



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**“Propuesta de Dispositivo de Supervisión a Cuidadores
Domiciliarios”**

Autor:

Higuera, Rebeca Yanett – N° DNI 34.292.209

Tutor:

Ps. Carcamo, Ignacio.

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación

31/07/2023

Firma autor



Higuera Rebeca Yanett
34.292.209

ÍNDICE

1. Resumen	2
2. Introducción	3
Propuesta de Dispositivo de Supervisión a Cuidadores Domiciliarios	3
3. Desarrollo	4
3.1 Presentación actual del abordaje de la Salud Mental en Neuquén en HHH. 4	
3.2 El concepto de salud desde una concepción integral	7
3.3 Legislación Nacional y Provincial	8
3.4 La covisión y el modelo de la Investigación Acción Participante (IAP) en la construcción y valorización de los conocimientos.....	11
3.5 Cuidadores/as Domiciliarios	12
3.6 Acompañante Terapéutico: especificidades	13
3.7 Acompañamiento en Cuidado domiciliario y Autocuidado de quien acompaña	15
4. Ejes del Acompañamiento Terapéutico	17
4.1 Trabajo en equipo	17
4.2 Formación continua	18
4.3 Terapia personal	18
4.4 Supervisión:	19
5. Supervisión desde la covisión.....	20
5.1 Dispositivo y trabajo en equipo	23
6. Aplicación de esta propuesta en Hospital Dr. Horacio Heller.....	24
7. Consideraciones finales.....	26
8. Bibliografía	30

1. Resumen

El presente trabajo busca realizar una propuesta para la implementación de un Dispositivo de Supervisión a Cuidadores Domiciliarios en el Hospital Dr. Horacio Heller busca crear un espacio de supervisión desde la co-visión con el objetivo de mejorar las intervenciones en Salud Mental. Para ello se propone el fortalecimiento del Trabajo en Equipo; la valorización de la co-creación de conocimientos, fundamentales para construir abordajes interdisciplinarios que se ajusten a la realidad actual de los usuarios.

Por otro lado, se plantea el desarrollo de la función de supervisor de los ATs. como una tarea inherente a la figura profesional, con necesidad de una formación específica y que se encuentra habilitada para trabajar con los Cuidadores Domiciliarios.

El fin último de esta propuesta es mejorar la salud integral de los usuarios mediante la mejora de las intervenciones, optimizar los recursos humanos y económicos hospitalarios y sentar un precedente para que esta propuesta pueda tomarse, adaptarse y replicarse en otros hospitales de la Provincia del Neuquén.

2. Introducción

Propuesta de Dispositivo de Supervisión a Cuidadores Domiciliarios

El siguiente trabajo busca elaborar una propuesta para brindar herramientas a Cuidadores Domiciliarios (CD) para reforzar y potenciar los procesos terapéuticos que se llevan adelante con usuarios del servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Horacio Heller (HHH) de la Provincia del Neuquén. Es en este hospital dónde desempeño mis funciones como Acompañante Terapéutica (AT) y a raíz de ello es que he podido apreciar en esta institución que, en determinados usuarios, las internaciones y/o descompensaciones de cuadros de base en cuanto a recaídas se vuelven cíclicas o consecutivas. Estas acciones, que, si bien responden al caso por caso, se pueden detectar en la mayoría de los usuarios y terminan afectando directamente la salud en sus aspectos físico, psíquico, así como los lazos familiares y sociales produciéndose un deterioro, desgaste y claudicación de los mismos con el tiempo.

En la búsqueda de poder lograr el objetivo de brindar herramientas a CD es que voy a proponer la creación de un espacio en el cuál se pueda supervisar desde la covisión la praxis de estas personas, siguiendo una misma línea de trabajo con equipo tratante; pudiéndose co-construir información fundamental con los Cuidadores Domiciliarios para luego ser compartida con el equipo interdisciplinario y desde allí evaluar los pasos a seguir, la efectividad o no de las estrategias utilizadas y conocer las necesidades concretas y actuales del dispositivo y del usuario.

En la Provincia del Neuquén esta propuesta es novedosa ya que, si bien se encuentra estipulado en el Protocolo intersectorial de intervención en salud mental y adicciones que “es función del Acompañante Terapéutico el ofrecer asesoramiento a quienes desempeñan la función de Cuidador Domiciliario” (Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, 2021, p. 45)., no es una práctica que actualmente se esté realizando de modo sistemático, con el aval institucional correspondiente y en conocimiento de los equipos interdisciplinarios de los cuales se forma parte como profesional de la salud. Es más bien una práctica que, según mi conocimiento, se realiza de manera individual, y es ejecutada por un/a psicólogo/a, en situaciones muy puntuales, que ameritan esta intervención y que veo no estaría pudiendo ni abarcar ni resolver las situaciones que se presentan en los dispositivos domiciliarios.

El objetivo general de esta propuesta es poder describir cómo podría implementarse la supervisión desde la covisión con dispositivos grupales de Cuidadores Domiciliarios, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, que desempeñan sus funciones con usuarios de Servicios de Salud Mental del Hospital Dr. Horacio Heller de la Provincia del Neuquén.

En cuanto a objetivos específicos me parece necesario caracterizar la supervisión desde la covisión como una de las herramientas metodológicas propias del Acompañamiento Terapéutico, explicar los beneficios de la articulación interministerial a la hora de planificar y ejecutar objetivos terapéuticos y fundar una base teórica para futuros proyectos de supervisión en el Sistemas Públicos de Salud de la Provincia del Neuquén.

3. Desarrollo

3.1 Presentación actual del abordaje de la Salud Mental en Neuquén en HHH

La Provincia del Neuquén cuenta con un Sistema Público de Salud organizado en 6 zonas sanitarias y un Hospital Provincial de máxima complejidad (Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, s.f.)

Según el protocolo intersectorial de intervención en salud mental y adicciones en los efectores de salud de cada Zona se asiste a:

- Usuarios con padecimiento psíquico generado por diversos cuadros psicopatológicos, agudos y crónicos,

- Usuarios con padecimiento psíquico por consumo problemático de sustancias, agudos y crónicos.

- Usuarios con padecimiento de etiología neurológica (por ejemplo, diagnósticos de discapacidad intelectual) con severo deterioro cognitivo, desbordes conductuales y discapacidades varias derivadas de sus cuadros orgánicos. (Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, 2021, p 14)

Respecto del Hospital Dr. Horacio Heller de la Provincia del Neuquén, lugar dónde se pretende presentar la propuesta de Dispositivo de Supervisión a Cuidadores Domiciliarios, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, que se desempeñan laboralmente con usuarios del Servicio de Salud Mental de esta institución, se puede detallar que la misma es un Hospital General de Agudos, Nivel VI de

complejidad hospitalaria que geográficamente está ubicada en la ciudad de Neuquén, en la zona Oeste, circunscripta por las calles: Godoy, Liguén, Quimey y Marín (Hospital Dr. Horacio Heller [HHH], 2023).

Esta institución, (HHH, 2023) está en condiciones de resolver la demanda de mediana y baja complejidad de su área de influencia, siendo además hospital de referencia del área oeste de la Zona Sanitaria I, (Plottier, Senillosa, El Chocón), para los problemas que no superen esta complejidad. Según esta fuente, la atención ambulatoria presenta las siguientes modalidades:

- Atención por consultorio externo.
- Visitas programadas.
- Formación de grupos terapéuticos.
- Actividades de Promoción y Prevención de la salud sobre la población de su Área Programa.
- Atención de la Emergencia (Servicio de Guardia Permanente).
- Guardia de 24 horas del Equipo de Salud Mental.

