



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**Universidad de la República**  
**Facultad de Psicología**

**ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE  
PSICÓLOGOS TRABAJANDO CON NIÑOS Y  
ADOLESCENTES EN INSTITUTOS EN CONVENIO CON  
BPS (AYEX) EN MONTEVIDEO**

**Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica**

**Autor: Lic. Rafael Bonilla Grebe**

**Directora de Tesis: Prof. Adj. Margarita Fraga**

**Directora Académica: Prof. Tit. Silvana Contino**

Montevideo, Noviembre de 2025

## **Resumen**

La presente investigación se enmarca en la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología (UdelaR). Surge de la visualización de un ámbito de trabajo poco explorado donde psicólogos y psicólogas encuentran un importante campo de inserción: las clínicas asociadas al Banco de Previsión Social que atienden niños y adolescentes beneficiarios de las Ayudas Extraordinarias (AYEX).

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, de carácter cualitativo, sobre cómo los profesionales de la psicología trabajando en estos institutos, conciben sus prácticas y de qué forma estas se ven atravesadas por disposiciones institucionales de los propios centros, del BPS y de las AYEX. Importan como son sus prácticas profesionales en estos dispositivos de atención, qué repercusiones técnicas y personales conllevan las tensiones antes descritas, y de qué manera se juegan en la atención de los usuarios beneficiarios de la mencionada prestación.

Metodológicamente se plantea un estudio de tipo interpretativo, con una metodología cualitativa que permita estudiar, desde la perspectiva de los propios actores, cómo significan, vivencian y constituyen sus prácticas en las mencionadas instituciones. Para ello se realizaron 16 entrevistas en profundidad a psicólogos y psicólogas trabajando, o que hayan trabajado por un periodo de al menos 6 meses, con niños y adolescentes desde las AYEX, en centros interdisciplinarios de la ciudad de Montevideo.

En cuanto a los resultados se destacan, entre otros, la valoración de los institutos como un medio de inserción para la práctica clínica de los psicólogos de incipiente trayectoria, la valoración de rigidez en políticas y normativas institucionales que repercuten en la práctica, dificultades para el trabajo interdisciplinar, la predominancia de trabajo con poblaciones en situación de vulnerabilidad social, y la percepción de carencias formativas en lo que hace a la formación de grado para la clínica. También destaca la valoración de condiciones de precarización laboral, caracterizadas por magros salarios y altas exigencias y demandas de atención.

Con este trabajo se espera producir conocimiento situado sobre las prácticas de psicólogos trabajando con niños y adolescentes desde las AYEX (BPS). No se aspira a llegar a conclusiones universales, esencialistas, ni representativas estadísticamente.

**Palabras Clave:** Prácticas, Psicología, Centros Interdisciplinarios, BPS, AYEX

## **Abstract**

This research is situated within the Master's program in Clinical Psychology at the Faculty of Psychology (UdelaR). It arises from the identification of a relatively unexplored professional field in which psychologists find a significant area of practice: clinics affiliated with the Banco de Previsión Social (BPS) that serve children and adolescents benefiting from Extraordinary Assistance (AYEX).

The study is exploratory and descriptive, with a qualitative approach, focusing on how psychology professionals working in these institutions conceptualize their practices and how these are influenced by the institutional regulations of the centers themselves, the BPS, and the AYEX program. Of interest are the characteristics of their professional practices within these care settings, the technical and personal implications of the aforementioned tensions, and how these dynamics manifest in the care of users benefiting from the program.

Methodologically, an interpretative study is proposed, employing a qualitative methodology that allows the investigation of how practitioners themselves understand, experience, and constitute their practices within these institutions. To this end, sixteen in-depth interviews were conducted with psychologists who are currently working, or have worked for at least six months, with children and adolescents through the AYEX program in interdisciplinary centers in the city of Montevideo.

Regarding the results, among other findings, the study highlights the perception of these institutes as a means of entry into clinical practice for early-career psychologists; the recognition of rigidity in institutional policies and regulations affecting practice; challenges in interdisciplinary work; the predominance of work with populations in socially vulnerable situations; and the perception of gaps in undergraduate training relevant to clinical work. Additionally, the study emphasizes the assessment of precarious working conditions, characterized by low salaries and high demands and expectations of care.

This research aims to produce situated knowledge about the practices of psychologists working with children and adolescents through the AYEX program (BPS). It does not seek to reach universal, essentialist, or statistically representative conclusions

**Keywords:** Practices, Psychology, Interdisciplinary Centers, BPS,

## **Agradecimientos**

A los participantes de esta investigación, por su predisposición y confianza.

A mis tutoras, Margarita Fraga y Silvana Contino, por su apoyo, sostén, paciencia y acompañamiento en el proceso que se plasma en este trabajo.

A mis compañeros del programa “Problemáticas Clínicas de Infancias y Adolescencias”, al Instituto de Psicología Clínica, y especialmente a Michel Dibarboure por su calidez y su estímulo para que esta tesis sea posible.

A mis compañeros del NIEVE, quienes fueron fundamentales en mi formación como investigador en mis primeros años, y sobre todo a Maria Carbajal quien me abrió las puertas de la facultad.

A mis amigos, por apoyarme y sostener mis ausencias en los últimos meses de escritura.

A Elina Carril por su lectura comprometida, genuina, su calidez y generosidad.

A Abel Fernández.

A mi familia.

A Rossina Yuliani por recorrer este camino juntos, y por el amor.

## Índice

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Abstract</b>	<b>2</b>
<b>Agradecimientos</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción y Fundamentación</b>	<b>7</b>
<b>2. Planteamiento del problema</b>	<b>10</b>
<b>3. Objetivos</b>	<b>11</b>
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos	11
<b>4. Preguntas de investigación</b>	<b>11</b>
4.1 Pregunta general	11
4.2 Preguntas derivadas	12
<b>5. Antecedentes</b>	<b>12</b>
2.1 Antecedentes acerca de las prácticas terapéuticas enmarcadas en las AYEX	12
2.2 Antecedentes nacionales que abordan las prácticas de psicólogos en instituciones de salud	13
2.3 Antecedentes internacionales	17
<b>6. Marco Teórico</b>	<b>18</b>
6.1 Psicología de la Salud	19
6.1.2 Interdisciplina	21
6.2. Clínica con niños y adolescentes	22
6.2.1 Conceptualización sobre infancia y adolescencia	23
6.2.2 Diagnóstico y psicopatologización	24
6.2.3 Familia e instituciones en el contexto actual	26
6.3. Dimensiones técnicas para el análisis	27
6.3.1 Encuadre	27
6.3.2 Intervención	29
6.3.3 Escucha	30
6.4. Psicología Social e institucional	30
6.4.1 Sobre las instituciones	32
<b>7. Metodología</b>	<b>33</b>
7.1 Diseño metodológico	33
7.2 Elección Muestral	35
7.2.1 Participantes	35
7.2.2 Criterios de Inclusión	35
7.2.3 Criterios de exclusión	35
7.2.4 Técnica de Recolección de Datos	36
7.2.5 Convocatoria	36
7.3 Aspectos Éticos	37
7.4 Procedimiento general para el Análisis de datos	38
7.5 Análisis de mi Implicación	39
<b>8. Análisis de datos y Resultados</b>	<b>42</b>
1. Trayectoria	42
1.1 Trayectoria_Inicio	43

1.2 Trayectoria_Ingreso	44
1.3 Trayectoria_Multiempleo	46
1.4 Trayectoria_Salida/Desistimiento	47
2. Disposiciones Institucionales	50
2.1 Disposiciones_Institucionales_BPS	51
2.1.1 Acerca de las políticas de inasistencias	52
2.1.2 Acerca del lugar de la psicología	54
2.1.3 Acerca de la normativa y la práctica	57
2.1.4 Acerca del BPS como órgano regulador	60
2.2 Disposiciones_Institucionales_Centros	62
2.2.1 Disposiciones de los centros en cuanto a la gestión del tiempo	65
2.2.2 Disposiciones de los centros en cuanto a las reposiciones	67
2.2.3 Disposiciones de los centros en cuanto a feriados y 5tas sesiones	69
2.2.4 Disposiciones de los centros en cuanto a la comunicación intrainstitucional, interinstitucional y familiar	70
2.2.5 Acerca del lugar de la psicología en los centros	74
2.2.6 Acerca de los centros como empresas con fines de lucro	75
2.2.7 Acerca de los centros como órganos de control sobre las prácticas profesionales	76
3. Condiciones de Trabajo	77
3.1 Contratos	78
3.2 Precarización	79
3.2.1 Precarización_Económica	79
3.2.2 Precarizacion_Tiempo	81
3.2.3 Precarización_Seguridad Social	82
3.2.4 Precarización_Unipersonal	84
4. Práctica Profesional	85
4.1 Práctica_Profesional_Herramientas	87
4.2 Práctica_Profesional_Enfoque_Intervención	90
4.3 Práctica_Profesional_Adecuaciones-teórico-técnicas	92
4.4 Práctica_Profesional_Valoración-Formación-Universitaria	94
4.5 Práctica_Profesional_Encuadre	95
4.5.1 PP_Encuadre_Tiempo	96
4.5.2 PP_Encuadre_Espacio-y-Materiales	97
4.5.3 Encuadre_Honorarios	100
4.5.4 Encuadre_Modificaciones	102
4.6 Práctica_Profesional_Interdisciplina	106
4.6.1 PP_Interdisciplina_Informal	108
4.6.2 PP_Interdisciplina_Formal	110
4.7 Práctica_Profesional_Diagnóstico	112
4.8 Práctica_Profesional_Supervisiones	115
4.9 Práctica_Profesional_AYEX-VS-ASSE	118
5. Problemáticas Clínicas	120
5.1 Problemáticas_Clínicas_Niños	121

5.1.2 Concepciones de Infancia	124
5.2 Problemáticas_Clínicas_Adolescentes	125
5.2.1 Concepciones de Adolescencia	127
6. Vivencias y Percepciones sobre la Práctica	128
6.1 Valoraciones Positivas	129
6.1.1 Vínculo terapéutico y evolución	129
6.1.2 Atención a poblaciones vulnerables	131
6.1.3 Estabilidad	133
6.2 Valoraciones Negativas	134
6.2.1 La frustración sobre los tratamientos	134
6.2.2 La insatisfacción en torno a las condiciones de trabajo	136
6.2.3 El malestar en el ámbito de los vínculos profesionales	137
7. Beneficios, Críticas y Propuestas de mejora	138
7.1 Beneficios	138
7.2 Críticas	140
7.3 Propuestas de Mejora	141
<b>9. Discusión</b>	<b>145</b>
9.1 La trayectoria y la formación	145
9.2 Marcos referenciales, herramientas y acciones	147
9.3 La práctica y el marco institucional	151
9.4 Sobre el trabajo con niños y adolescentes	154
<b>10. Consideraciones finales</b>	<b>159</b>
<b>11. Referencias Bibliográficas</b>	<b>162</b>
<b>12. Anexos</b>	<b>169</b>
12.1 Pauta de Entrevista	169
12.2 Consentimiento Informado	172
12.3 Hoja de Información	173

## **1. Introducción y Fundamentación**

La protección social juega un papel fundamental en el pleno goce de los derechos de las personas a lo largo de su curso de vida, y en particular en la etapa infantil y en la adolescencia (Cecchini, S., 2015). En Uruguay, las Ayudas Extraordinarias (en adelante AYEX) consisten en una prestación económica que brinda el Banco de Previsión Social (en adelante BPS) a niños, niñas y jóvenes con alteraciones en el desarrollo, dificultades de aprendizaje y/o discapacidad, con el objetivo de aportar al proceso de rehabilitación y favorecer la inserción educativa, social y cultural de esta población (BPS, 2022). Las contribuciones de las AYEX apuntan a subvencionar el costo de concurrencia a institutos, centros interdisciplinarios, escuelas de rehabilitación o reeducación, en los cuales estos niños y adolescentes reciben al menos dos tratamientos<sup>1</sup>. También las AYEX pueden utilizarse para transporte, para solventar el costo de locomoción de los usuarios o de sus acompañantes hacia y desde las instituciones (BPS, 2022).

Por el alcance que implican las Ayudas Extraordinarias del BPS, se desprende que se erige como una prestación social de marcada importancia a nivel nacional, desde la cual miles de niños y adolescentes reciben apoyos en distintas áreas- psicomotriz, fonoaudiológica, pedagógica, y psicológica, entre otras. El funcionamiento de esta prestación es posible gracias a la existencia de institutos o centros interdisciplinarios que, en convenio con BPS, y financiados mediante las Ayudas Extraordinarias, reciben niños y adolescentes con diversas demandas y de diversos contextos y ámbitos socioeconómicos y culturales. Son más de 300 los centros habilitados por BPS, compuestos por profesionales de diversas disciplinas que, en 56 ciudades de 19 departamentos de nuestro país, brindan atención a más de 15.000 pacientes al año (Red de Centros, 2023).

