuchar lo que otro tiene para decir.

Como se mencionó anteriormente, las familias también forman parte de este proceso, y pueden participar del grupo si así lo desean. Es en este vínculo desarmado, inundado de sentimientos de enojo, es la figura del AT que se convierte en un interlocutor necesario para ayudar a quien está en tratamiento a lograr comunicar de manera asertiva sus sentimientos, opiniones, deseos, etc.

El acompañamiento terapéutico dentro del grupo es una herramienta más que intenta beneficiar de manera interdisciplinaria todo el proceso de una persona que necesita apoyo a pesar de estar de manera voluntaria en tratamiento ya que constantemente necesita de un otro que lo estimule y lo acompañe.

En abril del corriente año, el grupo dejó de ser “grupo de consumos problemáticos” para pasar a ser “Grupo: La nueva brújula”. Nombre que se eligió democráticamente, entre las diez personas que asisten a tratamiento, y nombre que nos da identidad y sentido de pertenencia. Dicho nombre es elegido, según expresaron las personas que asisten al grupo, porque la brújula es lo que nos orienta, nos indica el camino, pero esta brújula es nueva, porque los caminos a recorrer son diferentes a los ya recorridos.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

DISPOSITIVO DE INCLUSIÓN HABITACIONAL

El Dispositivo de Inclusión Habitacional, de ahora en adelante mencionado como DIH, es un proyecto que se creó en el año 2021, con el objetivo de favorecer los procesos de desinstitucionalización de usuarios del sistema público de salud provincial.

Los dispositivos habitacionales son parte de una política integral que pregona la conformación y fortalecimiento de una red integrada de salud mental y adicciones con base en la comunidad, cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para aquellas personas con padecimiento subjetivo que se encuentren realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas de instituciones polivalentes y monovalentes de salud mental (públicas o privadas), y que no cuenten con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad. Es sabido que

el derecho a la salud y el acceso a los cuidados no es el adecuado si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integridad y continuidad de los procesos de atención con redes articuladas de atención que garanticen los derechos de las personas en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

Desde la dirección de Salud Mental y Adicciones se han establecido varias líneas de trabajo con el fin de propiciar el mejor abordaje en la atención integral de los usuarios con padecimiento subjetivo de acuerdo a lo establecido por la ley nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones. Estas acciones se focalizan en favorecer abordajes interdisciplinarios, intersectoriales, comunitarios, y promotores de los Derechos Humanos, jerarquizando el campo de la Salud Mental en el campo de la salud en general y de las políticas públicas, para disminuir la brecha en el acceso de las personas con padecimiento subjetivo a la red de servicios de salud mental y adicciones.

En el marco de la Ley de Salud Mental:

"El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales". (Ley de Salud Mental N°26.657, p.17)

"La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas". (Ley de Salud Mental N°26.657, p.18, 19)

Los artículos mencionados hacen referencia a que se deben promover los lazos sociales, así como también que se implementen acciones que favorezcan lo comunitario, laboral, social etc.

En los hospitales generales y CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) se asiste a usuarios con padecimiento psíquico generado por diversos cuadros psicopatológicos, agudos y crónicos, incluyendo a usuarios con consumo problemático de sustancias. También se incluyen, usuarios con discapacidades múltiples que demandan atención desde distintos servicios de salud, que presentan padecimiento de etiología neurológica (por ejemplo, usuarios con diagnóstico de discapacidad intelectual severa) con alto deterioro cognitivo, desbordes conductuales y discapacidades varias derivadas de sus cuadros orgánicos.

Se configura así la heterogeneidad y diversidad que caracteriza a las personas usuarias de los servicios de salud mental y adicciones.

En concordancia con la ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en los hospitales generales, según niveles de complejidad, se asiste en la urgencia y se indica internación, atendiendo a los criterios de valoración de riesgo cierto e inminente para sí y para terceros, a usuarios en crisis y con descompensaciones agudas de sus cuadros de base.

Muchas de las personas usuarias, de manera concomitante a los factores de padecimiento subjetivo, presentan carencias económicas que impiden la reproducción de sus condiciones de vida de una manera digna, y aspectos socio familiares de extrema vulnerabilidad, con historias de abandono, violencia en sus distintas formas y conflictivas vinculares de larga data, lo cual en su conjunto obstaculizan los procesos de atención, tratamiento y las posibilidades de rehabilitación e inserción social.

Se evidencia en consecuencia, como problemática cotidiana en los servicios de salud mental, la prolongación de las internaciones por “razones sociales”, es decir, personas padecientes que estando en condiciones de alta, no pueden externarse por no disponer de una vivienda acorde a sus necesidades y/o referentes familiares y sociales con capacidad de cuidado y contención.

En las personas usuarias en proceso de externación o en dispositivos con estrategias de atención ambulatoria, se observa también cómo los mismos factores arriba descritos inciden en el abandono recurrente de los tratamientos psicofarmacológicos, psicológicos y sociales, favoreciendo recaídas que requieren re-internaciones y medidas terapéuticas cada vez más restrictivas e invasivas, profundizándose a lo largo del tiempo el deterioro psicofísico que van sufriendo.

A lo largo de los años, ante estas situaciones, tales como la ausencia de dispositivos intermedios de casas asistidas grupales o casas de medio camino, la alternativa de los equipos de Salud Mental y Adicciones ha sido la derivación a instituciones psiquiátricas monovalentes del tercer nivel que aún en la provincia siguen existiendo.