Es dentro de los equipos de Atención en servicio de internaciones, visitas programadas, grupos terapéuticos, donde nos desempeñamos las Acompañantes terapéuticas (actualmente tres AT). A su vez brinda, entre otras, las prestaciones de Psiquiatría, Psicología y Servicio Social.

Tal y como exponen Franquelli et al. (2014):

La zona oeste de la Ciudad de Neuquén se define como el sector urbano marginal de mayor concentración de población (de un total de 550 mil habitantes para la ciudad de Neuquén, el sector oeste implica más de cien mil) ... Esta zona urbana contiene precios más bajos en los alquileres ... También contempla terrenos fiscales que son ocupados a través de la organización de las “tomas” ...

La marginalidad de la población de la zona oeste está dada por la falta de infraestructura municipal (calles, trazado urbano, espacios verdes, servicios de iluminación y limpieza, y sobre todo servicios de transporte) y provincial (agua, luz, gas, cloacas, educación y salud). El sistema de salud público es al que acude gran parte de la población debido a que la situación laboral se inscribe en el trabajo no registrado, las changas o la desocupación. (p. 3)

Este dato no es menor si se tiene en cuenta que los usuarios del servicio de Salud Mental del HHH, que viven en esta zona de la provincia, una de las más vulnerables, son los que acceden, cuando es necesario a los dispositivos de Cuidadores Domiciliarios, siendo necesaria la previa articulación que realizan las Trabajadoras Sociales del hospital con el sector de recursos humanos del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo de la Provincia del Neuquén.

En consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en el Hospital Dr. Horacio Heller se asisten urgencias, descompensaciones agudas de cuadros de base, usuarios con cuadros de excitación psicomotriz y se procede a internación de aquellos usuarios que reúnan los criterios establecidos en dicha ley que son evaluados en equipo interdisciplinario (Psicólogo/a, Psiquiatra, Trabajadora Social) según presente o no riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Desde mi experiencia, puedo decir que la gran mayoría de usuarios que ingresan a internación, además de presentar un padecimiento de orden subjetivo, se encuentran atravesados por carencias en redes socio-familiares y económicas lo que repercute directamente en la calidad de vida de los mismos, sus procesos de internación y posible planificación que se articule desde el equipo terapéutico con miras hacia la externación, pensando siempre en que estas puedan sostenerse en el tiempo.

También he observado como una problemática habitual en HHH las sucesivas internaciones prolongadas que tienden a ir en contra del artículo 15 de la Ley 26.657 (2010) ya que se sustentan en el solo hecho de haber motivos sociales por los que los usuarios no pueden ser externados. Entre las situaciones de internaciones prolongadas por motivos enteramente sociales la más habitual es la falta de aporte económico, o la demora en la entrega del mismo por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo para lograr un alquiler, o un monto demasiado bajo que no alcanza para cubrir el valor del mismo, con lo cual el usuario quedaría en situación de calle en caso de darse el alta. Frente a esta realidad se presenta la disyuntiva de accionar de acuerdo a la ley, dejando al usuario prácticamente en la calle o sostener internaciones a la espera de soluciones sociales. Esto, además de dificultar el trabajo en equipo, genera imposibilidad de brindar respuesta ante la necesidad de internaciones que sí tienen criterio según la legislación vigente y también impiden la posibilidad de dar respuesta a derivaciones debidamente justificadas, georeferenciadas pertinentemente.

Ejemplos de internaciones prolongadas por cuestiones sociales son las dificultades para conseguir una vivienda por alquiler. Cuando se logra conseguir un alquiler, se contacta al propietario y este accede a alquilar a un usuario de Salud Mental

(lo que conlleva todo un proceso de gestión) se demora la acreditación del aporte económico, lo que hace que ese alquiler se pierda. A la vez sucede que cuando se tiene el aporte no se consigue quién quiera alquilar (por una cuestión de estigma social o malas experiencias) o que el monto otorgado no sea suficiente para cubrir lo que cobra el propietario, con lo cual, se pide un aumento en el valor del aporte y este es otro trámite que hace prolongar la internación por una cuestión burocrática y enteramente social. También se dan situaciones de usuarios que no disponen de una vivienda acorde a sus necesidades, por ejemplo, casas deterioradas, con hacinamiento de familiares, donde se dan muchas veces los núcleos de las problemáticas que gestaron o refuerzan la situación actual de los usuarios. También estas personas no cuentan con red familiar o si tienen referentes familiares y/o sociales estos no logran tener la capacidad de cuidado y contención que estas situaciones requieren.

Debido a estas situaciones, muchos trabajadores del Servicio de Salud Mental consideran que son muy altas las probabilidades de que el usuario recaiga, ya que el no tener resueltas sus necesidades habitacionales básicas, ni contar con una red de apoyo familiar, comunal que les sostenga ante su vulnerabilidad, se vuelve insostenible la adherencia al tratamiento farmacológico, la asistencia a espacios institucionales terapéuticos individuales y/o grupales.

Así, inevitablemente se produce un ciclo en el que los usuarios atraviesan por sucesivas intervenciones psicofarmacológicas, intervenciones clínico-médicas, de contención mecánica, transitan espacios de psicoterapia que son abandonados por diversos motivos, espacios con dinámicas grupales que los usuarios no logran sostener en el tiempo, que los llevan a un deterioro cada vez mayor en cuanto a sus habilidades sociales, cognitivas y donde la capacidad de autonomía se va reduciendo, llegando a precisar de la creación de dispositivos de Cuidadores Domiciliario para intentar brindarle un sostén en sus espacios habitacionales o en el hospital, internados, ingresados y reingresados.

3.2 El concepto de salud desde una concepción integral

En la actualidad es innegable entender el término Salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un concepto construido y multideterminado. Adhiriendo a lo que expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), entendiendo a este término como un completo estado de bienestar físico, mental y social, que es posible a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; que se va a reflejar

en la percepción subjetiva del sujeto (esto último hace alusión a que dependiendo de la persona y como ésta construya lo que para ella es estar saludable es que la salud, como concepto, tomará forma y significación).

La Declaración de ALMA-ATA (1978) afirma que debemos entender que la salud es un

... Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental ...

El logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS (1978, septiembre 6-12)

Por otro lado, siguiendo una misma línea de pensamiento, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que

La atención primaria aboga por acceso universal a la salud con servicios de salud integrales y de calidad, que no se enfocan solo en la curación, sino en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en la rehabilitación y el tratamiento. Además, llama a abordar los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la educación y la vivienda digna. Conferencia mundial sobre APS, OPS/OMS, (2018, octubre 29)

3.3 Legislación Nacional y Provincial

Si tenemos en cuenta que la Ley Nacional de Salud Mental (2010) reconoce en su artículo 3° a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, puedo afirmar que el trabajar con aquellas personas que cuidan y acompañan la cotidianidad de los usuarios del servicio de Salud Mental del HHH haría una gran diferencia en cuanto a la modificación del entorno de estas personas sujeto de derechos. El poder trabajar el material que traigan

a supervisión desde la covisión, los Cuidadores Domiciliarios, nos abre a la posibilidad como equipo interdisciplinario a conocer esos componentes que hacen a la vida, historicidad y actualidad de los usuarios y desde allí repensar, co-crear e incidir sobre estos componentes.