De acuerdo a un relevamiento llevado adelante por la Red de centros (2023), organización que nuclea los institutos antes mencionados, la mayoría de los tratamientos que se realizan en estos institutos son posibles por el sistema de acceso universal garantizado por la Seguridad Social, donde las AYEX representan el medio de financiamiento de tratamientos más significativo, por medio del cual se atiende a un 84 % del total de la población que concurre a estos centros.

De acuerdo a este relevamiento, casi la totalidad de los centros (98,4%) incluye atención psicológica, dando cuenta de un importante medio de inserción y fuente de trabajo para psicólogos y psicólogas en todo el territorio nacional, así también como de una significativa

---

<sup>1</sup> Las áreas contempladas son: Psicomotricidad, Fonoaudiología, Psicología, Psicopedagogía, Fisioterapia, Talleres, Terapia ocupacional, Maestros Especializados

demanda de atención a niños, niñas y adolescentes en el plano de la salud mental. De las 15000 personas a las cuales dan atención estos centros interdisciplinarios, 11940 asisten desde las AYEX y la gran mayoría recibe tratamiento psicológico, psicomotriz y/o fonoaudiológico (92 a 97%) (Red de Centros, 2023). Se desprende la existencia de un núcleo significativo de psicólogos y psicólogas que trabajan en estos centros con niños, niñas y adolescentes con diversas demandas, y en diferentes situaciones y contextos, representando un considerable campo de intervención de la psicología en nuestro país. Sólo en la ciudad de Montevideo se encuentran alrededor de 180 centros habilitados por BPS, en tanto en el interior hay 333 centros (BPS, 2022).

Según los datos aportados por la Red de Centros (2023), se observa que la mayoría de los beneficiarios de la prestación reciben servicios de rehabilitación, prevención y promoción en salud, congruentes con lo que se podría definir como el Primer Nivel de Atención en Salud. Sin embargo, esto no aparece especificado en el documento normativo vigente de las AYEX así como tampoco aparece en ningún punto relación alguna con el Sistema Nacional Integrado de Salud, ni el Plan Nacional de Salud Mental. No se especifica a qué nivel de atención responden las prácticas de los equipos técnicos trabajando desde esta prestación, ni se visualiza articulación interinstitucional entre el BPS, ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado), el MSP (Ministerio de Salud Pública), el MIDES (Ministerio de Desarrollo Social), INAU (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) o ANEP (Administración Nacional de Educación Pública). Tampoco pautas vinculadas a lo que se espera de las intervenciones de estos equipos en general, y de cada profesional de acuerdo a su disciplina en particular. En la normativa vigente de la prestación (BPS, 2022), se incluyen aspectos generales de la reglamentación- como población objetivo, objetivo general, y obligaciones elementales tanto de beneficiarios como de los prestadores de salud- sin definir competencias, ni marco regulatorio de las intervenciones y prácticas del equipo técnico en términos específicos, es decir, formación, grado de especialización y objetivos singulares de los diferentes abordajes.

Con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), aprobado en nuestro país en 2007, toman especial importancia el desarrollo de tareas de promoción, prevención, detección precoz, atención a problemas de salud, rehabilitación y cuidados paliativos, como estrategias de Atención Primaria en Salud (APS). En el campo de la salud mental, el proceso iniciado con el SNIS se fue profundizando de forma tal que en el año 2011 se aprueba un Plan de Prestaciones en Salud Mental con el Decreto 305/011 (MSP, 2011) Posteriormente, en 2017 se aprueba la Ley 19.529 de Salud Mental, y en el 2020 el Plan Nacional de Salud Mental del Uruguay (2020-2027) (MSP, 2020; Rydel, D, et al 2022) Se

reconoce la salud mental como dimensión fundamental para el pleno goce del derecho a la salud, al tiempo que adquieren mayor visibilidad las prácticas de los técnicos en salud mental, su importancia y las múltiples carencias en juego en diversos planos, institucionales, políticos, y sociales, entre otros.

Con el SNIS, se integran prestadores de salud públicos y privados. Sin embargo, no se incluyen los centros prestadores de salud que reciben beneficiarios de las AYEX. Este punto da cuenta, no sólo de carencias a nivel de comunicación y articulación interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y el BPS, sino también de la invisibilización de las tareas llevadas adelante por los centros interdisciplinarios abordados en el presente proyecto. Esto se corresponde, como se verá más adelante, con la escasa investigación en nuestro medio sobre las prácticas de personal técnico en salud- psicólogos, fonoaudiólogos, psicomotricistas, fisioterapeutas, etc- trabajando en instituciones en convenio con BPS brindando atención a beneficiarios de la ya mencionada prestación (AYEX).

Las AYEX, como programa dentro de la órbita del BPS y de la responsabilidad del mencionado organismo de “llevar a cabo acciones específicas tendientes a la promoción y desarrollo individual y social de sus beneficiarios, en especial el niño, la mujer y el joven”<sup>2</sup> tienen su origen en la Reglamentación del Servicio Materno-Infantil de la Dirección de Asignaciones Familiares (D.A.F.A.), fechada el 5 de diciembre de 1984. Dicha normativa contemplaba, entre otros aspectos, la prestación denominada “Asistencia Especial”, dirigida a hijos o menores a cargo con discapacidad de beneficiarios de asignaciones familiares que asistieran a escuelas especiales o institutos de rehabilitación. Posteriormente, con la Resolución N.º 2457/86, de fecha 22 de septiembre de 1986, se amplió el alcance de esta normativa a las personas beneficiarias de pensiones por invalidez otorgadas por el Banco de Previsión Social (BPS) (Santos, 2017).

El 11 de febrero de 2015, mediante la Resolución de Directorio N.º 3-33/2015 se aprobó el Reglamento sobre Ayudas Extraordinarias. En dicha resolución se establece un proyecto normativo elaborado por un equipo técnico designado a tales efectos, el cual llevó a cabo un proceso de recopilación, unificación, ordenamiento y revisión integral de toda la normativa vinculada a estas prestaciones. El mencionado equipo revisó las Ayudas Extraordinarias vigentes y analizó la evolución normativa desde 1986 hasta la fecha, con el objetivo de actualizar el marco regulatorio existente (Santos, 2017).

---

<sup>2</sup>Artículo 19 del BPS y la Ley N° 15.084

Las AYEX en la órbita del BPS funcionan desde 1986 en nuestro país (Ley 15800, art 4 lit 9)<sup>3</sup>. Al momento de la escritura del presente trabajo, pasaron 39 años desde el inicio de la implementación de las ayudas. Sin embargo, no se han encontrado investigaciones que aborden las prácticas de los profesionales psicólogos y psicólogas trabajando en los mencionados centros interdisciplinarios con usuarios beneficiarios de esta prestación. Tampoco investigaciones vinculadas a las prácticas de los otros técnicos intervinientes, fonoaudiólogos, psicomotricistas, fisioterapeutas, etc.

Teniendo en cuenta: 1. la importante cantidad de psicólogos trabajando en estas instituciones, y específicamente en la ciudad de Montevideo. 2. el significativo número de usuarios beneficiarios de la prestación (niños, niñas y adolescentes) a quienes se les brinda atención psicológica. 3. la reciente aprobación e instrumentación del Plan de Salud Mental en el marco del SNIS, y la consecuente importancia de desarrollar conocimiento situado que sirva de insumo para la elaboración de políticas públicas que atiendan a las necesidades de las infancias y adolescencias 4. La difusa normativa de las Ayudas Extraordinarias y los puntos ciegos en su relación con el SNIS, lo que explica en parte la invisibilización del trabajo que se realiza en el marco de esta prestación en los centros antes mencionados y 5. la ausencia de conocimiento en torno a las prácticas profesionales de los psicólogos en los mencionados centros interdisciplinarios, como actores fundamentales trabajando en la promoción, prevención, atención y seguimiento en salud, la presente investigación tiene como objetivo general: explorar y describir las prácticas que los psicólogos y psicólogas desarrollan con infancias y adolescencias en Institutos en convenio con BPS (AYEX) en la ciudad de Montevideo.

## **2. Planteamiento del problema**

El problema formulado en el presente proyecto tiene que ver con cómo se erigen las prácticas de los psicólogos y psicólogas trabajando con niños, niñas y adolescentes beneficiarios de las AYEX. Se pretende abordar las tensiones de las prácticas en su dimensión clínica, de salud y comunitaria, atendiendo a elementos técnicos, institucionales, sociales, personales y políticos en juego. También a las repercusiones que conllevan estas tensiones, y de qué manera se juegan en la atención de los usuarios beneficiarios de la mencionada prestación. Importa cómo los psicólogos trabajando en

---

<sup>3</sup> Corresponde al Banco de Previsión Social coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social. A tales fines, le compete especialmente: 9) Implementar programas y llevar a cabo acciones específicas tendientes a la promoción y desarrollo individual y social de sus beneficiarios en especial del niño, la mujer y el joven.

estos centros significan su quehacer profesional, el modo en que construyen su rol en las prácticas que llevan adelante y las repercusiones técnicas y clínicas, así personales y afectivas que conllevan sus prácticas. También de qué forma este rol y estas prácticas se ven atravesados por disposiciones institucionales de los propios centros, de las AYEX, y de su propia trayectoria profesional y formativa.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Explorar y describir las prácticas que desarrollan los profesionales psicólogos que trabajan con infancias y adolescencias en centros en convenio con BPS (AYEX), en la ciudad de Montevideo.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Describir las trayectorias de los psicólogos trabajando en clínicas en convenio con BPS y su relación con sus prácticas profesionales.
2. Describir los marcos referenciales, herramientas y acciones que las psicólogas ponen en juego en su trabajo en institutos en convenio con BPS (AYEX).
3. Indagar cómo conciben la infancia y la adolescencia las psicólogas trabajando con niños y adolescentes desde las AYEX (BPS) y las principales problemáticas clínicas.
4. Indagar en torno a fortalezas, tensiones, puntos de satisfacción e insatisfacción que los técnicos manifiesten de su trabajo en el marco de la prestación AYEX de BPS.
5. Identificar desafíos técnicos y propuestas de mejora en el marco de la implementación de la prestación AYEX (BPS).

### **4. Preguntas de investigación**

#### **4.1 Pregunta general**

¿Cómo son las prácticas de los psicólogos y psicólogas trabajando con niños y adolescentes en centros en convenio con BPS (AYEX)?

## **4.2 Preguntas derivadas**

1. ¿Cómo son las trayectorias profesionales de las psicólogas trabajando con niños y adolescentes en los institutos en convenio con BPS (AYEX)?
2. ¿Cuáles son los marcos de referencia que sostienen la tarea de los psicólogos trabajando desde las AYEX? ¿Qué herramientas y acciones instrumentan en su trabajo en los institutos en convenio con BPS (AYEX).
3. ¿Qué noción tienen los profesionales sobre la niñez y la adolescencia? ¿Cuáles son las principales problemáticas que identifican en su trabajo?
4. ¿Qué fortalezas y tensiones identifican en el marco de su trabajo desde las AYEX?
5. ¿Qué desafíos y propuestas de mejora identifican en el marco de la implementación de la prestación?

## **5. Antecedentes**

No se encontraron antecedentes específicos vinculados al objeto de estudio. Sin embargo, se tomaron como antecedentes investigaciones que tienen como objeto el desempeño de los psicólogos en el SNIS. Son diversas las investigaciones y producciones académicas en nuestro medio que abordan la problemática del trabajo de los psicólogos en los distintos niveles de atención en salud (Casas, 2023; Rydel et al, 2022; Pedernera Garcia, 2021; Fernández Castrillo, 2018; Perea, 2017; Escudero, 2015 ; Gimenez, 2014). Si bien estos estudios no abordan el análisis de las prácticas y el desempeño de los psicólogos en las AYEX, sirven de insumos para la presente investigación, en tanto tratan la problemática del trabajo de profesionales psicólogos en ámbitos clínicos institucionalizados.

### **2.1 Antecedentes acerca de las prácticas terapéuticas enmarcadas en las AYEX**

A nivel nacional, únicamente se encontró un documento de investigación que aborda las prestaciones económicas correspondientes a las AYEX. Tomando el periodo comprendido entre 2006 y 2015, es una investigación realizada en el 2017 por la Soc. Silvia Santos en el marco de una asesoría para el estado. Santos (2017) realizó un análisis estadístico de los distintos tipos de ayudas, así como algunas características de quienes se benefician de esta

prestación tales como sexo y edad. Entre los resultados más significativos expuestos en el documento destacan: 1. El período de análisis (2006-2015) comienza con 17.349 prestaciones otorgadas y finaliza con 24.718, lo que implica un incremento del 42%. 2. De las distintas modalidades de financiamiento, las prestaciones para Instituto representaron el 95 % del total. 3. Montevideo concentra el 48% del total de prestaciones por AYEX.