Donde una vez cumplidos los objetivos terapéuticos específicos, no se logran realizar procesos de externación adecuados y acordes a las necesidades de los usuarios, tanto por el distanciamiento de sus equipos de referencia como por falta de estrategias de externación de estas instituciones. Con la permanencia indefinida en instituciones monovalentes, se terminan reproduciendo graves efectos iatrogénicos e invalidantes en la esfera social y vincular como la desafiliación al lugar de origen, debilitamiento aún mayor de los lazos sociales previos, pérdida de hábitos diarios, dificultad para la adquisición de nuevas habilidades psicosociales, entre otros.

El desarrollo integral de muchas de las personas con padecimiento mental y el cumplimiento de los Derechos Humanos reconocidos por la normativa legal vigente, hoy se encuentran amenazados y exigen la urgente adecuación y aumento de prestaciones de los servicios de salud mental y adicciones.

Cabe destacar que históricamente en la provincia, y aún en la actualidad, es una modalidad habitual de los equipos de salud el abordaje en articulación sistemática con las correspondientes reparticiones del estado. Es decir, asiduamente se construyen y existen en curso, estrategias de atención e intervención integral con distintas prestaciones en dispositivos de inclusión habitacional de cuidados individualizados para personas con padecimiento subjetivo (con o sin requerimiento de apoyo). De esta manera, a través de abordajes y estrategias individualizadas diseñadas por los equipos interdisciplinarios tratantes en articulación con el Ministerio de desarrollo social y trabajo, se gestionan distintos recursos: aporte económico para soporte de la vida diaria, mejoras habitacionales, pago de alquiler, asignación de cuidadores domiciliarios, inclusión a dispositivos hospital de día, etc. No obstante, ello, de manera constante a lo largo de los años, con la inexistencia de convenios interministeriales con el aval institucional correspondiente de aplicación del marco legal, las estrategias de asistencia en Salud Mental y adicciones quedaban sujetas a los atravesamientos políticos-institucionales tornando inestables la continuidad de los recursos y el sostenimiento de las estrategias. Por este motivo, fue elaborado el convenio de protocolo de abordaje entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, aprobado por resolución interministerial en marzo del corriente año.

Estos dispositivos habitacionales individuales para personas usuarias con padecimiento subjetivo, mediante evaluación interdisciplinaria profesional y articulación interministerial, brindan alojamiento, cuidados, y acompañamiento terapéutico a largo plazo a usuarios con alta vulnerabilidad y demanda de apoyos.

Los equipos profesionales interdisciplinarios de Salud Mental y Adicciones de cada hospital, estarán a cargo del diseño de la estrategia terapéutica personalizada de cada residente y de la evaluación técnica periódica del seguimiento del usuario en articulación permanente con el equipo interdisciplinario del DIH.

De esta manera, corresponden a los equipos de Salud Mental y Adicciones de cada hospital junto al equipo interdisciplinario de los DIH, el análisis pormenorizado de cada situación de acuerdo a los criterios de ingreso, de agrupabilidad, de permanencia y las indicaciones en torno a las pautas de tratamiento a llevar a cabo por cada residente.

Así también las atenciones de situaciones de urgencia corresponden al servicio pre hospitalario SIEN (Sistema Integrado de Emergencias de Neuquén), según la normativa establecida y estipulada por el sistema de salud de la provincia, mientras que la previsión de la medicación para los usuarios continúa a cargo del efector de salud del Hospital General de referencia.

Los centros de día se constituyeron como un efector central imprescindible para la promoción de la inclusión y rehabilitación social de los residentes del DIH. Ya que promueven la socialización, brindan un espacio, contienen, se realizan diferentes actividades, etc.

El acercamiento del equipo de salud a la realidad cotidiana de los residentes en los dispositivos habitacionales grupales es promovido a través de la articulación en red con dispositivos de atención domiciliaria o comunitaria, reforzando pautas de tratamiento, intervenciones socio sanitarias y educativas, ampliando la atención asistencial en pos del cuidado de la salud.

De esta manera, se procura la coordinación y comunicación permanente entre los equipos técnicos interdisciplinarios de los servicios de salud mental y adicciones de los Hospitales, CAPS, Centro de Día, SIAD (Sistema Integrado de Atención Domiciliaria) y SIEN (pre hospitalario).

El DIH, es el primero de tres, en implementarse, es una casa que cuenta con tres habitaciones, living/comedor, cocina, baño, un patio delantero y uno trasero. Además,

cuenta con lavadero, y una oficina la cual cuenta con un baño para uso exclusivo del personal que allí desempeñan sus funciones. La misma funciona las 24Hs del día. El equipo interdisciplinario está formado por diez AT (actualmente 7 con posesión de cargo y una AT a la espera de la norma legal que la habilite a trabajar, y se realizan permanentes concursos hasta cubrir el cupo necesario), dos enfermeras (una con posesión de cargo, y otra a la espera de la norma legal), una trabajadora social, y una psicóloga. Se trabaja en coordinación con Desarrollo Social ya que las/os AT del SPPS (Sistema Público Provincial de Salud) no están habilitadas/os para realizar guardias, es allí donde los cuidadores de Desarrollo Social suplen la franja horaria que va desde las 20Hs hasta las 8Hs. El dispositivo está pensado para alojar a siete usuarios, que deben cumplir ciertos requisitos, tales como:

- Usuarios mayores de 18 años, de los Servicios de Salud Mental y Adicciones del SPPS con alto grado de vulnerabilidad psicosocial.
- Sin Obra Social (salvo Incluir Salud, plan Federal de Salud)
- Compensados clínicamente y que no presenten situación de riesgo cierto e inminente.
- Con ingreso y permanencia voluntaria.
- Con requerimiento de apoyo externo para adherencia al tratamiento.
- Sin red familiar y social actual con capacidad de brindar los apoyos y contención familiar.
- Carencia de vivienda.
- Provenir de internaciones de larga data y al momento del alta sufrir los efectos de la institucionalización.