Puedo resaltar que, de modo innovador, esta ley (2010) afirma que en todo proceso de salud mental de una persona se debe partir de la presunción de capacidad y que en ningún caso puede hacerse diagnóstico sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

De la mano del espíritu de estas afirmaciones que son creadoras de derechos para los usuarios de Salud Mental, concibo que, en los equipos interdisciplinarios cada profesional interviniente en una situación se hace acreedor de un pedazo de la verdad subjetiva, historicidad y cuadro del usuario donde, desde la mirada que le ofrece su propio campo disciplinar, puede hacer este recorte y acceder a un diagnóstico teniendo esta información en cuenta. Los Acompañantes Terapéuticos también contamos con este privilegio y el poder llevar adelante un Dispositivo de Supervisión desde la covisión trabajando con lo que los Cuidadores Domiciliarios traen de sus intervenciones también hace a la creación de este proceso de salud enfermedad que configura la realidad actual de la Salud Mental del usuario.

Según el protocolo intersectorial elaborado en la Provincia del Neuquén,
... Históricamente, se ha instaurado como competencia de los Servicios de Salud/Salud Mental y Adicciones la intervención y resolución de situaciones de urgencia y asistencia integral sanitaria en la primera línea de atención poniéndose en evidencia las crecientes dificultades de resolución de las mismas ante la complejidad de las demandas con vulnerabilidad psicosocial, las cuales superan ampliamente el nivel de injerencia de la cartera de Salud. Por ello se considera de vital importancia impulsar e instaurar acuerdos y articulaciones intersectoriales que sean instituidos y avalados por las autoridades correspondientes respecto de los planes de intervención y prestaciones de las

diferentes reparticiones del Estado involucradas y responsables en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (Art. N° 11), como el Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo ... El objetivo final es garantizar la atención integral con criterio de redes de abordaje interinstitucionales con enfoque de derechos e inclusión sociocomunitaria de esta población (Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, 2021, p 1).

La Ley Nacional de Salud Mental (2010) en su artículo 1° afirma que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Por otro lado, la ley 3.187 en su artículo 1.º dice que la Provincia del Neuquén adhiere a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y en su artículo 2.º afirma que la autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud o el organismo que lo reemplace.

Lo anteriormente expuesto, como marco normativo, quiere decir que el acuerdo intersectorial de la Provincia del Neuquén responde a políticas públicas que se encuentran avaladas a nivel nacional y que es a nivel provincial que se impulsó una política pública que sigue lineamientos garantes de derechos hacia los usuarios del sistema de salud de la Provincia del Neuquén.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) dice en su capítulo 5 “Modalidad de abordaje”, art. 8 que la atención en Salud Mental debe estar a cargo de equipos interdisciplinarios compuestos por profesionales, técnicos y trabajadores competentes debidamente certificados y la Ley Provincial 3147 (2018) dice en su artículo 2 que el Acompañante Terapéutico es un profesional de la salud capacitado para integrar equipos interdisciplinarios con lo cual está avalada, tanto a nivel Nacional como Provincial, la pertinencia de la figura del AT en Dispositivos de Supervisión.

En el Hospital Heller de Neuquén se respeta la modalidad de abordaje que se requiere en la Ley 26.657, contando con un equipo interdisciplinario compuesto por cuatro disciplinas: psicología, psiquiatría, trabajo social y la incorporación de Técnicos/as en Acompañamiento Terapéutico a la planta permanente. Estas incorporaciones son parte de un plan provincial que busca, luego de la pandemia del año 2020, fortalecer el Sistema Público de Salud de Neuquén con la creación de gran cantidad de cargos en Salud Mental (Salto, 2021).

La ley provincial 3147 (2018), de ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico, plantea en su artículo 7, inciso d), que una de las funciones del AT es participar en el desarrollo de acciones preventivas que se articulen con el modelo de atención primaria de la salud y de promoción de la salud. Personalmente considero que nuestra figura profesional en Dispositivos de Supervisión hace a la prevención de futuras recaídas y sucesivos procesos de internaciones, a la vez que se constituye en una herramienta más en el primer nivel de atención al que responde el Hospital Dr. Horacio Heller y que esta institución puede promocionar y ofrecer a la población que atiende.

El protocolo intersectorial de Intervención en Salud Mental y Adicciones (2021) expone que es función de los Acompañantes Terapéuticos el ofrecer asesoramiento a los Cuidadores Domiciliarios u operadores sociales de acuerdo a su formación técnica. De este modo este documento también da un sustento a mi propuesta denotando la pertinencia de su creación, puesta en marcha y evaluación de la misma.

3.4 La covisión y el modelo de la Investigación Acción Participante (IAP) en la construcción y valorización de los conocimientos

El término covisión hace referencia, según Quiroga y Hernandez (2022) a un ... espacio de co-construcción, de miradas que se entrecruzan y que en ese intercambio todos y todas son protagonistas, enseñan y aprenden ... la mirada es compartida y esto viene a interpelar el sentido más tradicional de la supervisión, buscando instalar un grupo de co-visión, abriendo alternativas que posibiliten la intervención subjetiva a cada participante (p. 8),

Para explicar el valor del conocimiento construido entre todos, encuentro sustento en el modelo de la Investigación Acción Participante de Montero (como se citó en Frizzo, 2008), que entiende que la misma busca que se dé una construcción del conocimiento que sea colectiva, en donde los investigadores son externos e internos. De este modo, nosotros como profesionales de la salud del HHH, seríamos los llamados investigadores externos que poseemos un corpus teórico y buscamos conocer y dar una solución a una problemática y los Cuidadores/as Domiciliarios los investigadores internos ya que son ellos quienes se encuentran insertos en la vida cotidiana y situación de los usuarios, conviviendo con ellos.

El modelo de la IAP plantea que es en la misma interacción entre nosotros que tendrá lugar un mutuo enriquecimiento en donde se incorporarán el saber popular y

nuestro saber académico y como resultado de ello la producción de conocimiento científico nos llevará a reflexionar sobre las problemáticas y las diversas situaciones que se vivan en el cotidiano del trabajo con los usuarios. Todo ello en un movimiento en espiral que no acaba.

La IAP, según Maritza Montero, tiene un carácter participativo y ético, transformador y político; reflexivo y concientizador; dialógico y dialéctico, educativo, crítico, y colectivo. Para transformar la realidad es necesario escuchar a las personas afectadas por las problemáticas que queremos transformar (como se citó en Frizzo, 2008).

Teniendo en cuenta este modelo puedo definir que el conocimiento se co-construye ya que todas las personas somos poseedoras de un conocimiento de la vida cotidiana, un saber hacer que se caracteriza por ser rico en información situada, cotidiana, lugar privilegiado de los Cuidadores Domiciliarios, y que lejos de ser desestimado por quienes poseen el conocimiento científico, técnico, debe ser incluido para mejorar las prácticas e intervenciones desde los equipos de Salud.

3.5 Cuidadores/as Domiciliarios

Los cuidadores Domiciliarios son trabajadores dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo cuya principal función es el “cuidado en la vida cotidiana de personas con padecimientos mentales de acuerdo a sus capacidades y niveles de apoyo”. (Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, 2021, p. 45)

Para dar a entender la importancia del Dispositivo de Supervisión a Cuidadores Domiciliarios, creo que es importante dar a conocer que estas personas son quienes se encargan del cuidado en la vida cotidiana de los usuarios del Servicio de Salud Mental del HHH. Ellos y ellas se encargan de estar en el día a día de los usuarios con lo cual se hace necesaria la instauración de una relación de confianza, para ello el CD debe vincularse estrechamente con el usuario siendo empático, brindando su compañía diaria, accediendo al diálogo muchas veces de las situaciones más íntimas de quien acompañan.