Actualmente solo una investigación está abordando la problemática de las diversas prácticas terapéuticas llevadas adelante desde las AYEX: “La promoción de la inclusión social a través de una prestación económica orientada a la infancia y adolescencia en situación de discapacidad. El caso de Ayex en Uruguay.” (Pedernera Garcia, 2021). La mencionada investigación se enmarca en la Maestría en Psicología en Derechos de la Infancia y Políticas públicas de Facultad de Psicología, y tiene como objetivo profundizar en el paradigma que sustenta este tipo de políticas, y compararlo con la percepción y satisfacción de los equipos técnicos. Al día de hoy, es la única investigación en nuestro medio que aborda las características del trabajo clínico desde las Ayex. Sin embargo, en el momento de la escritura del presente trabajo aún no se han realizado publicaciones relacionadas a dicha investigación.

A partir de lo expuesto anteriormente, queda en evidencia que la dimensión clínica del trabajo con infancias y adolescencias en el marco de los institutos en convenio con BPS (AYEX) representa un campo inexplorado en nuestro medio que demanda ser abordado.

## **2.2 Antecedentes nacionales que abordan las prácticas de psicólogos en instituciones de salud**

A continuación, se describirán una serie de investigaciones y materiales procedentes de distintas fuentes, que se relacionan con la temática abordada desde diferentes perspectivas. Se toma como criterio para la exposición de los antecedentes un orden cronológico partiendo desde la actualidad, y comprendiendo el periodo 2014-2025.

Se considera como antecedente relevante la investigación en curso titulada “Prácticas psicológicas y culturas terapéuticas en Uruguay. Un análisis de sus alcances, características y aplicaciones”, llevada adelante por el grupo de investigación “Estudios de la Gubernamentalidad, Ciencia, Tecnología y Subjetividad” coordinado por el Prof. Tit. Jorge Chavez. La mencionada investigación tiene como objetivo adentrarse en las diversas prácticas psicológicas y su relación con los modos de subjetivación contemporáneos. Se

valoran puntos de encuentro con el presente estudio en dos dimensiones: una, vinculada a la exploración de las prácticas de psicólogos y psicólogas, y otra, relacionada al plano político en juego que atraviesa las mencionadas prácticas.

Si bien no se encontraron aún resultados publicados, en tanto es una investigación en curso, sí se halló un póster presentado en 2024 en el XII Congreso Ibero-Americano de Psicología titulado “Transformaciones de la clínica en Uruguay: hibridaciones y nuevas composiciones de lo terapéutico” (Jorge Chávez et al, 2024). De los resultados preliminares presentados en el póster, se destaca la priorización de técnicas valoradas como “eficaces” por parte de los psicólogos, que responden a diversas procedencias sin alinearse a un modelo clínico específico. También se destacan las prácticas de psicoeducación.

En 2023 se publica la tesis titulada “Las prácticas psicológicas clínicas dentro de la salud pública: efectos de una relación compleja” (Casas, 2023). En ella, se indaga en torno a la inscripción de la psicología en el funcionamiento de la salud pública. El autor desarrolla una reflexión crítica acerca de las posibilidades de las prácticas psicológicas clínicas en estas instituciones, y las afectaciones de los psicólogos y psicólogas en el desarrollo de su trabajo. Resulta interesante el análisis realizado en el mencionado trabajo, en torno a los ejes nominados como “Resistencias Institucionales”, “Apuntalamientos Institucionales” y “Encargos Institucionales”.

El primero de ellos, “Resistencias Institucionales”, refiere a “acciones que a primera vista irían en contra de los principios que rigen su andar, y que en alguna medida les otorgan sentido de existencia” (Casas, 2023, p.32). El segundo, “Apuntalamientos Institucionales” refiere a aquellos aspectos que, al entender de los participantes de la investigación, “debían brindar las organizaciones respecto del cuidado tanto de los profesionales como de los usuarios, en pro de la posibilidad de generar las mejores condiciones posibles para llevar adelante las intervenciones y los tratamientos.” (p.36) Estos aspectos aparecen como ideas o reflexiones, en clave de algo que no sucede. Por último, “Encargos Institucionales”, refiere a “todo aquello que a nivel de las organizaciones va imprimiendo en la tarea de los psicólogos un conjunto de delimitaciones que indican por dónde ir, de qué manera y por dónde no transitar si se quiere mantener el calor del sostén institucional” (p.38)

Otro antecedente relevante para el presente trabajo es el artículo publicado en la revista “Psicología, conocimiento y sociedad” titulado “El Psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: desafíos para Uruguay” (Rydel et al, 2022). En el mencionado artículo se analiza el rol del psicólogo en el Primer Nivel de Atención, y cuál es su situación en Uruguay, a la vez que se realiza un recorrido internacional seleccionando algunos países en los que se

muestran diversos modos de incorporación de los psicólogos en este rol.

Del artículo (Rydel et al, 2022) se desprende que si bien existe un consenso generalizado respecto a la relevancia de la atención psicológica en la calidad de la asistencia sanitaria, su reconocimiento e incorporación en los sistemas de salud ha sido lenta. También se menciona que históricamente, las intervenciones psicológicas han sido subvaloradas en los procesos de planificación estratégica y en el desarrollo de servicios, lo que ha derivado en una utilización limitada, escasa financiación y un desarrollo insuficiente de la disciplina dentro del ámbito sanitario. Por su parte, se señala una limitada disponibilidad de protocolos orientados al trabajo intersectorial, e insuficientes herramientas para el trabajo en equipo interdisciplinario. También la ausencia de modelos que promuevan la participación comunitaria y el reconocimiento profesional de estas prácticas.

El proyecto I+D “Estudio del proceso de implementación de nuevas prestaciones en Salud Mental en el Uruguay progresista” (Fernández Castrillo, 2018), es un estudio exploratorio que aborda el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental. En él se relevó la perspectiva de técnicos y usuarios sobre la implementación del Plan a nivel nacional. Esta investigación es un antecedente relevante en tanto se indaga la perspectiva de profesionales trabajando tanto en el ámbito público como en el privado, a través de mutualistas. Entre los principales resultados se señala dificultad para el trabajo interdisciplinar, la reproducción de lógicas de atención aisladas en consultorios, pocas posibilidades de intercambio con la red de referencia y la comunidad, precarias condiciones de trabajo a nivel salarial y contractual, y el trabajo con situaciones de alta complejidad, inabordables desde el trabajo en consultorio.

Otro antecedente nacional de relevancia para el presente trabajo es la investigación llevada adelante por la Prof. Adj. Maria Julia Perea “Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el primer nivel de atención en salud” (2017), en el marco de su tesis de maestría en Salud Comunitaria. Dicha investigación aborda cómo significan su quehacer las psicólogas que se desempeñan en el primer nivel de atención en salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado, vinculados/as al Programa Practicantes y Residentes de Psicología. Esta investigación representa un antecedente significativo en tanto se visualizan dos puntos de encuentro. El primero, refiere al objetivo de explorar y describir de qué manera psicólogos y psicólogas significan sus prácticas, y el segundo refiere la metodología, cualitativa, y el alcance del estudio.

En cuanto a los principales resultados de este estudio (Perea, 2017) se destacan cuatro

puntos de relevancia: 1. Si bien la mayoría de las psicólogas expresaron conformidad respecto a la formación universitaria recibida, emerge una sensación de vacío formativo. Emerge que los marcos conceptuales de la formación académica disciplinar, no resultan suficientes para afrontar las exigencias del ejercicio profesional. 2. La presencia del modelo médico hegemónico es señalado como uno de los principales obstáculos para la práctica. 3. Las psicólogas emplean una amplia variedad de herramientas en su práctica, destacando la dimensión creativa y de adaptación ante la diversidad de situaciones que enfrentan. 4. El funcionamiento del trabajo en equipo es valorado como dependiente de la voluntad de cada profesional. A su vez, las competencias que cada disciplina tenga para trabajar en equipo dependerán de la formación académica, la capacitación y el apoyo institucional.

En 2015 se publica la tesis de maestría del Prof. Adj Emiliano Escudero, titulada “Papel emergente de la psicología en organizaciones sanitarias en Uruguay. Estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevideano a partir de las nuevas prestaciones en salud mental” en el que se abordan, desde la perspectiva de los actores involucrados, las prácticas psicológicas en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Montevideo a partir de la ejecución del Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental. Entre los nudos problemáticos identificados en este estudio, se destacan: prácticas de gestión que obturan un cambio de modelo de atención, servicios desbordados por una considerable demanda de atención en salud mental, y limitadas interacciones interdisciplinarias.

Por último, a nivel nacional, se encontró la investigación “Intervenciones Psicológicas en el Hospital de Clínicas” (Gimenez, L, 2014) llevada adelante en 2014 por el programa “Concepciones, determinantes y políticas en Salud” perteneciente al Instituto de Psicología de Salud de Facultad de Psicología. Esta investigación resulta de un insumo valioso para el desarrollo del presente proyecto, tanto por los objetivos planteados como por la metodología cualitativa aplicada. De los resultados cabe destacar el lugar de las relaciones personales en la inserción de los psicólogos en los servicios, la valoración de la formación de grado como una formación básica, la prevalencia de perspectivas psicoanalíticas sobre otras corrientes teórico técnicas, la integración en la práctica de perspectivas que a nivel teórico se plantean como diferentes, el lugar de la creatividad y adaptabilidad en la práctica, carencias en la infraestructura y el equipamiento, y la comunicación entre disciplinas como aportes diferentes, pero no confluentes. Se valoran intervenciones multidisciplinares, pero no interdisciplinares.

### **2.3 Antecedentes internacionales**

A nivel internacional, se recuperan investigaciones llevadas adelante en Argentina, Brasil y Chile:

“Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata” (Minoletti et al., 2018), es una investigación en la que se manifiesta la importancia del apoyo al desarrollo integral de la infancia, jerarquizando un modelo de atención familiar y comunitario que priorice alianzas entre salud y servicios sociales. Algunas de las dimensiones de análisis principales que este estudio señala son: la inequidad geográfica, referida a cómo el lugar de residencia determina el acceso y la calidad de la atención en salud. La insuficiente formación de pregrado en salud mental de los profesionales y técnicos de salud, y los tratamientos de escasa intensidad, de frecuencia baja y duración breve, o sin adecuado respaldo de evidencias.

Scharager y Loreto (2007) “El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile”, llevan adelante un estudio transversal y descriptivo, entre el 2003 y el 2004, en el que se encuestaron a 167 psicólogos trabajando en 29 servicios de salud de Chile. Entre los principales resultados, se destaca: 1. Si bien la mayoría de los encuestados manifestó satisfacción con su labor profesional y con el reconocimiento recibido (más del 93 %), aproximadamente la mitad expresó una percepción negativa respecto de las condiciones laborales y la estabilidad en el empleo. 2. Emerge una dedicación significativamente mayor de tiempo a consultas e intervenciones individuales, en detrimento de actividades orientadas a la prevención y promoción de la salud en contextos grupales y comunitarios. 3. En cuanto a los saberes específicos requeridos, se destacó la importancia de contar con herramientas para la gestión y la necesidad de diseñar un plan de estudios que contemple las especificidades de la atención primaria en salud (APS), así como el dominio de las categorías psicodiagnósticas y de los sistemas de clasificación.

Otro antecedente de pertinente para este trabajo es “A atuação do psicólogo na promoção da saúde” (Lopez et al, 2010). El artículo analiza los desafíos que enfrentan los psicólogos en el desarrollo de sus acciones, a partir de un estudio de caso desarrollado entre unidades de salud de una región de la ciudad de Vitória-ES. La investigación se desarrolló a través de entrevistas a psicólogos de las unidades y seguimiento sistemático de las acciones. Se observó que, aunque aún persisten acciones de carácter privatista individual, se percibe un esfuerzo por asumir una postura entre los profesionales caracterizada por el trabajo en red y con instituciones comunitarias.

“Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas” es una investigación llevada adelante por Juliane Fernandes Simões de Mattos Andrade y Cristiane Simon (2009). Resulta de interés, por el tema y la metodología de estudio, en tanto indagaron en las prácticas de las psicólogas a partir de la entrevista a cinco profesionales. Los resultados dieron cuenta que las profesionales carecían de formación específica en salud pública tanto en el nivel de grado como en el de posgrado. También, en la mayoría de los casos, sus prácticas se encontraban restringidas a intervenciones en el nivel secundario de atención, focalizadas en niños y adolescentes que presentaban problemáticas emocionales y conductuales. Las investigadoras valoran como imperativo incorporar contenidos vinculados a la salud pública en los programas de formación de grado y en instancias de educación permanente.

Rita Meurer Victor y Fernando Aguiar (2011) en “A Clínica Psicanalítica na Saúde Pública: Desafios e Possibilidades” acerca de las características del trabajo en dispositivos ambulatorios señalan: “la viabilidad de la clínica psicoanalítica en los ambulatorios brasileños es constantemente cuestionada y amenazada, pues son innumerables las divergencias entre las demandas institucionales y el trabajo analítico” (Meurer Victor y Aguiar, 2011, p.41).