Como el mismo es el primero en llevarse a cabo, estaba en el equipo técnico el poder pensar y hacer desde cero. En un principio hicimos un relevamiento de datos en la zona, buscando talleres, cursos, actividades recreativas/físicas. Toda propuesta que sea relevante para presentarlas luego a los usuarios del DIH. Además, realizamos proyectos de higiene personal y autocuidado. Conjuntamente con la enfermera se propuso un taller de educación sexual integral, sexualidad y métodos anticonceptivos. Se planificó un taller de cocina saludable, teórico y práctico. Conjuntamente, se pensaron estrategias para una convivencia armoniosa, proponiendo reglas de convivencia, división de tareas comunes propias de compartir con otros, así como también de comunicación asertiva.

Todo lo mencionado anteriormente era el ideal de un DIH, que actualmente no se lleva a cabo, por falta de Políticas Públicas y por inacción de un ejecutivo que no pone en

marcha el dispositivo. El mismo está en conflicto ya que se solicitó personal, en un lugar donde ya funcionaba otro dispositivo de Desarrollo Social, donde viven dos usuarios con sus cuidadores. Además, cuenta con personal de limpieza, de seguridad, servicio de lavandería y de viandas. Dadas las características del mismo, consideramos que es un dispositivo meramente asistencial, iatrogénico, que no promueve la autonomía de los usuarios, no hay lineamientos terapéuticos y no hay intervenciones de ningún tipo.

Las ATs y la enfermera iniciamos reclamos y denuncias, para que la situación se resolviera, ya que el ingreso al DIH se dio el 01/04/2022, en el cual dos de las compañeras fueron enviadas a las 7 a.m. a una dirección diferente del dispositivo donde aguardaba un usuario del que no se les brindó información alguna, el resto de las AT se encontraban en el Centro Administrativo Ministerial cumpliendo funciones meramente administrativas.

Luego el usuario fue trasladado a el DIH y ahí las 5 AT, la enfermera y la trabajadora social que formábamos parte del dispositivo, comenzamos a cumplir funciones, las cuales no pudieron llevarse a cabo, en principio porque el usuario no tenía un equipo tratante, la medicación con la que contaba era un esquema que le brindaron por guardia, ya que se había escapado de una institución monovalente, sí, de esas que ya no deberían existir. Con este usuario pasamos tres meses muy difíciles, ya que no estaba compensado de su cuadro de base, esto implicaba que presentaba delirios y alucinaciones diarias, las cuales registrábamos para mencionar en posteriores reuniones. Sin equipo referente pudimos pensar un plan de trabajo, pero el mismo se obstaculizaba cuando debíamos cambiar nuestro turno con el personal de Desarrollo Social. El usuario agredió físicamente por lo menos a cuatro de ellos en distintas oportunidades, generándoles lesiones de diversos tipos incluyendo un intento de abuso sexual. Era muy difícil poder trabajar con el personal de Desarrollo Social ya que cada uno tenía sus propios lineamientos para trabajar con el usuario. Todos los inconvenientes que iban surgiendo, las AT del DIH las trasladábamos a la trabajadora social que quedó como “coordinadora”, con el correr de los meses veíamos que nada se modificaba, y el usuario estaba cada vez más descompensado. Estuvimos tres meses pidiendo una cama ya que dormía en dos colchones orinados en el piso en pleno invierno, y debido a sus delirios apagaba los calefactores de su habitación. Como si fuera poco, nuestro lugar de trabajo era una oficina pequeña sin sillas ni mesas, con un baño que era compartido para todo el personal, por ende, debíamos salir cada vez que se utilizaba. Nos organizábamos para trabajar en dupla y tripla, cubriendo la franja horaria de 7hs a 13hs una parte del equipo de AT (a las 11hs la tripla se iba a la oficina

y a las 13hs se retiraban del lugar) y de 9hs a 15hs la otra parte del mismo (a las 9hs ingresábamos directamente a la oficina y a las 11hs comenzábamos a intervenir con el usuario, a las 15hs nos retirábamos del dispositivo) ya que trabajar todas las AT 8hs con el usuario no solo era desgastante, sino que el espacio físico era limitado dada la cantidad de personas se hacía imposible.