Por otro lado, debido al nivel de deterioro en la autonomía de algunos usuarios, que varía dependiendo de la situación, deben ayudar en tareas diarias de los usuarios, como lo son la organización de las comidas, limpieza del lugar donde habitan, la

realización de compras de alimentos, ropa, calzado, búsqueda de alquiler y todo aquello que necesite el usuario. Hay situaciones en las cuales deben asistir a las personas usuarias en los cuidados básicos de higiene y confort cuando se vean imposibilitados por algún motivo. Este punto es controversial en la mayoría de las situaciones ya que los Cuidadores Domiciliarios afirman que no es su función por más que se encuentre estipulado que sí lo es. Lo mismo sucede con la supervisión la toma de medicación mediante la administración de la misma, ello se debe a que en la mayoría de los casos deben administrar medicación psiquiátrica y no existe en la actualidad ninguna ley que les habilite a ello ni que les proteja en caso de darse algún inconveniente.

Los Cuidadores Domiciliarios también deben acompañar y registrar la asistencia a turnos médicos, psiquiátricos, psicológicos, actividades de esparcimiento, etc.

Por otro lado, es deber de los Cuidadores Domiciliarios ser interlocutor entre los usuarios y los equipos tratantes, informando las dificultades y situaciones de riesgos que identifiquen en la realidad cotidiana de cada usuario a la vez que deben participar de reuniones con los profesionales de los equipos técnicos de salud.

Teniendo toda esta información en cuenta queda debidamente justificado que los Cuidadores Domiciliarios son un eslabón fundamental de los procesos de salud enfermedad que atraviesan los usuarios y hacen en gran parte al contexto cotidiano de los mismos.

La realidad que hoy por hoy nos atraviesa, respecto del recurso humano que desempeña sus funciones como Cuidadores Domiciliarios, es que es heterogéneo, diverso. Algunos cuentan con formaciones de carreras afines, otros no poseen formación académica, pero si tienen la experiencia en el terreno del acompañamiento y algunos CD no poseen ni formación ni experiencia. Frente a este escenario, es indispensable poner en marcha un espacio de supervisión desde la covisión de las prácticas, debido a la complejidad que implica el trabajo con usuarios de Salud Mental.

3.6 Acompañante Terapéutico: especificidades

Como se expresó en el apartado “Legislación Nacional y Provincial” la Ley Provincial 3147 (2018) del Neuquén dice que el Acompañante Terapéutico es un profesional de la salud capacitado para integrar equipos interdisciplinarios. Esto quiere decir que los Acompañantes Terapéuticos tenemos las facultades necesarias para poder trabajar en los equipos interdisciplinarios de salud, siendo parte de los mismos como una disciplina necesaria en los abordajes interdisciplinarios basándonos en un marco teórico propio del acompañamiento terapéutico, contando con formación

académica pertinente y profesionalmente para poder co-crear objetivos y estrategias terapéuticas a la par de otros profesionales y/o disciplinas. Por ejemplo, la formación académica técnica y de grado nos permite la comunicación en un mismo nivel conceptual dentro de los equipos, corriendo nuestra figura del asistencialismo y posicionándonos desde el profesionalismo. Esto viene asociado a una identidad profesional que nos implica en cuanto a conocer y dar a conocer nuestras incumbencias y especificidades.

En términos de Dragotto P. y Frank M. L. (2017) es muy importante tener en cuenta que:

Algo que caracteriza al AT es que se ha capacitado para trabajar desde ese rol. No se trata de un operar espontáneo y autoconvocado desde la vocación de servicio y el sentido común, aunque estos elementos tengan su importancia en el posterior ejercicio de esta función. Un AT se entrena y se capacita como todo profesional en el campo de la salud. Esa capacitación deberá incluir nociones acerca de la salud y la patología mental, el desarrollo del psiquismo, psicología evolutiva, psicoterapias, el fenómeno de la transferencia y la contratransferencia, trabajo en equipo, entre otros. Así como todo lo concerniente a la especificidad del rol del AT, su conceptualización teórica y recursos técnicos. La capacitación debe contemplar un elemento de entrenamiento en el ejercicio del rol de modo tal que el futuro AT pueda incorporar la singularidad de la experiencia de inserción en un equipo terapéutico y de operar desde la lógica y la estrategia de un tratamiento en curso. (p.23)

En hospitales, por ejemplo, hay dispositivos grupales, en este caso el acompañamiento terapéutico se desplegará en talleres de reinserción social, laboral, talleres de expresión artística, grupo de huerta terapéutica, dispositivo de mujeres, dispositivos de abordaje de consumos problemáticos, comunidades terapéuticas, hospitales de día, entre otros. El rol del AT, según Dragotto (2017) no pierde su esencia en esta modalidad de abordaje ya que no es aquí coordinador de taller ni asistente.

... en esta modalidad los acompañantes van a acompañar a los sujetos que integran un grupo con el fin de contribuir al desarrollo de la tarea programada

para ese espacio acompañar el proceso grupal y las dificultades que los sujetos puedan manifestar contener situaciones de crisis peleas discusiones tendientes a favorecer la tolerancia a la frustración los tiempos de espera y de escucha que favorezcan la posibilidad de estar Y compartir con otros así el acompañante en un grupo Más allá de estar atento a la actividad o al proceso del grupo tiene una mirada en los sujetos que conforman este grupo y promueve un espacio en el cual el sujeto pueda desplegar su subjetividad dentro de un grupo. (Frank M. L., 2011. como se citó en Dragotto 2017)

Teniendo esta noción en mente, creo que es necesario poder crear un dispositivo donde el AT pueda ocupar la figura de coordinador/a. Ello refuerza, por un lado, la profesionalización y por otro, expande la frontera del campo de acción, incumbencias y funciones de los Acompañantes Terapéuticos.

3.7 Acompañamiento en Cuidado domiciliario y Autocuidado de quien acompaña

Según Kuras de Mauer y Resnizky (2020) el acompañamiento no es necesariamente terapéutico por definición, depende del posicionamiento del Acompañante Terapéutico frente al usuario, equipo, normas institucionales. De este modo, el modo de posicionarse frente al otro sí importa.

Los acompañamientos que realizan los Cuidadores Domiciliarios demuestran sistemáticamente, según mi experiencia, problemas de articulación, coherencia interna y efectividad en las intervenciones que realizan y creo que esto se debe principalmente a que no cuentan con la formación técnica específica que encuadre su práctica. De este modo, se gestan vínculos de amistad, sobre involucramiento, vinculaciones maternas y paternas que en última instancia terminan por obturar el deseo, la singularidad y la poca autonomía con la que cuentan los usuarios.

Siguiendo esta misma lógica, se ubican las dificultades que tienen los CD para acordar una misma línea de intervención con los equipos interdisciplinarios de salud dándose, muchas veces, situaciones de alianzas que buscan boicotear los lineamientos que se entregan desde salud y que no pocas veces han culminado con situaciones de

agresividad dirigidas a la propia persona que remarca faltas o propone estos lineamientos (la cual puede ser cualquiera que le ponga el cuerpo a la situación, integrante del equipo interdisciplinario a cargo). Así desde los mismos dispositivos de Cuidadores Domiciliarios se terminan minando las posibilidades futuras de intervenciones fructíferas en favor de los derechos de las personas usuarias.

Si se tiene en cuenta lo anteriormente expuesto es necesario poder trabajar los malestares y dar explicaciones que despejen las dudas de los CD desde la conformación de los grupos.