Por último, se recupera la investigación “Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud” (Parra, 2017). En este estudio se llevó adelante una revisión de registros sanitarios existentes en Centros de Atención Primaria de la Salud y Hospitales de la Zona Sanitaria Metropolitana de Neuquén, así como la aplicación de encuestas y entrevistas. Entre los resultados destaca que las estrategias de intervención desarrolladas por los psicólogos son múltiples y diversas y que están centradas en la dimensión de atención en salud, relegando otras dimensiones como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los principales desafíos que se plantean se refieren a la articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria.

## **6. Marco Teórico**

El marco teórico de referencia se sustenta de nociones teórico-técnicas y epistemológicas de tres perspectivas: 1. Psicología de la Salud. 2. Clínica con niños y adolescentes 3. Psicología Social e institucional. A su vez, para el análisis se toman dimensiones técnicas como el encuadre, la intervención y la escucha clínica. Si bien son perspectivas que implican distintos campos y posicionamientos teóricos, pueden converger, ser articuladas y

trabajar en conjunto. Se toman como “caja de herramientas” desde donde poder abordar y problematizar las múltiples dimensiones en juego en el problema planteado: dimensiones técnicas, subjetivas, sociales, institucionales y políticas. Para ello, se rescata el paradigma de la complejidad (Morin, 2001), como crítica a la fragmentación del saber en disciplinas estancas que atomizan la "realidad" de los fenómenos, dando lugar al trabajo convergente de campos epistémicos disímiles.

En este sentido, Fernandez (2007) señala la importancia de abordar los problemas sin imponer sistemas cerrados y desarticular las teorías evitando que se conviertan en doctrinas rígidas, sosteniendo un pensamiento crítico y contextualizado e intentando sortear el forzamiento de esquemas teóricos. Esta posición implica abrir la posibilidad de nuevas formulaciones teóricas, reconociendo los aportes de cada disciplina pero relativizando la autoridad de sus verdades establecidas. En palabras de Fernandez (2007), implica “recuperar la potencia enunciativa de nociones teóricas que la certeza de sus sentidos comunes disciplinarios pudiera haber erosionado” (p.33-34).

Los insumos que conforman esta tesis tienen orígenes diversos, pero se articulan a partir de ciertos núcleos comunes que permiten su vinculación. Se reúnen aquí textos de distintas naturalezas en un diálogo que busca habilitar un ejercicio de pensamiento co-existencial (Heidegger, 2014); es decir, una forma de pensar que se constituye en un entramado, donde los textos se entrecruzan acompañando los recorridos construidos a lo largo del proceso de investigación.

El marco del presente trabajo se caracteriza por una posición ecléctica, dinámica y crítica, que excede cuerpos doctrinales estáticos y pretende enriquecerse de la confluencia de aportes de distintas perspectivas teóricas, en una práctica de reflexión y análisis ante la complejidad en la construcción de los datos, la realidad y la praxis.

## **6.1 Psicología de la Salud**

La Psicología de la Salud es definida por diversos autores en nuestro medio como una rama de la psicología que aborda tanto el estudio de los componentes subjetivos y comportamentales del proceso de salud-enfermedad, así también como la atención en salud (Perea, 2017; Morales, 1997). En el marco del presente proyecto, el paradigma de la Psicología de la Salud importa en dos planos: en el plano práctico, en tanto se abordarán actividades de atención realizadas por psicólogos en servicios de salud, como lo son los centros interdisciplinarios en convenio con BPS, y en el plano teórico, como un eslabón para el análisis de las prácticas de los profesionales interviniendo en los centros antes

mencionados.

A la psicología de la salud no sólo le interesa el estudio de los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, y los procesos de salud-enfermedad, sino también las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud (Morales, 1997). Desde esta perspectiva se recuperan los modelos de actividad y acción en lo que hace a la promoción, prevención, atención y adecuación de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Las intervenciones desde la psicología de la salud, rescatan la importancia del trabajo interdisciplinario y de trascender el ámbito de la clínica individual, para considerar lo familiar y lo socio-comunitario. El rol del psicólogo enmarcado en este paradigma, apunta a acciones de escucha, sostén, apoyo, resignificación, activación de recursos y despliegue de potencialidades de las personas con quienes se trabaja. Se prioriza el promover, prevenir, tratar y rehabilitar.

Implica un cambio de paradigma en salud: el foco pasa de estar situado en lo biológico, la enfermedad, el curar y el individuo, para redireccionar el énfasis sobre lo social, la salud y la comunidad. En este sentido, se rescata la perspectiva de la psicología crítica alternativa (Carrasco, 2006), así como las nociones desarrolladas por Saforcada (2002) de clínica individual restrictiva y social expansiva. Si bien se reconoce la naturaleza dualista que se desliza en estas nociones, se rescata su utilidad para abordar las prácticas en psicología en tanto convergen en una misma preocupación: poner en cuestionamiento las formas tradicionales de entender y practicar la psicología, poniendo un acento crítico en aquellas formas que descontextualizan al ser humano y reducen su complejidad a aspectos individuales. Estas perspectivas habilitan o abren el campo para reflexionar desde una perspectiva situada que atienda los momentos históricos, sociales y políticos en juego en las prácticas en el ámbito de la salud.

Por un lado, Carrasco (2006) plantea a la psicología crítica alternativa como un posicionamiento ante la praxis y una actitud ética que implica revisar y actualizar las concepciones teóricas a partir de una práctica reflexiva sostenida y crítica frente a la realidad con la que se trabaja. Este punto, supone aceptar que las relaciones entre el ser humano y la sociedad son dinámicas y que el contexto social ejerce una influencia determinante sobre el psiquismo y los modos de actuar de los sujetos. Reconocer al ser humano y el entorno como unidades indivisibles. En este sentido, explicar el sufrimiento por problemáticas internas, individuales y descontextualizadas del medio implica un acto de

reduccionismo y violencia, en tanto se invisibiliza el marco de las condiciones históricas, económicas, políticas y culturales que configuran la existencia cotidiana de los sujetos.

Esta visión dialoga directamente con la crítica que Saforcada (2002) realiza sobre lo que denomina como el paradigma clínico individual restrictivo, paradigma heredero del modelo médico hegemónico, centrado en un modelo biomédico de la enfermedad y en el individuo como una entidad aislada, autosuficiente y separada de su entorno. Desde este paradigma, se tiende a interpretar el malestar como un problema privado, promoviendo una práctica psicológica orientada a la adaptación del sujeto al orden establecido y, por tanto, funcional a la reproducción del status quo.

En contraposición, el paradigma social expansivo (Saforcada, 2002) amplía el horizonte de la psicología al incorporar las dimensiones sociales, políticas y éticas del sufrimiento humano, donde la subjetividad es entendida como una construcción relacional e histórica. En este sentido, el propósito de la práctica psicológica implica transformar las condiciones sociales que generan malestar, fortaleciendo la participación comunitaria, los lazos solidarios y la justicia social.

Tanto Carrasco (2006) como Saforcada (2002) coinciden en concebir al psicólogo no como un mero técnico de la adaptación, sino como un agente de cambio social, comprometido con la emancipación. La psicología crítica alternativa y el paradigma social expansivo convergen en una ética de la praxis: la búsqueda de una psicología situada, reflexiva y transformadora, que privilegie los principios de libertad, autodeterminación y dignidad del ser humano sobre cualquier forma de dominación o dependencia.

### **6.1.2 Interdisciplina**

En consonancia con el paradigma de la complejidad (Morin, 2001), y el rescate de la multirreferencialidad, se tomará como eje teórico de análisis la noción de interdisciplina desarrollada por Stolkiner (1999). Siguiendo esta autora, la interdisciplina toma como punto de partida la renuncia a la pretensión de completud de la propia disciplina para comprender y abarcar la complejidad de ciertos campos de problema, entre los que se encuentran las problemáticas humanas, y entre ellas, la salud. La interdisciplina implica un trabajo de construcción de representaciones comunes, así como una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis en juego y su mutua relación. El abordaje de las demandas contemporáneas en el campo de la salud requiere superar enfoques parciales o reduccionistas, promoviendo la integración de múltiples perspectivas y niveles de análisis

que confluyan en una aproximación teórico-práctica integral de la problemática del proceso salud-enfermedad (Allegro, F, 2007). Al respecto, Mendez (1998) dira:

“La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, ni el troceado a la carta de las distintas terapias. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y abordar un fenómeno o una problemática determinada.”(p.145)

El trabajo interdisciplinario en el ámbito de la salud requiere no solo que los profesionales involucrados compartan una concepción integral del proceso salud-enfermedad, sino que también adopten una actitud flexible, dialogante y solidaria, y promuevan tanto la creatividad como la construcción colectiva de acciones. Resulta fundamental para el trabajo interdisciplinar que se valoren los espacios de encuentro, respeten los tiempos de trabajo compartido y sostengan los acuerdos surgidos en dichos ámbitos (Stolkiner, 1999; Perea, 2017). En este sentido, el trabajo en equipos interdisciplinarios exige la realización de reuniones adicionales destinadas a la exploración teórica, la delimitación de líneas de acción y el diseño de estrategias de intervención comunitaria. Estas instancias deben ser reconocidas como parte constitutiva del tiempo laboral, en tanto resultan fundamentales para una praxis reflexiva y coherente con los objetivos del abordaje integral en salud (Allegro, 2007).

Sin embargo, si bien se reconocen los beneficios del trabajo interdisciplinar - como el apoyo en la práctica cotidiana y la toma de decisiones, los aprendizajes en conjunto, y la mejora en la calidad de atención- el ejercicio interdisciplinar es muchas veces dificultoso, y es habitual la presentación de obstáculos que deben abordarse para su funcionamiento (Perea, 2017) .

## **6.2. Clínica con niños y adolescentes**

En el presente proyecto, se considera la clínica psicoanalítica con niños como una clínica que trabaja con sujetos en proceso de estructuración psíquica. Sujetos que se construyen en una relación sexualizante con el semejante, en un proceso de transformación marcado por la institución por parte del otro de ligazones, simbolizaciones, y tensiones pulsionales. Un otro que sirve de motor para el progreso psíquico, posibilitando el atravesamiento de la cría humana por la cultura, en un movimiento desde el cual devendrá un humano sexualizado (Bleichmar, 2002; Alaugnier; 1975; Laplanche, 1997).

Toma vital importancia ese otro, madre, padre o referente de crianza, que humaniza la cría, que le presta de su propio narcisismo, al tiempo que la sostiene y brinda cuidados. Esto no es menos importante en los adolescentes, quienes se suponen en un proceso de reorganización subjetiva, con el trabajo psíquico y afectivo que ello conlleva: múltiples duelos, identificaciones y desidentificaciones, reformulación de instancias ideales, irrupción de la sexualidad genital y hallazgo de objetos exogámicos (Almagro, 2018).

En el marco del presente proyecto, se concibe al sujeto construido en una relación compleja entre lo inter, lo intra y lo transubjetivo. No solo importa la constitución del psiquismo, como aquellos universales que explican el funcionamiento del aparato psíquico, sino también las condiciones de producción de subjetividad (Bleichmar, 2002), como discursos atravesados por elementos históricos, políticos, culturales y sociales, que legitiman y reglamentan prácticas y lógicas identitarias.

Siguiendo lo desarrollado por Bleichmar (1996, 2002) la subjetividad de un niño surge de una compleja interacción entre su cuerpo biológico y el medio en el que habita, donde intervienen condicionantes discursivos -familiares, sociales, vinculares- e histórico sociales. La noción de infancia o discurso infantil, no tiene que ver con lo que los niños hablan o piensan, sino más bien con el conjunto de intervenciones institucionales, prácticas y reglas que rigen los vínculos, entre el mundo adulto y el infantil, y producen lo que cada sociedad llama niño. Es el discurso infantil (Bleichmar, 2002) el que reglamenta los vínculos con las infancias, y desde el cual se generan las subjetividades de hijos y padres.

### **6.2.1 Conceptualización sobre infancia y adolescencia**

La noción de infancia surge como una construcción propia del Estado moderno y de dos de sus instituciones fundamentales, la familia y la escuela. La infancia es definida a partir de criterios cronológicos y evolutivos, como una etapa del desarrollo humano, en la que el sujeto es concebido como una potencia futura. En esta perspectiva, el niño es representado como un ser frágil, inocente y maleable, cuya formación queda a cargo del adulto, considerado poseedor del conocimiento necesario para guiar su desarrollo. Desarrollo que debe ser cumplido en un tiempo determinado, y para el cual se conciben criterios de normalización: a priori se demarca lo que se considera normal, y se demarca lo diferente como patológico.

Niñas y niños son reconocidos como fundamentales en los procesos de proyección de las

sociedades civilizadas, siendo objeto de dispositivos de disciplinamiento y control de los cuerpos, mediante dispositivos de regulación destinados a formar sujetos funcionales, eficientes y eficaces a las lógicas del capital.

Amador (2012) refiere a la noción de “condición infantil contemporánea” definiéndola como:

“el conjunto de circunstancias sociales, subjetivas, epistémicas y políticas en las que se produce el tránsito de la infancia en singular (noción prototípica del proyecto de la modernidad) a las infancias (categoría analítica que da cuenta de la pluralidad de los mundos de vida de los niños y niñas en el tiempo presente) (p. 74).