El 2 de junio toda la situación llegó a un límite, el usuario tuvo un desborde, donde sus delirios y alucinaciones fueron escalando en intensidad y agresividad, personal de desarrollo fue insultado y agredido, la indicación terapéutica era no confrontar, y no realizar contacto visual. Se activó el protocolo, llamamos a la policía y luego al SIEN, mientras tanto el usuario tiraba cosas al suelo y amenazaba de muerte con una manguera de un tensiómetro que rompió a un cuidador. Cuando el SIEN llegó el usuario se hizo el dormido en su habitación, y el personal de emergencias procede a realizar sujeción mecánica atándolo en la cama e inyectándolo repetidas veces, ya que la medicación no hacía efecto, fue una situación muy violenta de presenciar y también de procesar. Se le realizó una internación involuntaria en el Hospital Castro Rendón, donde al día de la fecha permanece. Las AT y la enfermera, previo a que se desencadene la situación, pedimos intervención del gremio (ATE) ya que veníamos observando que nada se modificaba pese a que teníamos contacto permanente con nuestra “coordinadora” para manifestarle las irregularidades que venían sucediendo y las condiciones laborales que estábamos soportando. Con el gremio resolvimos seguir yendo a nuestro lugar de trabajo a cumplir horario como una forma de presionar, para que el DIH se ponga en marcha, ya que, para eso estaba parte del equipo el cual había sido elegido mediante concurso para ser personal permanente del SPPS. Paralelo a ello, el gremio tenía reuniones con el ejecutivo, y no había avance alguno ya que no había intenciones de hacer funcionar el DIH ni de reubicar a las personas del dispositivo de desarrollo que aún residen allí. Pasamos cuatro meses sin usuarios y únicamente íbamos a cumplir horario, esto desgastó nuestra salud mental, ya que íbamos a nuestro lugar de trabajo a no trabajar, luego de rechazar una propuesta donde nos enviaban a una institución privada, realizamos una contrapropuesta decidiendo las AT y la enfermera dónde queríamos trabajar que sea dependiente del Sistema Público de Salud. Actualmente las ATs fuimos reubicadas porque la situación ya no daba para más. En este momento las AT se encuentran cumpliendo funciones en diferentes efectores que no contaban con recurso de AT. Pero en paralelo se sigue luchando para que el DIH funcione para lo que fue creado, y así trabajar para lo que se concursó, sobre todo porque al no funcionar el dispositivo, se pierde un recurso sumamente necesario, ya que los usuarios necesitan externarse y como dispositivo intermedio aliviaría la sobrecarga

que manejan los hospitales en cuanto a internaciones, además está pensado para que el usuario se incluya en la comunidad, esté contenido, se encuentre con Otros, haya reinserción social, pueda trabajar en su autonomía que quizás se perdió en un contexto de encierro.

CENTRO DE DIA OESTE

Para contextualizar, la apertura de los centros de día en la provincia de Neuquén es necesario pensar en la creación de la ley de salud mental N°26.657, ya que fue partir de esta que se crean los centros de día para dar cumplimiento a los distintos artículos de la ley. Es así, que también la OMS sugiere la implementación de estos dispositivos para el abordaje de los padecimientos con el objetivo de evitar internaciones, así como también la cronificación y la estigmatización que provoca el hospital monovalente.



Se entiende por Centro de Día a los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud como aquellos que brindan atención ambulatoria a personas con padecimiento subjetivo y/o consumo problemático.

A los fines de poder integrar a estos Centros de Día en la clasificación por niveles de complejidad de los establecimientos del SPPS y encuadrarlos administrativamente dentro de la Ley Provincial de remuneraciones 2783/11, se los define como equivalentes a los Centros de Salud nivel de complejidad II Urbanos. En nuestra ciudad contamos con tres Centros de Día, Centro, Este y Oeste, siendo este último del cual desarrollaremos. No es un dato menor, que, si bien se adhiere a la Ley de Salud Mental y Adicciones, no se destina el presupuesto necesario para que estos dispositivos funcionen, vulnerando los derechos de los y las usuarias, así como también los derechos de los y las trabajadoras.

El Centro de Día Oeste actualmente funciona en el Oeste de la ciudad, y desde sus inicios en el año 2013 funciona en espacios prestados, actualmente se encuentra en una comisión vecinal por convenio de uso, con lo que esto conlleva. El dispositivo se arma y se desarma todos los días de la semana, brinda atención a usuarios adultos con padecimiento subjetivo y/o consumo problemático y la capacidad de atención según el documento marco (documento que rige los lineamientos de trabajo y modos de abordaje

de los centros de día de la provincia de Neuquén) es de 20 usuarios con un equipo técnico de por lo menos 9 profesionales.

El objetivo general de este dispositivo, según el documento marco es promover y potenciar el mayor grado de autonomía posible en las personas con sufrimiento mental y/o consumo problemático generando una nueva modalidad de atención ambulatoria que favorezca su inclusión social.



Entendiendo que la Ley de Salud Mental plantea que el abordaje debe ser interdisciplinario, en la comunidad e intersectorial, consideramos que se están incumpliendo algunos de estos artículos y directamente vulnerando los derechos de las personas como dijimos anteriormente. Como tema de mayor relevancia podemos decir que el equipo actualmente consta de una psicóloga, dos

AT, una enfermera y una administrativa, incumpliendo el abordaje interdisciplinario y generando sobrecarga a quienes trabajamos en el dispositivo, así como también dificultando la tarea.

Los objetivos específicos son, ofrecer un tratamiento ambulatorio interdisciplinario, oportuno, adecuado a las necesidades del paciente-familia y eficaz, es por eso que el equipo debería contar con un/a psicóloga, un/a trabajador social, un/a enfermera, cuatro AT, y un/a psiquiatra. La actualidad nos atraviesa, y la realidad es que falta recurso humano para poder brindar una atención digna y de calidad según nos exige la Ley.

El segundo objetivo es que estos dispositivos sean un eslabón más de la red que articuladamente con los primeros niveles de atención garanticen una continuidad del cuidado en las diferentes etapas evolutivas del sufrimiento. En contraposición, nos sucede que una vez que ingresan los usuarios al Centro de Día, pasa mucho tiempo para que sus equipos de referencia los citen nuevamente y/o accedan a que tengamos espacios de coordinación para evaluar el tratamiento.

El tercer objetivo es diseñar estrategias de intervención sobre las redes familiares y sociales para favorecer el desarrollo de una mayor autonomía, y es aquí donde nos encontramos con sujetos que no tienen red extensa, ni red de vínculos. Esto sumado a los contextos de vulnerabilidad en los cuales viven, condicionan de algún modo la autonomía del sujeto.