Estoy convencida de que el poder explicar que la forma de trabajo es en grupo y que la interdisciplina también les compete a ellos, el valorizar su labor y brindarles un espacio de escucha y resolución desde la covisión de las conflictivas que puedan expresar es sumamente valioso, importante y necesario para evitar o al menos aminorar la posibilidad de que se den todas las conflictivas anteriormente descritas.

En esta misma línea y ubicándonos en la noción de autocuidado Loyden (2021) afirma que el que podamos reconocer y darnos cuenta de nuestros constructos mentales, es decir aquellas ideas, pensamientos, modos de ser, estar, de ver e interpretar nuestra historia de vida, formas en las que sentimos en la actualidad respecto de situaciones que hemos atravesado, puede favorecer la toma de decisiones preventivas ya que nos permite hacer consciente estas cuestiones para no exponernos de manera abrupta a determinados eventos que puedan perjudicarnos al momento de acompañar.

“No sabemos todo de nosotros mismos, no podemos anticiparnos a todo, pero, en cambio, sí podemos ser cautos a la hora de tener en cuenta nuestras propias movilizaciones o resonancias internas generadas por efecto del ejercicio profesional que realizamos” (Loyden, 2021, pp. 35)

Esta concepción es aplicable a la función de Cuidadores Domiciliarios y cobra mayor relevancia si se considera que por norma cubren turnos de 8 horas y que, no en pocas oportunidades, esta jornada laboral puede extenderse hasta ser de 16 horas.

La propuesta de Dispositivo de Supervisión desde la covisión no pretende ser un espacio individual de supervisión ni tampoco un espacio terapéutico sino un espacio dónde se contemple el autocuidado de quienes acompañan y se despejen aquellas situaciones que quizás no son advertidas por quienes acompañan pero que sí podemos detectar las ATs.

Loyden (2019) plantea que parte de que seamos conscientes de la necesidad del autocuidado del Acompañante Terapéutico recae en tener en claro como

profesionales que existen ejes del acompañamiento terapéutico que hacen bien a la tarea que desempeñamos a diario.

4. Ejes del Acompañamiento Terapéutico

Conocer estos ejes, que hacen al ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico, es importante ya que implica el aprender, valorar y desarrollar la capacidad de trabajar con otros, conocer la importancia del autocuidado para la salud de quien acompaña, el autoconocimiento de cuestiones propias que influyen en nuestro modo de vincularnos, comunicarnos, sentirnos y pensarnos en el devenir laboral así como la importancia de revisar la práctica desde puntos que son inaccesibles desde la individualidad y la conciencia.

Loyden (2019) denomina a estos ejes como: trabajo en equipo, formación continua, terapia personal y supervisión.

4.1 Trabajo en equipo

En consonancia con lo anteriormente expuesto sobre los equipos, Loyden (2019), hace referencia a que no es sano ni para quien acompaña ni para el usuario el abordar en solitario una situación de salud mental.

Según Loyden (2019) los equipos interdisciplinarios funcionan a través de un trabajo en común que se realiza entre todas las disciplinas permitiendo alcanzar una comprensión integral de las situaciones que atraviesan las personas usuarias de los Servicios de Salud Mental. De este modo la comunicación, entre los miembros de un equipo, debe ser continua, fluida, cercana, donde cada decisión es consensuada teniendo en cuenta los aportes de cada miembro del equipo. El trabajo en equipo implica, en consecuencia, que el Ministerios de Salud y el MDSyT puedan a nivel macro trabajar de manera coordinada y a nivel micro crear equipos interdisciplinarios que incorporen las figuras de AT y CD como figuras diferentes, con sus roles y funciones distinguidas, conformando una pieza del trabajo interdisciplinar.

“El trabajo en equipo es importante dada la diversidad de variables que se presentan y la forma de abordaje que trae aparejada cada especificidad, si estas funcionan en conjunto colaboran para generar mejor calidad de vida del acompañado” (Loyden, 2019, pp. 150), de modo tal que el trabajo en equipo es funcional a los

derechos del usuario y la co-creación de planes de acción debe involucrar la voz de las partes intervinientes.

4.2 Formación continua

Es fundamental poder poseer una clara perspectiva teórico técnica desde la cual ejercer profesionalmente el acompañamiento terapéutico, ello facilita el centrarnos en el autocuidado ya que nos enfrenta a las falsas expectativas, nos mantiene actualizados y dispuestos al aprendizaje. Creo que es fundamental poder apuntar a la formación y capacitación de los Cuidadores Domiciliarios con lo cual el espacio de supervisión desde la covisión puede llegar a alojar dudas y perspectivas que, al trabajarse en grupo, desde el conocimiento teórico y técnico, propios del Acompañante Terapéutico, podrían colaborar en la tarea de los CD.

Miedos, dudas, ansiedades, expectativas, pueden ser trabajados en la supervisión desde la covisión, un trabajo en grupo en donde se buscará integrar conocimientos experienciales y teóricos para seguir la línea de trabajo que proponga el equipo técnico entendiendo los porqué a la vez que se comprende y se abre la oportunidad de comprender la situación particular de la persona usuaria del Servicio de Salud Mental más allá de su diagnóstico tanto para los Cuidadores Domiciliarios como para nutrir de información relevante el feedback que se logre con el equipo técnico.

4.3 Terapia personal

Personalmente considero que es necesario que todas las personas intervinientes en situaciones de salud mental podamos alguna vez acceder a una terapia personal. Conuerdo con Loyden (2019) en que la terapia personal nos permite acceder, explorar, acoger y hacer consciente lo que nos produce el contacto con el otro, con su contexto, historia, realidad. También es una instancia que nos permite conocernos a nosotros mismos y así poder identificar con qué situaciones estamos en condiciones de trabajar, conociendo factores protectores de la propia salud mental y factores de riesgo para la misma, con lo cual se vuelve indispensable para el autocuidado.

La realidad es que la terapia personal no es un requisito excluyente para poder ejercer el cuidado domiciliario, sin embargo, creo necesario mencionarla y llevar a

debate el poder fomentar, apoyar y brindar las posibilidades para que estos trabajadores accedan a un espacio de terapia personal.

4.4 Supervisión:

En primer lugar, dice Loyden (2019), no hay que confundir coordinar con supervisar. Estas son instancias diferentes, ya que quien coordina puede ser el profesional a cargo del tratamiento y los espacios formales para realizar esta tarea son las reuniones de equipo. Supervisar, en cambio, es una tarea llevada a cabo por un supervisor con conocimiento, experiencia y formación en el dispositivo de acompañamiento terapéutico. Las supervisiones son un espacio diferente de las reuniones de equipo. En supervisión se aborda, desde una metodología específica, el contenido afectivo y técnico del profesional, apuntando al autocuidado de quien acompaña, también se revisan y ajustan estrategias e intervenciones según el usuario que se acompañe.

El poder supervisar es una actividad que nos acerca a cumplir con la ley 26.657 como equipos de salud, ya que el llevar adelante esta tarea garantiza la integración de miradas, enfoques y en última instancia hace a la interdisciplinariedad, en este caso entre ATs. y CDs. También son espacios que sirven para el vaciamiento y descompresión entre colegas (Olabarria y Mansilla, 2007, como se citó en Loyden 2019).

Por otro lado, Loyden (2021) plantea que, a los términos prácticos no importa tanto el recorrido o carrera de base que un profesional tenga para posicionarse desde el rol de supervisor, pero, y esto es algo que comparto totalmente, él dice que es fundamental que sí o sí este profesional se haya formado como Acompañante Terapéutico y que haya trabajado como Acompañante Terapéutico. Esto tiene que ser así porque es algo que facilita, a la persona que va a supervisarse, aportes a nivel técnico y de contención emocional en congruencia con el ejercicio profesional propio del Acompañante Terapéutico que no se da desde cualquier otra disciplina. Es decir, la experiencia y formación en acompañamiento terapéutico habilita a comprender las experiencias que se viven en el cotidiano poniendo el cuerpo, como sólo un AT lo hace y a esto sumarle intervenciones propias de la disciplina. Además, a mi parecer, es necesario formarse específicamente en el rol de supervisor/a.