Con respecto a la adolescencia, no hay una concepción universal que signifique lo que implica el ser adolescente, sino que cada época y cada cultura, imprime cualidades y construye lo que significa la adolescencia, de acuerdo a las condiciones económicas, políticas y sociales en que están inmersas, es decir, de acuerdo a las condiciones de producción subjetiva. En este sentido, las crisis, los padecimientos, las conductas, modos de relacionamiento, las prácticas y lenguajes adolescentes, dependen, en gran parte, de las condiciones productoras de subjetividad.

Desde el punto de vista de la estructuración psíquica, la adolescencia implica un proceso de reestructuración y reorganización subjetiva. Se recomponen las identificaciones y los ideales, se produce la salida exogámica, la apertura a nuevos modelos intergeneracionales y un proceso de asunción de la identidad sexual. También implica un reensamblaje y reorganización a partir de los cambios biológicos y corporales que operan en la subjetividad. (Almagro, 2018)

### **6.2.2 Diagnóstico y psicopatologización**

“La intromisión del orden psiquiátrico en las prácticas sociales relativas a la locura aparecen en el Siglo XVIII y su objeto serán aquellos sujetos que no puedan adaptarse a la sociedad normal. Desde entonces todo debe racionalizarse; generar discursos legitimadores” (Robert Castel, 1980)

Siguiendo lo propuesto por Bleichmar (2006), la psicopatología estará marcada por el interjuego entre la subjetividad de una época, es decir, por los modos instituidos social e históricamente de relacionamiento entre sujeto-objeto, y sus determinaciones en la

estructuración psíquica. Será efecto de la relación que se establece históricamente entre los deseos, y las pautas que la sociedad establece respecto a la posibilidad de su realización o sus derivados. En otras palabras, la psicopatología de una época, estará determinada por el entrecruzamiento de las condiciones de producción de subjetividad, como las leyes o pautas que determinan los modos en que un sujeto debe incluirse en el mundo social, y las cuestiones invariantes del funcionamiento psíquico.

Ahora bien, ¿en qué marco se constituyen las infancias hoy? ¿cuales son las condiciones de producción de subjetividad que enmarcan la estructuración de los niños y adolescentes en nuestra sociedad? La deificación del consumo y el dinero como ideal cultural en el que los vínculos quedan en segundo plano, el temor a la exclusión, la amenaza del futuro incierto, la prevalencia de la imagen sobre la palabra, la rapidez de la información, la urgencia en la resolución de problemas, la intolerancia frente al sufrimiento, la falta de espacios para procesar el dolor, y la desvalorización del juego, son algunas de las características que prevalecen en las sociedades hipermodernas. En este sentido, Stolkiner (2013) manifiesta:

“se plantea la utopía de vivir con «malestar cero» y por ende, una serie de padecimientos subjetivos que forman parte de las vicisitudes de la vida son considerados suprimibles médicamente a partir de incorporarlos a la patología [...] todo dolor o malestar de una persona que ha sido encuadrada en una categoría psicopatológica queda subsumido a ello y termina definiendo algo del orden del ser” (p. 17).

Impera el aquí y el ahora, no hay lugar para el proyectar y el soñar, las adaptaciones deben ser rápidas, y quienes se aparten de la norma o no “funcionen” como se demanda serán excluidos o catalogados como enfermos. Prevalece el Paradigma del Déficit (Gonzalez Castañón, 2001), paradigma de la falta, a partir de la comparación cuantitativa respecto a un modelo o patrón tomado como norma, y se deja de lado la posibilidad de la diferencia. Al respecto, Muniz (2015) expresa:

“Si se piensa en clave de diferencias, las acciones irán en sentido de la inclusión de lo diverso, tolerancia a lo singular, respeto por las individualidades, generando así estrategias y políticas de subjetivación bien diferentes. Lo que no se ajusta ya no habrá que normatizarlo, sino que comprenderlo en un contexto complejo” (p.24)

En este sentido, Rodulfo (2006) denomina psicopatologización a las prácticas vinculadas a

la salud mental de niños que separan la diversidad, no respetando la diferencia, y patologizándola. Prácticas que pueden ser llevadas adelante por distintos actores: escuela, familia, instituciones y técnicos de diversas disciplinas. Se pone de manifiesto la hegemonía de un discurso médico anudado a la vida colectiva y cotidiana, que pierde de vista la singularidad de los sujetos (Stolkiner, 2013). “Mientras se trabaja fuertemente en la prevención de males endémicos y cronificación de consecuencias negativas para la salud de los más jóvenes, abundan prácticas de diagnóstico y estigmatización en lo que a la salud mental refiere” (Muniz, 2015, p.24). Dichas prácticas, paradójicamente, producen efectos desubjetivantes y alienantes, en las que se pierde el deseo y la singularidad de los sujetos. Diagnosticar no significa encasillar, sino dar sentido y entender la producción subjetiva más allá del síntoma y el estigma (Muniz, 2013). En este sentido, los diagnósticos, no deben operar como marcas indelebles, sino como una “teorización flotante”, que uno pueda precisar, con el objetivo de, en el curso de la intervención, olvidar o poner entre paréntesis para modificarlo (Muniz, 2013; Aulagnier, 1977; Rodulfo, 2006). Bleichmar (1988) dirá que el diagnóstico no solo implica una exploración del niño, sino un proceso de simbolizaciones, en el que se juegan los vínculos primordiales con las figuras originarias.

### **6.2.3 Familia e instituciones en el contexto actual**

“Semiología del medio: ya no basta con la semiología del paciente, sino que hay que hacer el inventario de todo lo que puede ser patológico o patógeno a su alrededor (...) No debemos pensar que el diagnóstico se termina con ese niño a solas (...) semiología del medio es ese ir y venir entre los padres, su historia y el niño con su capacidad a metabolizarla” (Rodulfo, 2016, p 25)

Los efectos desubjetivantes derivados de la crisis del sistema capitalista contemporáneo, junto con la pérdida de referentes institucionales y adultos sostenedores, así como el incremento del anonimato y la fragmentación cultural, configuran las condiciones de producción de subjetividad bajo las cuales se desarrollan niños y adolescentes en la actualidad. Condiciones caracterizadas por experiencias recurrentes de desamparo y vulnerabilidad, en las que prima la lógica del individualismo, el consumo y la mercantilización de la vida cotidiana. El culto a la eficiencia, el éxito y la belleza. Niños consumidores de salud, de medicinas y terapéuticas variadas,

En este contexto, se presentan adultos exigidos para responder ante las demandas del mercado, y niños y adolescentes desorientados, sin referentes a quienes recurrir. Los adultos enfrentan un temor constante a la exclusión social, reviviendo crisis recientes que han marcado profundamente sus trayectorias vitales. Tanto madres como padres se

muestran afectados por las demandas del mercado laboral repercutiendo en sus posibilidades de asunción de las funciones de sostén y límite, fundamentales para la conformación del psiquismo infantil. Vínculos frágiles, alianzas disueltas, y migraciones económicas que distancian a padres e hijos. En este sentido, Muniz (2015) manifiesta:

“De las funciones parentales se observa un vacío en las funciones de sostén y de corte que tan necesarias son para la constitución del psiquismo del hijo. Padre y madre se sienten vulnerados por exigencias del mercado, en búsqueda de espacios de gratificación personales o profesionales que no siempre llegan en tiempos de crianza de los hijos (...) Los niños suelen acallar su sufrimiento en cuanto perciben la imposibilidad de los adultos para contener su dolor, su temor, por lo que los transforman en acción produciendo así alteraciones en las conductas o somatizando” ( p.22)

En cuanto a las instituciones, tienen la responsabilidad de brindar apoyo a las familias, especialmente a aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social. Sin embargo, estas instituciones aún no se encuentran adecuadamente preparadas para afrontar este complejo desafío, y continúan implementando estrategias que resultan insuficientes o desalineadas con las necesidades y demandas contemporáneas. Como consecuencia, la violencia social tiende a replicarse y manifestarse dentro de las mismas estructuras institucionales, que tienden a excluir y apartar aquello que se desvía de lo esperable con el fin de domesticar antes que comprender (Muniz, 2013).

### **6.3. Dimensiones técnicas para el análisis**

#### **6.3.1 Encuadre**

“Hablar del encuadre nunca fue un paso fácil: siempre ha generado dificultades debido a los atravesamientos que implican las distintas pertenencias. Esto produce como efecto la sensación de que se puede ubicar a quien propone algo distinto a lo establecido en el lugar del «hereje»” (Arévalo Pla, 2021,p. 51)

Diversos autores (Bleger, 1985; Siquier de Ocampo, 1987; Albajari, 2007) plantean la importancia del encuadre como un elemento fijo, en el que es primordial, además de la actitud técnica y la delimitación de los roles respectivos, la transformación de cierto conjunto

de variables -objetivo, tiempo, lugar, frecuencia, honorarios- en constantes. Esto no implica que las modificaciones estén excluidas, sino que en caso de introducirse transformaciones, resulta fundamental atender cuidadosamente a los efectos que ellas puedan generar en el dispositivo.

La noción de encuadre, es una noción que ha sido ampliamente trabajada a lo largo de los años, y sobre la cual se han manifestado diversas posiciones. Siguiendo lo propuesto por Urribarri (2012) el encuadre trasciende la situación material, es decir, el espacio físico, el horario o la periodicidad del encuentro. De acuerdo a este autor, constituye un elemento estructurante del encuentro clínico, un espacio transicional entre la realidad psíquica y social, y es a través de él que se instituye y posibilita la operatividad del método analítico.

“Contención y distancia: el encuadre delimita el espacio potencial que hace posible la comunicación analítica. Su estatuto es a la vez clínico y epistemológico: el encuadre es condición de la constitución del objeto analítico (Green), objeto tercero, distinto del paciente y del analista, producido por la comunicación de cada pareja analítica singular.” (p.162)

Arévalo Pla (2021) refiere al encuadre como una configuración en construcción constante, singular y producida con cada analizante o con las personas que participan del espacio, que se irá delineando cada vez de acuerdo a lo que acontezca. Se rescata un encuadre capaz de albergar una posición múltiple y flexible, en función de los diversos escenarios que puedan emerger en la singularidad del campo clínico. Este planteo converge con el realizado por Rodríguez Nebot (2004) cuando alude a la importancia del pasaje a una “clínica móvil”, en desarrollo permanente, que contemple las modificaciones que imponen las problemáticas y complejidades actuales. Plantea un modelo de pensamiento cartográfico en el que las condiciones de posibilidad se construyen frente a los fenómenos propios de cada experiencia clínica. En este marco, el encuadre no permanece ajeno: también se propone pensarlo en función de las condiciones singulares que atraviesan cada encuentro entre el clínico y quien consulta, considerando las particularidades contextuales y subjetivas que lo constituyen.

En este sentido, Viñar (2002) señala: “La experiencia me ha llevado a creer que un encuadre adecuado a cada pareja terapéutica, se construye mejor como «artesanía» a la medida y no de confección.” (p.33). De acuerdo a este autor, el encuadre no se reduce a un conjunto de reglas externas, que sirven como “medidas accesorias para favorecer la emergencia de un diálogo analítico” (Viñar, 2002, p.32), sino que se configura a partir de la

actitud y la disposición del analista, siendo esta última la que le otorga su estructura y consistencia en la práctica clínica. Se desprende la importancia del lugar y la posición deseante de quien escucha, el eje del deseo de escuchar, y la habilitación a la emergencia del otro como sujeto singular. “Una clínica que sea hospitalaria, en el sentido que lo plantea Derrida (2005), a los modos de existencia (en tanto potencia de existir) no universalizable” (Arevalo, 2021, p. 59).

### **6.3.2 Intervención**

Siguiendo lo desarrollado por Contino (2025) “El término intervenir significa ‘venir entre’ e involucra a dos sujetos que inauguran un encuentro para subjetivarse” (p. 38). De acuerdo a esta autora, y en consonancia con producciones anteriores (Casal y Contino, 2023), se reconocen dos acepciones de la noción de intervención en el marco de las prácticas en psicología: una, de carácter general, que incluye el diagnóstico y el tratamiento; y otra, de sentido más restringido, que alude a las acciones específicas que implican el uso de recursos técnicos, tales como señalamientos, aclaraciones, interpretaciones y explicaciones. Las intervenciones psicológicas constituyen, en este marco, un procedimiento técnico propio de la práctica clínica que tiene como finalidad dar respuesta a la demanda de ayuda frente a una experiencia de sufrimiento psíquico (Contino, 2025).

El intervenir supone la realización de inferencias acerca de la situación clínica, es decir, la elaboración por parte del terapeuta de conjeturas respecto del paciente (Contino, S., 2015). En este sentido, Bernardi (2015) refiere la aplicación técnica de modelos ajustados a las problemáticas de los pacientes en los que se juegan las “propias teorías implícitas y esquemas referenciales y operativos que surgen tanto de la información teórica como de la experiencia clínica y del propio análisis” (p.10).