El cuarto objetivo podríamos decir que es disminuir las recaídas y/o nuevas crisis, y este es el objetivo que creemos sobresale ya que los usuarios que actualmente se encuentran concurriendo a este dispositivo hace más de 3 años, están compensados en su cuadro de base pudiendo vivir en comunidad. Nos parece importante explicitar el tiempo ya que se supone que la asistencia a estos dispositivos no debería superar los dos años aproximadamente, pero la realidad es que los usuarios crónicos y de edad adulta no tienen otros espacios que los alojen y los sostengan, por lo que continúan asistiendo.

Los centros de día funcionan en horario diurno y el acceso si bien puede ser por demanda espontánea, en general hay una previa coordinación con el equipo tratante para luego realizar el proceso de admisión.

Este proceso se define en una o varias entrevistas con presencia de la familia y/o integrante de la red vincular cuyo principal objetivo es lograr la inclusión en el dispositivo, se admiten usuarios pertenecientes a la red del SPPS de todos los niveles de atención según el área geográfica de cada persona, de este modo se garantiza la accesibilidad al tratamiento. El Centro de Día Oeste por ejemplo abarca toda el área programa de la zona oeste que crece en demasía por lo que hay una alta demanda.

La esencia de los Centros de Día consta del grupo. El trabajo grupal coordinado por los miembros del equipo interdisciplinario es el lugar priorizado por el dispositivo para procesar e interrogar el sufrimiento y los síntomas. Su objetivo es ayudar a elaborar los conflictos psíquicos y los mecanismos transferenciales grupales entre sujetos y equipos de salud.

En la actualidad dicho dispositivo cuenta con los siguientes momentos:

BIENVENIDA – DESPEDIDA (momentos de apertura y cierre), son actividades que encuadran y facilitan la planificación, que ordenan la vida cotidiana del sujeto. Dos momentos claves son los días lunes (se trabaja lo acontecido los fines de semana) y los días viernes (donde el/la usuario/a planifica sus actividades del fin de semana socializándolas con el grupo) espacio coordinado en dupla AT y psicóloga o trabajadora social.

DESAYUNO – COMENSALIDAD siendo este espacio acogedor – socializador. Un espacio que nos refiere a los primeros vínculos (familiares y sociales). Es también una experiencia vivencial vincular de ambientes familiares saludables. La comensalidad constituye un sistema de comunicación, creación de imágenes sociales, protocolo de

usos y costumbres que habilita a las personas a fortalecer su inclusión social, está coordinado por las AT en dupla con psicóloga. En ocasiones se planifica en el taller de cocina lo que se comerá y la producción en vez de ser individual se comparte en el almuerzo, es un espacio en donde los y las usuarias participan activamente planificando que desean comer y qué insumos necesita para poder llevarlo a cabo. Cabe destacar que una vez al mes se realiza el festejo de los cumpleaños por lo que son ellos mismos quienes realizan la torta y el almuerzo para agasajar a quienes cumplen ese mes. Este colectivo brinda pertenencia y seguridad, potencia los factores resilientes, es un espacio donde estar con pares que vivencian situaciones similares pero que a su vez los reconocen como sujeto y esto genera empatía entre quienes participan.



Los usuarios que participan del Centro de Día atravesados por la vulneración constante de sus derechos están expuestos transversalmente a la violencia, a la exclusión entre otros, y es en estos espacios de comensalidad que duran dos horas al día, una o dos veces al mes, es que aparece algo de ternura.

“Donde hay ternura, no hay maltrato” (Telam digital, 2022, S/N) y para nosotras este compartir, este buen trato, no es más que eso, ternura. ¿De qué te gustaría la torta? ¿Te gusta festejar tu cumpleaños? ¿Sacamos una foto para recordar el momento? Entre otras, son las preguntas que aparecen en estos espacios que a nosotras como trabajadoras nos son significativas, es el poder elegir de alguien que quizá no tuvo voz, es el sentirse reconocido después de haber sido solo una historia clínica en una internación de larga duración, es el verse reflejado en una imagen acompañados/as por otros. Esto último nos hace pensar en “F”, un usuario que estuvo internado en un hospital monovalente durante toda su adolescencia y cuando vio la foto de su cumpleaños nos dijo “No la saquen, quiero verla un poco más, no recordaba que era así” luego entre risas hablamos del transcurrir del tiempo y la edad, nos pidió las imágenes para también compartirlas en su casa.

ASAMBLEA DE PACIENTES: en esta estrategia el acento está puesto en el encuentro interpersonal entre los miembros del grupo con la coordinación del equipo técnico. El clima que se genera puede producir efectos terapéuticos. Cada uno es partícipe de su terapia y de la del grupo, es más interactivo que un grupo terapéutico, hay una constante

apertura de posibilidades de expresión del deseo de los sujetos. Se toman decisiones y acuerdan de manera des-jerarquizada. Lo coordina la psicóloga/trabajadora social en dupla con AT. En estos espacios se abordan además distintos temas que el equipo cree pertinente trabajar, así como también normas de convivencia o temáticas que atraviesan el cotidiano de las personas que asisten. Por ejemplo, varios de los usuarios se ven atravesados por la falta de vivienda o con dificultad para encontrar un lugar donde vivir en buenas condiciones, ya sea por aportes económicos bajos, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social o por la propia estigmatización de la comunidad que desconfía al saber que son usuarios de salud mental, o porque cuentan con aporte económico o no tienen recibo de sueldo, por lo que debatimos en el espacio de asamblea respecto de cómo los atraviesa esto en sus vidas diarias y se planifica el espacio. En este caso en particular se utilizó el video "Votamos" dirigido por Santiago Requejo y representamos actuando distintas situaciones de presentación en momentos donde deben presentarse para solicitar alquiler, así como también denunciar en caso de sentirse excluidos/as o discriminados/as

GRUPOS TERAPEUTICOS: Es un espacio para procesar e interrogar el sufrimiento y los síntomas, elaborar conflictos psíquicos y mecanismos transferenciales grupales entre sujetos y equipo de salud. Coordinado por dupla psicosocial, actualmente hay dos grupos uno de mujeres y otro de varones.