Supervisión, según Kuras de Mauer y Resnizky (2021) nos habla de

Un espacio de revisión de los puntos ciegos del profesional, de sus resistencias inconscientes, de su ética, es un lugar de cotejo y reformulación de las teorías en relación con la clínica ... La supervisión no se genera a partir de las certezas, sino a partir de aquello que vuelve e insiste (p. 195)

Si consideramos la supervisión desde la covisión nos ponemos frente a la posibilidad de crear un espacio para trabajar de modo conjunto y desde los diferentes puntos de vista, opiniones y conocimientos que poseemos, dándole un lugar exclusivo y primordial al conocimiento que construyamos en estos espacios.

La propuesta de Loyden (2021) es una supervisión colaborativa, covisión o multivisión.

5. Supervisión desde la covisión

Según Loyden (2019) supervisar desde la covisión nos permite acceder a la multiplicidad de miradas y aportes constructivos lo que se traduce directamente en beneficios en relación al intercambio, la diversidad de recursos, estrategias y como un plus a la salud de quienes acompañan, se crea la posibilidad de vaciar y descomprimir el contenido emocional que nos atraviesa.

La supervisión (Loyden 2021), desde la covisión, se entiende como un espacio de multivisión dónde, partiendo de la grupalidad, se trabaja en base a las opiniones, miradas, reflexiones, sugerencias y críticas constructivas, de modo horizontal, brindando un sostén y actualización del ejercicio profesional.

Esta metodología de supervisión nos permite compartir y explorar conjuntamente con todos los integrantes del grupo de supervisión, generando intercambios a favor del crecimiento mutuo y, además, "Es fundamental para el abordaje del desarrollo técnico y estratégico para producir el perfeccionamiento profesional". (Loyden, 2019, p. 74).

La supervisión parte de una base vincular de igualdad, donde cada quien posee diferentes roles. Es decir que quien coordina el espacio no tiene el conocimiento sino más bien es quien permite y facilita el encuentro de diversas versiones construyéndose así un aprendizaje multidireccional (Loyden, 2019, p. 74)

Loyden (2019) también plantea que de la supervisión pueden surgir objetivos terapéuticos para abordar la situación del usuario y resalta que estos deben ser pensados en equipo interdisciplinario y deben incluir al usuario en la planificación de los mismos.

Para Loyden (2019) la función del supervisor debe ser llevada a cabo por un profesional que posea experiencia en el área, formación, recursos y herramientas que le permitan intervenir. También creo yo, al igual que el autor que es necesario que quienes accedan al espacio del dispositivo de supervisión desde la covisión consientan su participación y estén predispuestos a hablar de su historia de vida, formas de vincularse, sobre su vida actual, es decir una apertura voluntaria. Para ello es necesario que el Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, desde el área de RRHH. pueda reunir a sus empleados y explicar de qué se trata esta modalidad novedosa de trabajo, ya que de lo contrario será vivenciado como una imposición, algo innecesario, una pérdida de tiempo, tiempo no pago/reconocido en sus haberes, por nombrar algunas apreciaciones.

Loyden (2021) plantea que la supervisión desde la covisión se diferencia de otros modelos de supervisión en que no presenta a alguien posicionado en el rol de supervisor clásico, es decir una persona que posee el saber jerárquicamente por encima de quien no lo posee. En cambio, la supervisión covisionada (Loyden, 2021. p. 123) es colaborativa, lateral, horizontal. Tiende a salirse del posicionamiento rígido, polar, jerárquico, de una supervisión propiamente dicha sin dejarla del todo de lado, para dar énfasis, y dirigirse hacia una horizontalidad, de esta manera el supervisor formará parte como uno más. Esto salvo que, en situaciones excepcionales y según el desarrollo evolutivo del supervisado o del grupo, sea él/ella quien, a modo de facilitador, para brindar esa estructura de fuera hacia adentro y de forma temporal. ¿Para qué? Para invitar, señalar, reorientar a/los supervisados hacia los objetivos propuestos por el espacio, operativizándolos (Loyden, 2021. p. 123)

El espacio de covisión, es para Loyden (2021) un lugar para compartir, para interrogarnos y reflexionar, “donde revisamos la cotidianidad, de nuestro ejercicio profesional, en aspectos técnicos y emocionales, permitiendo un

aprendizaje e integración tanto personal como profesional” (Loyden, 2021. p. 123).

Por último, aclara Loyden (2021) que naturalmente se harán presentes, en los espacios de covisión, los roles de liderazgo.

Es muy importante comprender que el poder y las relaciones de poder no necesariamente son algo negativo, sino que forman parte de nuestra cotidianeidad, nos construyen como sociedad, y según su uso o rigidez, el poder va a generar situaciones que nos den estructura, rumbo, guía o, por el contrario, puede ser dañino, incluso maquiavélico.

Esto da lugar a que, por momentos, de manera espontánea y natural, con intención autorreguladora, cada miembro del sistema puede tomar diferentes roles, de los cuales algunos pueden ser en favor de que el grupo se mantenga en una línea operativa o no (Loyden, 2021, p. 124).

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, afirmo que una función pertinente a la figura del Acompañante Terapéutico, dentro del hospital Dr. Horacio Heller, es el poder crear y coordinar un espacio de supervisión a dispositivos de Cuidadores Domiciliarios ya que la formación y la experiencia en el ámbito propio de los acompañamientos terapéuticos nos convierte en profesionales que entienden el modo particular de vincularse en la cotidianidad de las personas usuarias. Por otro lado, somos quienes participamos del proceso que vive el usuario cuando ingresa a internación, acompañamos ese lapso de tiempo y participamos, junto a los demás integrantes del equipo interdisciplinario, de las estrategias y objetivos de externación.

El modelo metodológico propuesto por Loyden me parece específicamente propicio para abordar de manera grupal las situaciones que acompañan los Cuidadores Domiciliarios ya que estos dispositivos se caracterizan en su mayoría por contar con cobertura las 24 horas, los 7 días de la semana. A veces desempeña sus funciones un Cuidador por turno (mañana, tarde y noche), que realiza turnos de 3 días laborales por dos de franco, otras veces son duplas de Cuidadores Domiciliarios, dependiendo de la complejidad de la situación y la necesidad del usuario.

Esto nos da como resultado, dispositivos con un mínimo de seis cuidadores.

Por otro lado, existen dispositivos, que por sus características de menor complejidad (en relación a sus necesidades, contexto, red vincular, etc. del usuario),

requieren de una menor cantidad de CD. En estos casos, es evidente que el factor de cantidad de recurso humano impacta notablemente en la facilidad de establecer encuadres de trabajo y respetar los mismos.

Es importante, en este punto definir qué es un dispositivo.

5.1 Dispositivo y trabajo en equipo

Kuras de Mauer y Resnizky (2011) dicen que, el término dispositivo refiere a una disposición de una serie de prácticas y mecanismos para afrontar situaciones, que en su constitución incluye discursos, prácticas, saberes, posiciones filosóficas, éticas, morales. Es una red constituida por profesionales. Es decir que, un dispositivo es más que un grupo de personas trabajando en pos de objetivos. Es la conformación de una red que los atraviesa, interrelacionan, trasciende e involucra hasta en sus aspectos personales, subjetivos, además de los profesionales, éticos y legales.