Por su parte, Muniz (2005) enfatiza la importancia de una estrategia clínica de intervención sometida a una evaluación continua en torno al desarrollo del proceso terapéutico y las transformaciones observadas en el paciente. De acuerdo a esta autora, intervenir implicaría “una modalidad de práctica psicológica que favorece cambios en el consultante a partir del uso de una estrategia que se va construyendo en un tiempo acotado” (Muniz, 2005, p. 18)

### **6.3.3 Escucha**

“Cada cura desarrolla una constelación de universos singulares, construye una escena, un teatro completamente particular y la metamodelización consiste en forjar los instrumentos para aprehender esta diversidad, esta singularidad, esta heterogeneidad” (Guattari, 2000, p.14).

En continuidad con los planteos anteriores, puede afirmarse que el encuadre se vincula de manera directa con la disposición que el clínico presenta en el encuentro con el otro. La manera, el lugar y el modo desde el cual el clínico ejerce la escucha, resulta determinante en la configuración y producción de las particularidades propias de cada situación clínica.

Hornstein (2018) sostiene que la escucha se fundamenta en una disponibilidad afectiva que no se reduce al silencio o el quedarse callado, sino que implica una apertura genuina hacia la experiencia del otro, concebido como un sujeto único y singular. Esta disposición exige una actitud receptiva frente a lo desconocido y una comprensión del otro en su alteridad, orientada a reconocer lo propio de cada sujeto. A su vez, rescata la potencialidad simbolizante “no solo para recuperar lo existente, sino para producir lo que nunca estuvo.” (p.107). Por su parte, Dunker (2011), señala que la tarea de quien escucha no consiste en interpretar el discurso del otro, sino en devolverle sus propias palabras, de modo que el hablante pueda hacerlas propias y, a partir de ellas, identificar el deseo que las habita. Este gesto propicia un movimiento que da lugar a la reflexión del sujeto sobre sí, a formular preguntas y reconocerse.

Desde estas perspectivas teóricas, puede identificarse una orientación compartida: promover una forma de atención que permita destacar la individualidad del sujeto y le otorgue un lugar protagónico en el ámbito terapéutico.

### **6.4. Psicología Social e institucional**

Se tomará como referencia teórica para el análisis de las entrevistas, y de las dimensiones tanto identitarias como institucionales y políticas, desarrollos de autores estructuralistas y postestructuralistas como Castoriadis (1987, 2004), Piera Alaugnier (1975), Foucault (1996), Deleuze (1989) y Guattari (1996).

Castoriadis (1987) pone de manifiesto cómo las significaciones sociales imaginarias, o construcciones colectivas de sentido, constituyen prácticas productoras de realidad en sí mismas. Las significaciones “hacen real” los objetos que significan. Los imaginarios proveen referencias desde donde construir la realidad y el orden social, a la vez que posibilitan la elaboración de lo identitario. Son producciones colectivas de sentido que participan, forman parte de la producción de subjetividad. Piera Alaugnier (1975) señala que las significaciones proveen emblemas identificatorios que atraviesan a las personas, sus discursos, prácticas, identidades y deseos. El imaginario social no refiere a un elemento consumado y pasivo, sino que se asemeja a una red sobre la que se sostienen discursos y prácticas sociales. El imaginario se manifiesta desde lo simbólico, en el lenguaje, así como en la praxis de los sujetos en la sociedad (Castoriadis, 1987). Así, Castoriadis (2004) expresa: “el individuo es un producto de la sociedad, una fabricación social mediante la cual la sociedad se perpetúa y existe realmente” (p. 38)

Foucault (1996), Deleuze (1989) y Guattari (1996) presentan una noción de subjetividad construida desde y en las prácticas, encuadrando su existencia a las mismas. Guattari (1996) plantea:

“deberá admitirse que cada individuo, cada grupo social vehiculiza su propio sistema de modelización de subjetividad, es decir, una cierta cartografía hecha de puntos de referencia cognitivos pero también míticos, rituales, sintomatológicos, y a partir de la cual cada uno de ellos se posiciona en relación con sus afectos, sus angustias, e intenta administrar sus inhibiciones y pulsiones.” (1996, p. 22).

Las prácticas implican la legitimación o no de ciertas posiciones del sujeto, y la posición de los sujetos en los dispositivos. Dallorso (2012), tomando a Foucault (1977) señala que si bien él no brinda una definición cerrada de la noción de dispositivo, la sitúa como la red que puede establecerse entre un conjunto heterogéneo de elementos que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas. Los elementos del dispositivo pertenecen tanto a elementos discursivos y extradiscursivos, como a lo dicho y lo no dicho, lo decible y lo no decible, articulados en una infinidad de prácticas y enunciados. En este marco, el concepto de intervención es pensado como un dispositivo discursivo que organiza la acción, una práctica o tecnología orientada a cambiar alguna cosa.

#### 6.4.1 Sobre las instituciones

“Una norma universal, o considerada tal, ya se trate del matrimonio, de la educación, de la medicina, del régimen del salario, de la ganancia o del crédito, es designada institución. El hecho de fundar una familia, el acta de matrimonio, así como el fundar una asociación, de iniciar un negocio, de crear una empresa, un tipo de enseñanza, un establecimiento médico: también estos fenómenos llevan el nombre de institución (...) formas sociales visibles por estar dotadas de una organización jurídica y/o material: una empresa, una escuela, un hospital, el sistema industrial, el sistema escolar, el sistema hospitalario de un país, son denominadas instituciones” (Lourau, 2007, p. 9, 10).

Lapassade (2008) refiere que la práctica psicosociológica se vincula estrechamente con las instituciones, aunque siempre mediada por los grupos que toman la palabra. Es a través de estos grupos que se expresa el discurso social, atravesado por formas de represión, ideologización y censura institucional. Este lenguaje, marcado por el desconocimiento y la fragmentación, evidencia —en su propia alienación— una dimensión política que, al mismo tiempo, se revela y se oculta.

Según Barembliitt (2005), una institución puede entenderse como un conjunto de prescripciones, prohibiciones y opciones que orientan la vida social, ya sea de forma consciente o no consciente. Estas orientaciones para la toma de decisiones se fundamentan en distintos sistemas de valor —lógicos, éticos, estéticos, entre otros— que determinan, para una sociedad dada, lo que se considera verdadero o falso, justo o injusto, bello o feo. En este sentido, René Kaës (1989) señala:

“... la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos; pero, con este pensamiento que socava la ilusión centrista de nuestro narcisismo secundario, descubrimos también que la institución nos estructura y que trabajamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad. Más radicalmente, nos vemos enfrentados al pensamiento de que una parte de nuestro sí-mismo está "fuera de sí", y que precisamente eso que está "fuera de sí" es lo más primitivo, lo más indiferenciado, el pedestal de nuestro ser, es decir, tanto aquello que, literalmente, nos expone a la locura y a la desposesión, a la alienación, como lo que fomenta nuestra actividad creadora” (p.16)

## **7. Metodología**

### **7.1 Diseño metodológico**

El presente estudio se enmarca dentro del enfoque cualitativo, adoptando un diseño exploratorio-descriptivo, no experimental y de corte transversal. Esta elección metodológica implica la construcción de datos en un momento específico de tiempo, con el objetivo de describir y analizar las manifestaciones que emerjan del trabajo de campo. Dado que la temática abordada no ha sido previamente desarrollada, y que la intención es ofrecer una representación contextualizada —una “fotografía” de la situación actual—, el diseño cualitativo seleccionado resulta coherente con los objetivos del estudio. Es exploratorio, en la medida en que se orienta a generar insumos que puedan contribuir a la formulación de hipótesis en futuras investigaciones, y descriptivo, en tanto procura identificar, detallar y reconocer las particularidades de las propiedades y dimensiones implicadas en el problema planteado. Cabe aclarar que, en tanto es un estudio exploratorio, se ha decidido considerar al conjunto de los participantes como unidad de análisis, tal si fuera un grupo homogéneo, sin diferenciar edad, sexo, orientación teórica, procedencia geográfica, etc.

Diversos autores (Strauss y Corbin, 2002; Sisto, 2008; González Rey, 2000; Coffey y Atkinson, 2003) han fundamentado la pertinencia de la investigación cualitativa para aproximarse a la comprensión del universo de significados que sostienen las acciones y prácticas que las personas llevan adelante en su relacionamiento con el medio. Este tipo de estudios reconocen la complejidad de lo social, la heterogeneidad de los sujetos y los grupos humanos y las relaciones de cooperación y conflicto entre los mismos, así como la naturaleza dinámica y contradictoria de los acontecimientos. Reconocen a las personas en su propio contexto socio-histórico y se basan en la perspectiva de los actores mediante la recuperación de su palabra, aportando conocimiento que se caracteriza por ser implicado y situado. Desde este enfoque, los actores primordiales fueron los participantes, y siguiendo lo expresado por Hernandez Sampieri (2014), se prioriza sobre todo “obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos)” (p.8)

El enfoque cualitativo se valora como el más adecuado para abordar tanto las preguntas de

investigación como el objetivo general y los objetivos específicos propuestos. Privilegia la profundización en la comprensión de las variables y dimensiones que configuran el fenómeno de estudio, por sobre la búsqueda de generalizaciones, o conclusiones universales y esencialistas. Este enfoque posibilita la aplicación de un método de análisis versátil, de naturaleza interpretativa, inductiva y reflexiva, orientado a captar la multidimensionalidad y complejidad del objeto investigado (Contino, 2023). Los emergentes del trabajo de campo se analizan en diálogo con el marco teórico y con antecedentes que, si bien no abordan directamente la misma problemática, presentan puntos de convergencia. Este entrecruzamiento permite una comprensión profunda y matizada del fenómeno estudiado, dando lugar a la complejidad del problema planteado.

La metodología cualitativa fue aplicada en la etapa de recolección de datos y en su posterior análisis. Como señala Apud (2013), recuperando a Serbia (2007), la investigación cualitativa es recursiva, “el investigador va avanzando conforme a la información que produce y analiza, y así, decide los próximos pasos a seguir” (p. 229).

El análisis de la información se realizó a través del método de Análisis de Contenido Temático (Cisterna, F, 2005; Contino, 2023). En coherencia con la naturaleza del fenómeno estudiado y con la intención de captar la complejidad y profundidad de las experiencias implicadas, con el estudio propuesto no se pretende arribar a conclusiones definitivas o absolutas ni llegar a obtener conclusiones representativas estadísticamente.

Por su parte, en la medida que el autor de este trabajo se ha desempeñado profesionalmente como psicólogo de niños y adolescentes desde la prestación AYEX, resultó imprescindible el análisis de la implicación, atendiendo al involucramiento del investigador en el problema planteado. El análisis de la implicación por parte del investigador requiere confrontarse con una serie de dimensiones interrelacionadas, entre las que se encuentra el propio objeto de investigación, sus pertenencias institucionales, marcos de referencia teóricos y epistemológicos, demandas sociales, e incluso los dispositivos de exposición de resultados como lo es la propia escritura. La implicación entendida como una compleja trama de interrelaciones que configuran la experiencia de cada sujeto, en base a múltiples atravesamientos: epocales, políticos, de clase, raza, género, etc. (Lourau, 2007; Acevedo 2002)

## **7.2 Elección Muestral**

### **7.2.1 Participantes**

La población objetivo del estudio se compone por licenciadas/os en psicología, hombres y mujeres, que se hayan desempeñado o estén desempeñándose como psicólogos de niños y adolescentes en institutos trabajando en convenio con BPS (AYEX), en la ciudad de Montevideo. El muestreo fue por conveniencia, de carácter intencional y no probabilístico, sin buscar una representatividad estadística. La captación de la muestra se realizó mediante la técnica de “bola de nieve”, a partir de contactos en red.

Las entrevistas fueron realizadas en el año 2025. Se realizaron un total de 16 entrevistas, a psicólogos y psicólogas trabajando o que hayan trabajado en la ciudad de Montevideo en centros interdisciplinarios antes mencionados. Se entrevistaron 10 mujeres, y 6 varones, con orientaciones teórico-técnicas en psicoanálisis, terapia cognitivo conductual, y gestalt. Las edades de los entrevistados oscilan entre los 25 y 42 años.

### **7.2.2 Criterios de Inclusión**

A continuación, se presentan los criterios de inclusión establecidos para la selección de la muestra:

1. Profesionales de la psicología que se encuentren actualmente en ejercicio, trabajando con niños, niñas y/o adolescentes beneficiarios de las Ayudas Extraordinarias (AYEX).
2. Profesionales de la psicología que hayan trabajado previamente con niños, niñas y/o adolescentes beneficiarios de las Ayudas Extraordinarias.
3. Que las prácticas profesionales, en el marco del programa AYEX, se desarrollen o se hayan desarrollado en centros ubicados en la ciudad de Montevideo.
4. Que cuenten con una experiencia mínima de seis meses de trabajo en los dispositivos anteriormente mencionados.

### **7.2.3 Criterios de exclusión**

1. Psicólogos y psicólogas a quienes el investigador pueda conocer o tener vínculo

previo.