GRUPO CUIDADOS PRIMARIOS Y HÁBITOS SALUDABLES: Espacio en el cual se trabaja con técnicas psico-educativas las necesidades básicas del sujeto: alimentación, sueño e higiene, generalmente afectadas por el sufrimiento mental. Se tiene como tema prioritario la adherencia al tratamiento y tratamiento farmacológico. El grupo está coordinado por enfermero, AT o médico psiquiatra según requerimiento del caso o problema. El tema principal a trabajar son los hábitos de higiene personal, así como también mejorar en las medidas de las posibilidades la alimentación. En oportunidades nos pasa que los equipos de referencia al realizar una derivación solicitan como objetivo la inclusión en espacios comunitarios, pero como AT en varias ocasiones discernimos en estos objetivos, ya que es impensable trabajar para la inclusión en estos espacios cuando no se garantizan las necesidades básicas y no cuentan con agua, luz y gas, o pensar en una alimentación saludable cuando el único alimento posible es la comida del comedor más cercano al domicilio teniendo en cuenta que en su mayoría estas comidas son a base de hidratos de carbono.

TALLERES: Espacio de creación con un objetivo en común en un tiempo determinado, en el que participa todo el equipo acompañando al profesor que coordina y los usuarios

según indicación terapéutica. En la actualidad hay talleres de cocina, carpintería, electricidad, música y ed. Física. Se despliegan en el taller las distintas subjetividades, historias e intereses de lo individual o colectivo. Los talleres con acento en lo laboral habilitan la posibilidad de recuperar en el trabajo un organizador de la vida adulta y grados de autonomía. Esta es una intervención de integración comunitaria del Centro de Día, tal como expresa la Ley de Salud Mental. Mientras se desarrollan estos momentos algunos usuarios despliegan conocimientos que ya tienen adquirido por su recorrido laboral por lo que también ayudan a sus pares en la elaboración y/o creación de algún objeto en particular en el caso de electricidad o carpintería, por lo que en estos espacios todos adquirimos roles y funciones diferentes de tallerista a observador, de AT a aprendiz, de usuario a maestro.

Además de los espacios grupales también existen los espacios individuales o visitas domiciliarias en donde el/la psicológica o trabajador social en dupla con un/a AT realizan entrevistas semanales o quincenales según sea necesario en cada caso particular al usuario, así como también coordinaciones con el equipo de referencia o con el/la AT domiciliaria.

Es en estas entrevistas y a partir del vínculo generado en los espacios grupales entre el AT y los/as usuarias que aparece algo del palabrerío cotidiano, en donde podemos mostrarnos como modelo de identificación, y a partir de lo que trae la persona como inquietud o malestar nos ponemos en situación y pensamos en conjunto situaciones para evitar la exposición a riesgos, conductas más asertivas, distintos métodos de resolución de problemas así como también potenciamos que puedan demandar que sus derechos como usuarios de salud se cumplan.

Por último, una tarea que también se realiza en dupla con un/a AT son las visitas domiciliarias, espacio en donde los usuarios son quienes nos esperan, nos habilitan a entrar o en ocasiones no nos abren. Las visitas domiciliarias fueron fundamentales durante el periodo de pandemia ya que el dispositivo continuó funcionando, pero no en sede, sino que cada espacio de taller se trasladaba a cada casa en particular. Para los talleres de cocina se preparaban los alimentos, así como también una receta para poder llevar a cabo, siempre teniendo en cuenta que no todos cuentan con gas natural, heladera y horno, sino anafes, hornalla y sartén; para el taller de arte se enviaba la consigna y una bolsa con materiales para poder llevarlo a cabo; con muchos tuvimos que trabajar la limpieza y el orden por lo que armamos bolsas con distintos artículos de limpieza y en ocasiones enseñamos paso a paso cómo limpiar y ventilar los espacios.

Los AT no limpiamos, no cocinamos, no higienizamos, pero en la práctica, el hacer cuerpo, implica hacer con otro y esa línea se vuelve muy delgada, es por eso que podemos decir que nos inscribimos entre las prácticas y las disciplinas, y de forma artesanal modulamos nuestra función en el marco de una estrategia terapéutica.

Podemos decir que en la actualidad los paradigmas en el campo de la salud han cambiado y emergen nuevas demandas de los grupos sociales más vulnerables, exigiendo un Estado presente que genere políticas para integrar, obligando a los y las profesionales de la salud a repensar las teorías que guían sus prácticas, a generar nuevas intervenciones que dé cuenta de las innumerables problemáticas que se nos presentan a diario, complejas y difíciles de abordar desde un solo campo disciplinar.

Las personas que acompañamos desde el Centro de Día pertenecen en su mayoría a los sectores más carenciados en cuanto a alimentación, vivienda, oportunidades, entre otros; viven sin redes de contención, amparo y protección, expuestos a situaciones de total vulnerabilidad como dijimos anteriormente. La situación actual de la provincia y del país atraviesa a varias generaciones, lo cual impacta en la subjetividad de cada persona respecto del modo en que se comunica, se vincula y percibe el mundo; podríamos decir que las capacidades psíquicas se encuentran empobrecidas, viven en la inmediatez, les cuesta problematizar su situación particular y encontrar respuestas a sus demandas y necesidades.