Una noción fundamental a la que debemos aludir es a la de Trabajo en equipo ya que hace engrane con la noción de dispositivo. Trabajar desde la noción de dispositivo, implica una articulación entre cada uno de los elementos que lo conforman, teniendo en cuenta el paradigma desde el cual se piensan las situaciones en Salud Mental, así como este se vuelca en la práctica.

Según González (2020), el equipo se conforma cuando aparece una situación que interpela a diferentes actores y que, de algún modo, los convoca a un trabajo en común.

El equipo estará conformado por diversos profesionales, los cuales desempeñan diferentes funciones, y conforman una red destinada a planificar estrategias (Kuras y Resnizky, 2003, como se citó en González, 2020).

Según Dragotto (2017) la inserción del Acompañante Terapéutico en instituciones se dará de acuerdo a estrategias de equipo. Esta inserción tendrá como fin, por un lado, acompañar a un usuario a partir de objetivos específicos del equipo interdisciplinario, sosteniéndose estrategias desde la particularidad del caso. Creo que la inserción de los CD también debe ser una cuestión abordada en equipo, para poder brindar al sector de Recursos Humanos del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo perfiles de CD que se complementen a las necesidades del usuario que requiere de este acompañamiento.

De este modo, el poder conformar un dispositivo de supervisión implicará a sus actores en el funcionamiento del mismo para poder dar respuesta a las diversas situaciones que pudieran surgir a lo largo de los acompañamientos a los usuarios. Tal y como afirma González (2020) el equipo implica más que la cantidad de profesionales intervinientes, implica que podamos pensar con otros, evaluar las situaciones en comunicación fluida con otros, co-crear con otros y allí dar lugar a la voz de los usuarios en los procesos que les implican.

6. Aplicación de esta propuesta en Hospital Dr. Horacio Heller

El Hospital Dr. Horacio Heller (HHH) según definición propia está en condiciones de resolver la demanda de mediana y baja complejidad de su área de influencia (Hospital Dr. Horacio Heller [HHH], 2023).

Su visión, como institución, es trabajar por un hospital que tenga incorporadas las necesidades de cuidado de salud de la comunidad en la que está inserto, ofrecer prestaciones y servicios con criterios de calidad y accesible a sus usuarios, y que sus productos sean el resultado del trabajo del equipo de salud que incluya el aporte de todo el recurso humano.

Su misión es dar asistencia personalizada e integral a la población de su área de influencia y ser al mismo tiempo un centro formador en ciencias de la salud en el ámbito asistencia, como así también, en la actualidad, formador de la especialidad en psiquiatría y RISAM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, de Psicología y Trabajo Social) desde hace más de 3 años.

Sus valores son: accesibilidad, eficacia, eficiencia, privilegiando el confort y el cuidado del medio ambiente con espíritu innovador y aplicación de mejoras continuas en su funcionamiento siendo su zona de influencia principal el oeste de la ciudad de Neuquén de gran crecimiento poblacional- habitacional estos últimos 20 años (Hospital Dr. Horacio Heller [HHH], 2023).

Teniendo en cuenta la visión, misión y los valores del HHH. es que se realiza la planificación de la puesta en marcha o aplicación de esta propuesta, considerándola un beneficio tanto para usuarios del Servicio de Salud Mental como para la institución. Esto último basándome en la economía y la optimización de los recursos humanos, económicos e institucionales.

Objetivo: El objetivo principal de esta propuesta es brindar herramientas a Cuidadores Domiciliarios dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo, para reforzar y potenciar los procesos terapéuticos, que se llevan adelante mediante intervenciones, con usuarios del servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Horacio Heller de la Provincia del Neuquén.

Metodología: El modo de implementar esta propuesta es mediante la creación de un Dispositivo de Supervisión desde la covisión coordinado por dos Acompañantes Terapéuticas del Servicio de Salud Mental del HHH.

En primer lugar, se dará inicio de la reunión con una actividad de presentación (cuando no nos conozcamos o haya integrantes nuevos).

Luego se abordarán temas relacionados a la situación que se acompañe. Estos temas podrán ser traídos por los integrantes del dispositivo de CD, así como por las AT.

Es importante que en estas instancias se vaya trabajando la autogestión personal transmitido a lo grupal. Según Loyden (2021) esto sería poder tener presente el para qué nos reunimos y hacia dónde se quiere apuntar con los encuentros.

Siguiendo la perspectiva de la covisión se pretende generar una dinámica conversacional horizontal. Dice Loyden (2021) “en aquellos espacios dónde se interactúa así, se ve la diferencia; son espacios en los que es más ameno y cercano el encuentro ... sin desmerecer la finalidad profesional”. (Loyden 2021, p. 22)

Días: Teniendo en cuenta las actividades que llevan a cabo las Acompañantes Terapéuticas en torno a la Sala de Internación y actividades grupales se prevé llevar a cabo este dispositivo los días miércoles. Las profesionales AT deben coordinar la fecha con los dispositivos de Cuidadores Domiciliarios, dentro de los límites posibles. Se planea una reunión aproximadamente cada 15 días, dependiendo esto de la necesidad de los Cuidadores Domiciliarios, de las situaciones que pueda estar atravesando el usuario y que ameriten del espacio, así como del equipo de Salud Mental.

Horarios: 11 a 13hs

Lugar en dónde se va a realizar: Espacio institucional del Hospital Dr. Horacio Heller.

Gestión del espacio: El hospital cuenta con una plataforma de gestión de espacios institucionales en donde se pueden reservar, mediante previa completud de formulario, el espacio que sea más acorde a la cantidad de personas que se van a reunir, estando la misma sujeta a disponibilidad variable.

Notificaciones: Se notificará por nota, vía formal (mail institucional), al sector de RRHH y Dirección de RRHH. del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo para que ellos puedan notificar a sus empleados sobre la reunión.

Respecto a esto cabe mencionar que se trabajará articuladamente con la Dirección de recursos humanos del Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo para que dentro de los diagramas/cronogramas laborales que generen para sus empleados puedan estar contempladas las horas destinadas a participar del Dispositivo de Supervisión desde la covisión. Esta propuesta va de la mano de la necesidad de fomentar que los empleados del MDSyT, no perciban el asistir a estas reuniones como un tiempo no reconocido desde la remuneración del mismo. Además, se solicitará al MDSyT que en sus notificaciones a sus empleados enfatice el carácter de obligatoriedad en cuanto a la participación del espacio.

Realización de minuta: La realización de este documento tiene por objetivo registrar los puntos trabajados en la supervisión, los acuerdos a los que se arriban en cuanto a encuadre y organización de los dispositivos de CD, así como informar sobre asistencia o inasistencia al espacio.

7. Consideraciones finales.

Concluyendo con esta propuesta, quisiera volver sobre la importancia de poder implementar un Dispositivo de Supervisión que sea coordinado por los profesionales Acompañantes Terapéuticos.

En primer lugar, mediante acuerdo intersectorial entre los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social y Trabajo se afirma que es función de los Acompañantes Terapéuticos el ofrecer asesoramiento a los Cuidadores Domiciliarios u operadores sociales de acuerdo a su formación técnica. Esto abre las posibilidades de ampliar las funciones de los ATs. dentro del sistema público de Salud, sumando al reconocimiento y profesionalización, también colabora con los objetivos de la provincia del Neuquén en cuanto a brindar una APS que contemple la salud integral de los usuarios, se ajuste a los lineamientos legales actuales en materia de derechos. Por otro lado, esto decanta

en mejoras en las prácticas interdisciplinarias, una real construcción de estrategias de intervención y objetivos terapéuticos.