2. Psicólogos y psicólogas trabajando en los mismos institutos que el investigador.

#### **7.2.4 Técnica de Recolección de Datos**

La técnica de recolección de datos empleada fue la entrevista semiestructurada, o entrevista “basada en un guión” (Valles, 1999). La entrevista como técnica, permite convocar la palabra de quienes fueron entrevistados, dando lugar al despliegue de significados construidos así como a las reflexiones y expectativas a partir de las situaciones vividas desde su rol profesional (Ruiz y Ispizua, 1989). El diálogo como instrumento idóneo de las perspectivas cualitativas, metodológicamente brinda la posibilidad de generar un campo para la investigación de los sentidos y significados que se producen desde lo social, y se traducen en prácticas concretas, performativas, discursivas y extra discursivas.

En cuanto a la entrevista semi estructurada, si bien se diagramaron una serie de dimensiones a indagar, con preguntas guía, se estimó importante dar lugar al despliegue libre del discurso por parte de los entrevistados, otorgando a los informantes la posibilidad de conducir libremente el desarrollo temático de la conversación. Este tipo de entrevistas se basa en una guía de temas y preguntas a tratar, aunque sin establecer un orden fijo ni una redacción precisa para su formulación, lo cual brinda la posibilidad de ahondar en temas imprevistos y profundizar sobre lo que vaya emergiendo del diálogo (Valles, 1999)

El investigador sostuvo una actitud de escucha activa y receptiva, centrada tanto en los ejes temáticos definidos como en la posibilidad de profundizar en aquellos aspectos emergentes del discurso de los entrevistados, en la medida en que estos se vincularan con el problema de investigación planteado. Esta posición implica por parte del investigador una escucha atenta de lo que el entrevistado manifiesta, más que la preocupación por responder lo que a quien entrevista le preocupa (Ameigeiras, 2016).

#### **7.2.5 Convocatoria**

Antes de comenzar con el trabajo de campo, el proyecto fue enviado para ser valorado por el del Comité de Ética en Investigación de Facultad de Psicología, recibiendo el aval para la realización de la investigación el 29/04/2025.

A partir de dicha fecha, se contactó de forma telefónica a las y los entrevistados, explicitando el marco en que se desarrolla la investigación, el objetivo general de la misma, y enfatizando el carácter voluntario de su participación. Una vez aceptada la entrevista, se coordinó día y hora para su realización.

En este punto, cabe destacar que no hubo ningún tipo de dificultad para la captación de la muestra ni para la coordinación de las entrevistas. Las personas convocadas rápidamente aceptaron participar de la investigación, mostrándose muy interesadas y dispuestas no solo a la realización de la entrevista, sino a difundir con sus propios contactos la propuesta. Este aspecto se valora como importante, y como indicio significativo en relación a algunos de los resultados que se presentarán en el capítulo siguiente.

Habiendo coordinado día y hora, se procedió a la realización de una entrevista semiestructurada. Antes de iniciar, se les informó a los participantes acerca de los beneficios que su participación aportaría a la investigación, la ausencia de riesgos, así como los compromisos asumidos por el investigador en relación con la confidencialidad y el anonimato de su identidad. Se les otorgó una hoja de información con los aspectos antes mencionados de forma detallada, y se solicitó la firma de un consentimiento informado.

### **7.3 Aspectos Éticos**

El presente estudio involucró la investigación con seres humanos, por lo que se procuró en su desarrollo el cumplimiento del Decreto N°158/019 del Poder Ejecutivo. Por consiguiente, se establecieron procedimientos para asegurar el respeto de los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, a través de un análisis balanceado de los riesgos y beneficios de la participación en el estudio y el diseño de mecanismos para asegurar la participación libre de los sujetos y el resguardo del anonimato y la confidencialidad.

Tal como se señaló en el apartado anterior, antes de llevar a cabo la entrevista, se proporcionó a cada participante una explicación detallada acerca de la naturaleza de la investigación. Asimismo, se les entregó el Consentimiento Informado, el cual fue firmado una vez expresado su acuerdo para participar de forma voluntaria. En el Consentimiento se detallaron objetivos y se solicitó permiso para la grabación de la entrevista. Se explicitó

también que el consentimiento libre e informado podía ser revocado en cualquier momento del proceso de investigación, por decisión del participante y sin necesidad de justificación alguna.

En lo que respecta al manejo de la información, se resguarda el anonimato y la confidencialidad, de manera que los participantes de la investigación no fueron ni serán identificados en ningún momento en el presente trabajo ni en publicaciones posteriores. A cada entrevistado se le asignó una etiqueta, y en las transcripciones de las entrevistas se contempló eliminar cualquier referencia que pudiera identificar a los participantes o a las instituciones en las que trabajan.

#### **7.4 Procedimiento general para el Análisis de datos**

A partir del objetivo exploratorio y descriptivo de la investigación, para el análisis de la información se siguió el método de Análisis de Contenido Temático (Strauss y Corbin, 2002; Cisterna, F, 2005). Este método se basa en la clasificación y/o codificación de los distintos elementos presentes en un mensaje, para una posterior agrupación en categorías. Su aplicación permite desarrollar un enfoque analítico flexible, de carácter interpretativo, inductivo y reflexivo (Contino, 2023; Strauss y Corbin, 2002; Valles, 1999).

El análisis de los datos tuvo como objetivo identificar los sentidos presentes en la información cualitativa recolectada, de manera que el corpus estuvo integrado por el conjunto del material recogido en las entrevistas (Contino, 2025). El análisis se llevó a cabo de forma constante durante todas las etapas de la investigación, teniendo presente que en este enfoque metodológico, existe una relación estrecha entre la recolección de datos, el análisis y la construcción teórica resultante (Strauss y Corbin, 2002). Este punto implicó que la pauta de entrevista inicial se haya visto modificada a partir de las primeras entrevistas, de acuerdo a la visualización de emergentes importantes para la presente investigación.

Habiendo transcrito las entrevistas, para su análisis se comenzó con una etapa de codificación abierta, en la que se tomaron como unidades principalmente frases, y en algunos casos, párrafos completos. Esta etapa implicó una observación cuidadosa del contenido a través del microanálisis, con el fin de identificar elementos significativos desde las primeras lecturas. Al decir de Strauss y Corbin (2002) un “detallado análisis, línea por línea, necesario al comienzo del estudio para generar categorías iniciales (con sus propiedades y dimensiones) y para sugerir las relaciones entre ellas” (p. 63).

De esta forma, el corpus fue descompuesto en unidades de sentido, a partir de las cuales se agruparon los datos en categorías, con el fin de establecer relaciones entre ellas e identificar los puntos emergentes centrales. Con la codificación abierta, los datos fueron fragmentados buscando explorar patrones de similitud y diferencia que posibilitaran la generación e identificación de conceptos, “hacer emerger conceptos derivados de los datos brutos, identificando propiedades y agrupándolas guiados por su capacidad de abstracción teórica” (Quiñones, 2015, p. 119) Este proceso fue acompañado por el uso de recursos metodológicos como diagramas, registros en memorandos y la selección de 'códigos in vivo' extraídos directamente del discurso de los participantes, códigos que condensan, nuclean sentidos y son representativos del decir de múltiples entrevistados. El proceso de conceptualización posibilitó la agrupación de elementos comunes emergentes del análisis, lo cual sirvió de base para la construcción de las categorías.

Se continuó con el proceso de codificación axial, analizando los datos por categorías, estableciendo subcategorías y relaciones entre ellas, así como propiedades y dimensiones. La codificación selectiva, presente desde el inicio del análisis e incluso en la escritura final, permitió ir afinando y articulando las categorías, consolidando su coherencia interna y sus vínculos conceptuales.

Por último, el análisis de proceso complementa el abordaje de los datos mediante una lectura transversal que permite identificar las dinámicas y relaciones entre las categorías centrales, considerando sus propiedades y los elementos que las constituyen. Este análisis supone un nivel analítico más profundo y específico, orientado a descubrir las secuencias, transformaciones y articulaciones presentes en los datos (Contino, 2023; Strauss y Corbin, 2002)

Siguiendo los principios metodológicos de la codificación abierta, axial, selectiva y de proceso, se llevó a cabo una lectura narrativa que posibilitó la identificación de las propiedades y dimensiones emergentes de las categorías construidas, y un análisis profundo del problema de investigación planteado.

## **7.5 Análisis de mi implicación**

En el entendido que en este apartado se abordarán aspectos vinculados a la implicación del investigador en el problema planteado, se utilizará la primera persona del singular, para dar cuenta de hechos y elementos que me involucran y permean mi subjetividad, y que se

vinculan al tema trabajado. La implicación viene con nosotros como sujetos socio históricos y políticos, lo deseemos o no estamos involucrados afectivamente e intelectualmente a razón de nuestras pertenencias (institucionales, sociales, familiares, políticas, profesionales, etc). En este sentido, la implicación no es buena ni mala, sino que simplemente existe, y no se trata de eliminarla sino de analizarla y admitir que soy objetivado por lo que pretendo objetivar (Acevedo, 2002; Lourau, 2007).

A partir de aquí, me parece importante describir cómo fue elaborado el problema de investigación planteado, el cual necesariamente está atravesado por múltiples implicaciones institucionales que me atraviesan, como profesional que trabaja desde las AYEX, y como docente e investigador de la universidad dedicado al estudio sobre el campo de infancias y adolescencias. Al respecto, Ibañez (2001) plantea “no podemos producir conocimientos sobre una realidad independiente, no podemos conocerla tal y como es “per se” con independencia de nosotros. Sólo podemos aspirar a conocer mejor nuestro conocimiento de la realidad.” (p.35).

El problema surge de la visualización de un ámbito en el que muchos colegas psicólogos y psicólogas trabajamos, y sobre el cual parece haber un vacío o punto ciego. Como se expuso anteriormente, son cerca de 500 los centros interdisciplinarios habilitados por BPS para trabajar por medio de las AYEX en todo el país, a la vez que son miles las personas que reciben atención desde estos dispositivos. Sin embargo, en el medio académico y político, no se encuentran investigaciones que aborden cómo son nuestras prácticas y qué características tiene el trabajo. El problema emerge de mi implicación y el interés en indagar y dar visibilidad a cómo se erigen las prácticas de atención, en qué condiciones, bajo qué circunstancias y particularidades. Dar visibilidad y a partir de allí, abrir la posibilidad de diálogo y discusión en torno a un campo de trabajo importante de la psicología en Uruguay. En este sentido, la implicación sirvió de motor para la realización de la presente investigación, teniendo como horizonte la posibilidad de abrir el campo para la reflexión, la discusión y dar visibilidad a un ámbito en el que muchos trabajamos y sobre el cual hay poco (o nada) escrito.

Tanto en la escritura del proyecto de investigación, como en la realización de la pauta de entrevista, el trabajo de campo y la escritura de esta tesis, fue fundamental el intercambio permanente con quienes son mis referentes en este proyecto, la Prof. Adj Margarita Fraga y la Prof. Tit. Silvana Contino, e incluso con otros compañeros referentes, como el Prof. Tit. Michel Dibarboure y la Prof. Elina Carril. Recalco este punto en tanto los intercambios con ellos sirvieron de contrapunto o contralor, a modo de triangulación, de manera de darle

consistencia al trabajo, y evitar posibles sesgos que obturen y le quiten solidez. Los intercambios con ellos los menciono en tanto fueron para mí un eje importante para el análisis de mi implicación en el proceso de investigación. También para la visualización de algunos de mis propios puntos ciegos - y digo algunos porque seguramente persistan muchos otros.

El proceso de investigación resultó en un proceso tanto angustiante, en algunos momentos, como disfrutable y estimulante en otros: el encontrarme con colegas y conocer acerca de sus perspectivas en torno a un ámbito de trabajo que compartimos, escuchar sus vivencias, sus valoraciones sobre las prácticas que realizan, y conocer o dar luz a puntos que resultaban ajenos para mí fue especialmente gratificante. En este punto quisiera detenerme. Durante el trabajo de campo, en las entrevistas, emergieron aspectos que a priori no imaginaba, que me sorprendieron, y que por más que yo mismo trabajo en los centros, me resultaron completamente novedosos. Este fue uno de los aspectos en los que más placer encontré en la investigación, el contactar con la sorpresa y lo inesperado.

Por su parte, la escritura implicó el desafío de contactar con elementos angustiantes de la propia práctica y de mis propias vivencias. También implicó el desafío de no dejarme arrastrar por ellos, de forma de quedar obnubilado o estancado en estos aspectos. Para ello, resultó fundamental mi análisis personal, así como el intercambio con los colegas que mencioné anteriormente, quienes me acompañaron en la escritura de esta tesis y dieron aire al pienso, y lugar para la descompresión de aspectos que podían aparecer coagulados en mi involucramiento en la temática.