Graciela Bustos, nos pregunta al colectivo de AT en el XVIII congreso de acompañamiento terapéutico ¿Qué pueden ofrecer para encontrar alguna opción, algún camino que permita recuperar espacios para pensar y dar salida al malestar?

Y también nos responde, El AT contribuye con el acompañado un vínculo que permite operar simultáneamente en una trama horizontal que promueve la subjetividad, pero cuya eficacia opera sincrónicamente en sentido vertical construyendo legalidades en el marco de la cultura, vinculando al sujeto con su entorno. Es decir, esos vínculos habilitan en el devenir del sujeto, una transformación. Y es de esta trama vincular que en el Centro de Día surgen herramientas para resolver, tramitar o elaborar de forma grupal la problemática que angustia e invalida al sujeto, lo que potencia la capacidad de los usuarios para comenzar a establecer algún lazo que permita su inscripción social como ciudadanos de pleno derecho.

Pensamos en el acompañamiento terapéutico como un dispositivo cuyo objetivo es principalmente la promoción de la salud, trabajamos con personas con marcadas dificultades para establecer vínculos con el entorno próximo, la tarea se orienta

justamente en preservar los aspectos saludables. Promoviendo actividades que inciden en la subjetividad y habiliten nuevos movimientos, de este modo, podemos desde los distintos lugares de trabajo visibilizar demandas, necesidades y derechos. En los distintos dispositivos se privilegia la intervención desde la presencia con lineamientos que no están centrados en el discurso sino más bien en acciones desde la territorialidad. En la actualidad “hay una necesidad imperiosa de hacer cuerpo, de acompañar con disponibilidad afectiva, alojando en un vínculo asimétrico.” (Pozzerle, J., 2021, p.3)

CONCLUSIÓN

Finalizando el recorrido del presente ensayo, podemos decir que la Ley de Salud Mental N°26.657 es el resultado de un contexto social, político y cultural en la Argentina, caracterizado por la implementación de políticas sociales igualitarias, de restitución y ampliación de los derechos.

Desde el retorno de la democracia, es el instrumento político más relevante aprobado en este campo, la Ley implantó una política inclusiva en salud mental, ausente durante años como la política de estado. A 12 años de la sanción de la misma se produjeron cambios sustanciales a pesar de que el Estado Nacional no cumpla con el artículo que establece que en “en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres años, el poder ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un 10% del presupuesto total de Salud”. (Ley de Salud Mental N°26657, 2010, Cap. IX, Art. 32).

Pensando en los logros, podemos hablar de la disminución de personas institucionalizadas, así como la incorporación de dispositivos del segundo nivel de atención y/o alternativos. En la ciudad de Neuquén aún falta transitar un camino largo respecto de los centros de atención primaria como los CAPS, en donde se aborden problemáticas de adicciones, se destine el presupuesto necesario, así como también el recurso humano y espacio físico para las casas de convivencia, dispositivos. Ahora bien, como AT que intervenimos desde los equipos interdisciplinarios apostamos a generar un dispositivo vincular que genere seguridad, contención, desde una posición responsable con disponibilidad para escuchar con paridad, sosteniendo la mirada desde la presencia. Esta práctica que llevamos a cabo desde los distintos efectores es un nuevo espacio de intervención, con encuadre y características diferentes, pero sin perder de vista la impronta vincular, como especificidad del rol y la función, práctica

fundada en el valor terapéutico de la presencia del Otro, capaz de soportar la diversidad y la singularidad.

Acompañamos desde una perspectiva de derechos humanos, integralidad y enfoque antimanicomial, y consideramos que no es la Ley por sí misma la que debe otorgar respuestas a la comunidad con padecimiento mental, sino que es su plena implementación la que debe garantizarse por todos los actores de la sociedad y el Estado en su conjunto.

Las acompañantes terapéuticas con disponibilidad afectiva y mental generan con su presencia un tiempo y un espacio que puede poner suspenso e interpelan las presiones de la vida cotidiana, la familia y el control social. Es una presencia sin vacilación, que da seguridad, confianza, que no asusta y acompaña a pensar, a sentir, a reconocer que necesita y elegir qué hacer (Frank, M., 2022).

Como ya hemos mencionado, la salud pública convencional ha tenido un rol influyente para el desarrollo de la hegemonía médica, que si bien está en expansión también está en crisis, y seremos los “nuevos” profesionales quienes deberemos aportar estrategias contrahegemónicas. A su vez, consideramos como pilar fundamental de nuestro ejercicio dar lugar a la subjetividad de cada persona, a los vínculos y a los lazos comunitarios, pensando en la relevancia de los mismos en los procesos de salud - enfermedad - atención y como los lazos sociales se expresan de distintas maneras y en distintos momentos, culturas, ambientes, repercutiendo inevitablemente en nuestras prácticas.

Por último, pensamos y afirmamos que la salud es mucho más que no estar enfermos. No es solamente biológica, ni individual, ni de la esfera médica. La salud es una construcción como derecho, y como trabajadoras de la salud tenemos la responsabilidad social de acompañar, justamente, esta construcción. Nos preguntamos desde el acompañamiento terapéutico, ¿qué es lo comunitario de lo terapéutico, y qué de lo terapéutico es comunitario? Y es que cuando hablamos de acompañamiento terapéutico casi de manera tácita sabemos que hablamos de construcción, de vínculos, de encuadre, de planes de trabajo, de equipo, y sabemos que estas construcciones son siempre con y para un otro, pero no debemos perder de vista que en esta construcción que pareciera “uno a uno” en realidad estamos construyendo para un otro en

comunidad, comunidad con la que directa o indirectamente trabajaremos siempre que entendamos la importancia de la misma en los procesos de salud-enfermedad.