La incorporación del A.T. a la dinámica del hospital y a las estrategias de tratamiento, garantiza una atención personalizada a cada paciente; además estas intervenciones intra y/o extra hospitalarias, garantizando la continuidad de la atención y el seguimiento; visibilizan las relaciones de poder en juego entre el paciente, sus cuidadores y el equipo tratante, mostrando un entramado complejo de discursos, prácticas y saberes que debe ser pensado en los espacios de supervisión. (Bustos G. 2020 p. 9a)

La supervisión permite revisar y ajustar estrategias de intervención, abordar el contenido afectivo y técnico de quién trabaja y busca trabajar sobre el autocuidado de quien acompaña.

La supervisión covisionada, al ser un espacio de encuentro horizontal, nos va a permitir acceder a la multiplicidad de miradas y aportes constructivos de los Cuidadores Domiciliarios. En este intercambio se construyen recursos, estrategias y se trabaja en relación a la salud de quienes acompañan. La escucha y trabajo entre ATs y CDs posibilita vaciar y descomprimir el contenido emocional que nos atraviesa con lo cual se convierte en un espacio sanador y catalizador de los malestares.

El Acompañante Terapéutico, en la dinámica de los hospitales generales,

Permite también detectar e identificar las redes de apoyo psicosocial o restablecerlas si han dejado de funcionar, evitar la institucionalización y la cronificación del paciente, favorecer la detección temprana de síntomas ante una posible recaída, disminuyendo los riesgos y ayuda a sostener los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (Bustos G. 2020 p. 9b)

Como ATs. trabajando en Dispositivo de Supervisión desde la covisión colaboraremos con la circulación de la información entre equipo tratante

interdisciplinario y dispositivo de Acompañamiento Domiciliario, ocupando un lugar privilegiado desde el cual coordinar, gestionar y facilitar el acceso a las novedades y necesidades que surgieran en el Equipo de Trabajo que conformaremos los actores involucrados.

La inclusión del A. T. en el sistema público de salud es una herramienta fundamental para garantizar y sostener los tratamientos en el campo de la salud mental; ofrecemos un dispositivo móvil, flexible, que permite ampliar la cobertura: en el domicilio, en la calle, en otras instituciones de la comunidad. Esto nos obliga a repensar las estrategias de intervención y a fundamentar la tarea realizada; desarrollar y validar métodos, técnicas e instrumentos de exploración e intervención en Acompañamiento Terapéutico tarea de las nuevas generaciones (Bustos G. 2020 pp. 9-10)

Por último, tal como plantea Bustos (2020) la posibilidad que tenemos los ATs. de flexibilidad y movilidad en cuanto a conocer las diferentes situaciones que necesitan de intervenciones en el campo de la Salud Mental, el poder pasar más tiempo con usuarios en internación, conocer a los Acompañantes Domiciliarios, escucharlos, servir de soporte, participar del plan de acción interdisciplinar, entre otras funciones, hace a la construcción de la figura de AT trabajando en Hospitales Generales.

Por otro lado, el objetivo de esta propuesta trasciende los límites institucionales propios del Hospital Dr. Horacio Heller, ya que puede servir de base para nuevos proyectos en torno a la Supervisión por parte de los Acompañantes Terapéuticos que desempeñan funciones en hospitales generales de la Provincia del Neuquén, con lo cual se podría hacer extensiva esta metodología de abordaje a los diversos dispositivos que hoy por hoy se encuentran con dificultades, las que en última instancia repercuten en la salud de todos los involucrados. Así los beneficios que se han expuesto en estas páginas podrían alcanzarles para reforzar y potenciar los procesos terapéuticos.

8. Bibliografía

Declaración de ALMA-ATA <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Dragotto, P. & Frank, M. L. y Cols. (2017). *Acompañantes: Concepciones y experiencias en A.T.* 1a ed. Brujas.

Florencia Salto 2021/12/01 "Tras el reclamo, se crearon 90 cargos destinados a la Salud Mental en Neuquén" <https://www.rionegro.com.ar/tras-el-reclamo-se-crearon-90-cargos-destinados-a-la-salud-mental-en-neuquen-2059709/>

Franquelli, C., Bizai, J. y Franquelli, L. (2014). *Sectores populares y espacio urbano en Neuquén: la producción de prejuicios desde el Modelo de Salud frente a la diversidad de prácticas sociales.* XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario. Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/847>

Frizzo, Katia Regina. (2008). *La Investigación Acción Participante.* Cap. 7, en Saforcada, Enrique y Castella-Sarriera, Jorge. *Enfoques Conceptuales y Técnicos en Psicología Comunitaria.* Paidós.

González K. L., (2020). *Relevancia del trabajo en equipo en el Acompañamiento Terapéutico.* UNC.

Hospital Horacio Heller. En <https://hhheller.org/#organizacion>

Kuras de Mauer, S. & Resnizky S. (2011). *El Acompañamiento Terapéutico como Dispositivo.* Letra Viva.

Kuras de Mauer, S. & Resnizky S. (2020). *Acompañantes Terapéuticos: Actualización Teórico-Clínica.* 7ma. ed. Letra viva

Ley Provincial 3147 del ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico. En <https://www.legislaturaneuquen.gob.ar/SVRFILES/hln/documentos/VerTaqui/XLVII/ApendiceReunion22/Ley3147.pdf>

Ley Nacional de Salud Mental 26.657. En

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

Ley Provincial 3182 de adherencia a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Legislatura de la Provincia del Neuquén. En

<https://www.legislaturaneuquen.gob.ar/SVRFILES/hln/documentos/VerTaqui/XLVII/ApendiceReunion27/ley3182.pdf#:~:text=LEY%203182%20La%20Legislatura%20de%20la%20Provincia%20del,de%20Salud%20o%20el%20organismo%20que%20lo%20reemplace.>

Loyden L. (2019) *Acompañamiento terapéutico. Actualidad, notas y reflexiones* (ed. 1ª). Tinta libre.

Loyden L. (2021) *¿AT como supervisor? Supervisión Colaborativa y Covisión.*

Reflexión sobre el ejercicio profesional entre colegas (ed. 1ª). Tinta libre.

Ministerio de Salud de Neuquén 2021/12/11 “Más de 400 trabajadores y trabajadoras de Salud pasaron a planta permanente” <https://www.saludneuquen.gob.ar/mas-de-400-trabajadores-y-trabajadoras-de-salud-pasaron-a-planta-permanente/>

Ministerio de Salud del Neuquén. (s.f.) Organización Sectorial del Sistema Público de Salud de la Provincia del Neuquén.

<https://www.saludneuquen.gob.ar/organizacion-sectorial/>

Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, Ministerio de Desarrollo Social y Trabajo (2021), *Protocolo intersectorial de intervención en salud mental y adicciones*. En

[https://drive.google.com/file/d/1rnylxwwKnEs8HF3UxNM2NKpYxJS3AHhM/view?usp=share link](https://drive.google.com/file/d/1rnylxwwKnEs8HF3UxNM2NKpYxJS3AHhM/view?usp=share_link)

Organización Mundial de la Salud. En <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización Panamericana de la Salud. En

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14759:health-is-a-right-of-the-people-and-a-responsibility-of-government-says-paho-director&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Quiroga, M., & Hernández Hilario, V. (2022). co-visión como espacio para acompañar la formación de orientadores. *Orientación y sociedad*, 22(1), e047.

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/139263>