Tenemos el desafío de reconstruir nuestros propios enfoques de abordajes en salud mental y adicciones que, como mencionamos está pensado para varones. Necesitamos construir espacios colectivos que alojen singularidades de manera comunitaria, solidaria, y cuidadosa. No queremos formar parte de un sistema de poder que justifique la desigualdad y la violencia, como AT mujeres queremos acompañar con consciencia, con escucha y un cuerpo colectivo que sostenga y genere espacios más habitables para todos y todas.



Concluimos, entendiendo que nos encontramos en un momento clave no solo para el funcionamiento del sistema de salud sino para el posicionamiento de nuestra profesión como parte de los equipos interdisciplinarios, dando lugar a introducir cada vez más y con más empoderamiento nuestras funciones y roles como parte fundamental del quehacer de los equipos que brindan atención a usuarios de salud mental y adicciones.

Consideramos también, que teniendo en cuenta la importancia de nuestra función, como la de los demás profesionales del área de atención de salud mental y adicciones, sería interesante al menos pensar en la inclusión de la figura del AT como parte de las guardias interdisciplinarias activas y pasivas en los hospitales de cabecera y de complejidad, ya que actualmente no sucede debido a que no somos considerados profesionales en el marco de la categorización de nuestro trabajo. A su vez, creemos que es fundamental la generación de dispositivos de asistencia con atención domiciliaria interdisciplinaria, sistematizada, continua, progresiva e integral, siendo la atención domiciliaria una incumbencia del AT como parte de un equipo interdisciplinario.

Necesitamos políticas públicas en pos de aumentar la capacidad de las comunidades terapéuticas en área de adicciones, que se realicen las gestiones necesarias con perspectiva de género para la apertura de dichos espacios para mujeres (actualmente en la provincia de Neuquén no existen comunidades terapéuticas de salud pública para las mismas); incorporar equipos multidisciplinarios acorde a las necesidades de los usuarios de los diferentes dispositivos de la Ciudad, como así también garantizar los espacios físicos propios, presupuesto acorde a las necesidades, y condiciones dignas

de trabajo, contemplando la exigencia que posee brindar atención a usuarios de salud mental.

No siempre tendremos las respuestas, ni las estrategias de antemano, pero es en el aquí y ahora, según la singularidad de cada sujeto y su contexto, que construimos acompañamientos de manera genuina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz Muñoz, A. (2021) Agenda de la salud pública argentina: enfoques, experiencias e investigación / - Capítulo 2; 3 y 4.-1a ed. -Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD.
- Documento Marco Centros de día (2015), Dirección Provincial de Salud ANEXO 1 DE DISPOSICIÓN N° 1323/2015.
- Frega Josefina (2019) Sartre y la mirada del otro. Pagina12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/203547-sartre-y-la-mirada-del-otro#:~:text=La%20idea%20de%20que%20el,el%20fil%C3%B3sofo%20franc%C3%A9s%20en%201944.>
- Graciela Bustos (2022) El acompañamiento Terapéutico.
- Grupo Akal (2017) Jacques Lacan para principiantes. El inconsciente es el discurso del «otro», recuperado de: <http://www.nocierreslosojos.com/jacques-lacan-principiantes-inconsciente-discurso-otro/#:~:text=Para%20Jacques%20Lacan%2C%20el%20%20C2%ABotro,sentido%20para%20sobrevivir%20y%20prosperar.>
- Kesselman S. (2022) Fernando Ulloa, el psicoanalista de la ternura. Telam Digital. Recuperado de: <https://www.telam.com.ar/notas/202203/586992-opinion-ulloa-psicoanalista-kesselman-pichon-riviere.html>
- Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2005), Territorios del Acompañamiento Terapéutico, Buenos Aires, Editorial Letra Viva.
- Ley de Salud Mental 26.657(2010).
- Marx, K. y Engels, F., (1969) El Manifiesto Comunista, Buenos Aires, ediciones del Siglo.
- Menéndez, E. (1985) Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. La Antropología Médica en México, T. 1. R. Campos comp. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1990) Morir de alcohol: Saber y Hegemonía médica. México DF, Editorial Alianza
- Moffatt A. (2013) El reparador de sueños. Otra Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.otrabuenosaires.com.ar/alfredo-moffatt-el-reparador-de-suenos/>

- Mundo Untref (2019) Una introducción al pensamiento de Judith Butler. recuperado de [:https://www.untref.edu.ar/mundountref/introduccion-teoria-judith-butler](https://www.untref.edu.ar/mundountref/introduccion-teoria-judith-butler)
- Paim JS (2008) Reforma sanitária brasileira, contribuição para a compreensão e crítica. Edufba. Salvador, Rio de Janeiro. <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>
- Paim JS. Desafíos de la Salud Colectiva y los riesgos de la restauración de la Salud Pública. [Video]. Buenos Aires: CeDoPS; 2016. Video 58.07 min, Sonido, Color. <https://www.youtube.com/watch?v=w6DnxzkGahE>
- Paim, J. S. (2011). Movimientos en el campo social de la salud. Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Plan provincial de Salud Neuquén 2019-2023.
- Pozzerle Juliana (2021) Info Aatra. Recuperado de: <https://www.aatra.org.ar/biblioteca/2022-08-indo-aatra-n-10/info-aatra-diciembre-2021>
- Silva Paim, Jairnilson (2011) Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos aires. Lugar Editorial.
- Trimildi Alberto (2019) El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos.
- Wagner Marisa. Pecora Mariane. Los Montes de la Loca. Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.periodicovas.com/marisa-wagner-los-montes-de-la-loca/>