## **8. Análisis de datos y Resultados**

En este apartado se expondrán aquellos resultados que sirvieron de insumo para analizar los aspectos vinculados a las prácticas de las psicólogas y psicólogos trabajando con niños y adolescentes en institutos en convenio con BPS (AYEX). Con fines expositivos, se presentarán las principales categorías y dimensiones de análisis que, si bien se exponen en forma diferenciada para facilitar su entendimiento y abordaje, están estrechamente relacionadas entre sí. A su vez, importa señalar que el ordenamiento en la presentación de los resultados no responde a un criterio de relevancia temática, sino que busca brindar mayor claridad al lector.

Si bien hubieron entrevistados hombres y mujeres, la gran mayoría fueron psicólogas, por lo que de aquí en adelante, se referirá a las profesionales o entrevistadas dando por entendido que incluyen a los entrevistados de género masculino.

### **1. Trayectoria**

Esta categoría emerge de la importancia para el problema de investigación planteado, de comprender el lugar que ocupan las clínicas de BPS en el recorrido profesional de las entrevistadas, en el entendido que dicha trayectoria estará vinculada con el ejercicio de sus prácticas en los institutos.

#### **1. Matriz categorial Trayectorias**

1. Trayectorias	1.1 Trayectorias_Inicio	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comienzo de la práctica profesional clínica</li><li>- Motivaciones: formativas, experiencia, encuentro interdisciplinar</li></ul>
	1.2 Trayectorias_Ingreso	<ul style="list-style-type: none"><li>- Contactos en red</li><li>- Desconocimiento de la dinámica de trabajo</li><li>- Primeras impresiones: trabajo solitario y diferencias en lo aprendido en la universidad</li></ul>
	1.3 Trayectorias_Multiempleo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trabajo en múltiples centros en paralelo</li><li>- Trabajo en otros ámbitos: educación, clínica privada.</li></ul>
	1.4 Trayectorias_Salida	<ul style="list-style-type: none"><li>- Renuncias: falta de proyección, garantías, autonomía, cuestionamientos éticos sobre la atención, dificultades relacionales, desgaste y malestar.</li><li>- Despidos: demanda de amplia disponibilidad de días y horas, discrepancias.</li><li>- Recambio frecuente del personal</li></ul>

## 1.1 Trayectoria\_Inicio

Un dato de relevancia es que prácticamente la totalidad de las entrevistadas mencionan el ingreso a los centros interdisciplinarios siendo profesionales recién egresadas, como un medio de comienzo de la práctica profesional clínica. En ese sentido, señalan tres motivaciones principales vinculadas al ingreso a los institutos: motivaciones formativas, de experiencia y de acercamiento a la interdisciplina. Frente a las dificultades para consolidar el trabajo en la clínica particular, y las incertidumbres que ello conlleva, el ingreso a las clínicas en convenio con BPS (AYEX) se presenta como un medio propicio para la adquisición de experiencia y de estabilidad económica, en tanto se señala una permanente llegada de pacientes con características y demandas heterogéneas.

También mencionan como relevante el plano formativo, plano indisociable del experiencial, en tanto sería en la práctica clínica que se modela y se forma el psicólogo clínico. Por su parte, la interdisciplina, el diálogo interdisciplinar, el encuentro con profesionales pertenecientes a distintas áreas, aparece como motivación al momento del ingreso, vinculado a la formación de la práctica profesional de las y los entrevistados.

*M4<sup>4</sup>: Yo creo que en líneas generales, las personas que empezamos a trabajar en estos centros, los profesionales, solemos ser recientemente recibidos en búsqueda de una nueva o una primera oportunidad o experiencia laboral. Entonces estos centros lo que te ofrecen es la posibilidad de ver muchos pacientes que si empezaras directamente de forma particular a buscar y a generar una base de pacientes, te llevaría muchísimo tiempo. Entonces este tipo de centros lo que te facilita es eso. Bueno, cuando se dice experiencia, porque llegan muchos pacientes a través de los convenios, la gente utiliza mucho, entonces rápidamente empiezas a ver muchos, muchas realidades, y eso creo que es lo que más mueve de estos lugares.*

*F6: Fue mi primera experiencia laboral como psicóloga. Me parecía que era la forma de tener como esa primera experiencia, tener como varios pacientes y empezar a agarrar experiencia en la clínica*

*F4: Creo que ahí cuando empecé a trabajar, empecé a foguearme un poco más. Vinculado a nuestra área creo que en mayor medida de los profesionales que trabajamos somos profesionales que recién arrancamos. Es como muy una escuelita en esto de que la mayoría que estamos trabajando en el área de*

---

4 La primera letra (M o F), refiere al género del/la entrevistado/a (Masculino/Femenino). El número que le sigue se refiere a la numeración de la entrevista.

*psicología somos jóvenes y recién o recientemente recibidos, creo que es esto al tener como tanta demanda hay muchos casos reales casos que exceden al manual, que exceden a lo teórico donde de alguna forma te haces*

*M5: Pero de verdad el mayor enriquecimiento como experiencia son, en las clínicas, eso sí, creo que es el gran fuerte de las clínicas es cuando empezamos*

## **1.2 Trayectoria\_Ingreso**

El modo de ingreso de las psicólogas y psicólogos entrevistados al trabajo en las clínicas, se presenta, en la mayoría de los casos, por medio de contactos en red, profesionales y personales, siendo la minoría las entrevistadas que acceden mediante un llamado laboral. En este sentido, se resalta la importancia de las redes profesionales y personales en el ámbito de la salud, en lo que respecta al acceso a oportunidades laborales.

*F4: Una amiga se postuló a la clínica, ella quedó seleccionada, es una amiga con la que hice toda la carrera juntas, y bueno, en la búsqueda de trabajo, porque somos muy muy amigas, la verdad, y bueno, en la búsqueda de trabajo estaba como de la mano en ese momento, y bueno, ella quedó seleccionada y me dijo, bueno, si te pinta yo te ayudo*

*F3: Yo cursé como práctica final de grado el practicantado de ASSE, un convenio con facultad. La que fue mi referente en ese espacio, contratada de ASSE, ella era socia de una clínica y me convocó a trabajar cuando me recibí.*

*M1: A ese, al que trabajo yo, ingresé en realidad porque un conocido que trabajaba ahí se iba de ese lugar, y le preguntaron la dueña de la clínica, a ver si conocía a alguien más, como para dejarme en el lugar, y me recomendó a mí, y me llamaron, me puse en contacto y entré a trabajar ahí.*

*F8: Mi prima es maestra psicopedagoga, había empezado a trabajar a principio del año 2023, vio que estaban necesitando para psicóloga y me ofreció porque yo estaba buscando otro trabajo. Y bueno, me postulé y por cercanía también con mi prima quedé.*

Por su parte, algunas de las personas entrevistadas señalan no haber tenido un conocimiento previo de estos institutos ni de las AYEX, o tener un conocimiento vago acerca

de sus dinámicas de trabajo, de funcionamiento, y las distintas profesiones involucradas. Este punto da cuenta de la invisibilidad de las prácticas en estos centros, en los que un importante número de psicólogos y psicólogas trabajan, y de los cuales se desconoce sus modos de trabajo y las condiciones en que se inscriben sus prácticas profesionales.

*M2: En realidad no sabía, antes de arrancar a trabajar, no sabía bien cómo era la modalidad, ni también esto de los beneficios AYEX, o sea, era como que desconocía todo eso de cómo era.*

*F9: Sí, conocía, no sabía bien cómo era tal cual, tenía un conocimiento, sí, pero muy como por arriba, por decirte, ¿no?, algo, sí.*

*F1: En realidad sí, había escuchado muchas veces en facultad, porque la clínica, la clínica, pero no sabía bien ni cómo se accedía, no tenía como claro, sabía que todo el mundo decía BPS, pero no tenía como claro no conocía bien la interna, la dinámica, todos los profesionales que trabajaban. Sí tenía la idea de que trabajaban psicólogos y maestros, pero no tenía como mucha más idea en realidad..*

Entre las primeras impresiones, destaca el trabajo en solitario en contraste con la expectativa de trabajo en equipo interdisciplinar, y en concordancia con el trabajo en el consultorio particular. También se señalan discordancias entre lo esperado en el marco del trabajo del psicólogo, en relación a lo aprendido en la formación universitaria, y modificaciones relacionadas a los tratamientos a partir de los diversos contextos y las dinámicas institucionales que se imponen sobre la práctica. Estos puntos serán abordados con mayor profundidad en apartados posteriores.

*M3: Mi primera impresión fue que había cosas muy distantes a lo que nos contaban dentro de la facultad. Ahí en la caverna de Platón. Estos temas de la modalidad de trabajo no son planteados desde la facultad. La primera impresión me sorprendió como las flexibilidades modernas, actuales, frente a los tratamientos.*

*F4: Acá es todo totalmente distinto, se dan como pila de interjuegos de la propia institución, que no deja de ser una institución privada, con un montón de limitantes y encuadres. Entonces al principio fue como acomodar el cuerpo y la práctica profesional.*

*F8: Como que el encuadre que aprendés en facultad, como que acá se cae un poco.*

*F7: Al comienzo lo sentí bastante similar al trabajo que hacían, a la experiencia comparada con el consultorio. Era muy similar, estaba bastante sola, no estaba esto de que era interdisciplina.*

*F2: En realidad como una cuestión más individual, te contratan un técnico para trabajar individual con el chiquilín, y está, y trabajás ahí, haces el abordaje individual, o no, o grupal, o yo qué sé, pero está, en el caso mío, individual, y está, y trabajás como medio solo, por eso. Después, este, podés intercambiar con alguna técnica, pero es como un abordaje particular, digamos.*

### **1.3 Trayectoria\_Multiempleo**

Otro punto vinculado al recorrido de los técnicos entrevistados, se caracteriza por el multiempleo. La mayoría de los entrevistados menciona trabajar o haber trabajado en algún momento en al menos dos centros paralelamente. El trabajo en múltiples institutos de forma simultánea es señalado como una práctica habitual por parte de los y las psicólogas trabajando desde las AYEX. También se menciona el trabajo paralelo en otros ámbitos, como lo son la clínica particular, la docencia, o la atención por mutualistas. La pregunta que emerge ante este dato es: ¿el multiempleo de las y los profesionales en psicología trabajando en institutos desde las AYEX, se impone como una necesidad o como una elección? ¿A qué responde? ¿Conlleva repercusiones en sus prácticas profesionales?

*M4: Como psicólogo, sí, trabajo en mi consultorio privado que es en Montevideo, ahí no atiendo a través de ningún convenio, simplemente atención particular. Y también soy docente ayudante en la [nombre universidad].*

*M2: Yo estuve en dos clínicas, de estas por BPS, y hará tres años capaz que estoy trabajando.*

*F9: Trabajo también en la [nombre asociación], que es una asociación de familiares y víctimas de la delincuencia. Así se llama, y ahí trabajo. Fue mi primera experiencia, ya hace unos cuatro años que estoy (...) Y también atiendo consultorio particular.*

*M6: Trabajo en tres instituciones distintas, todas de la misma calidad, y si el servicio es tercerizado uno tiene su personal y ofrece los servicios a la clínica.*

Emerge de las entrevistas que las clínicas en convenio con BPS son un medio de salida profesional importante para psicólogos y psicólogas recientemente recibidos. Estas clínicas

representan la posibilidad de adquisición de experiencia de trabajo clínico a partir de la permanente derivación de pacientes, y en concordancia con ello, la posibilidad de producir un salario a partir de la atención. Sin embargo, las remuneraciones son magras, están muy por debajo de lo estipulado por el arancel que marca la coordinadora de psicólogos, de manera que los y las psicólogas se ven impelidas a la necesidad de atender a un amplio caudal de pacientes para que el trabajo sea redituable. No solo para generar un sueldo que les permita sostener el costo de vida, sino para poder costear las responsabilidades que conlleva el trabajo independiente (Caja de Profesionales, FONASA, IVA, etc.).

*F3: Los ingresos de la clínica de pacientes principalmente eran por BPS, y es el convenio que menos pagaba. Yo sentía que estaba cambiando la plata, o sea, para pagar una supervisión de un niño yo tenía que ir a trabajar todo el mes, o sea, las 5 sesiones para pagar esa supervisión. Y yo no estaba dispuesta a dejar de supervisar, digo, sé que hay un montón de colegas que sí, y que también entiendo, porque las condiciones realmente son complejas.*

*M3: Lo que pagan es realmente irrisorio frente a lo que plantea la coordinadora, que yo no sé a qué Uruguay representa la coordinadora tampoco, pero hay un número y hay una asociación. No todos nos involucramos con ella pero bueno, al menos marca una vara y el Estado marca otra vara totalmente por debajo.*

*F7: El pago de la caja profesional, el pago de la supervisión, uno va sumando y a veces el costo-beneficio quedas en números rojos, sobre todo cuando empezás trabajando en rojo, o sea, pagás para trabajar gran parte del tiempo, vas pagando por la experiencia. Y lleva bastante tiempo que sea rentable.*

*F6: Lo que sí, bueno, el tema del pago, fue muy difícil esa parte, porque empecé teniendo que sacar de mi bolsillo para poder trabajar, porque al principio tenía muy poquitos pacientes. Tenía que abrir la caja profesional, el BPS, y eso fue difícil al principio.*

#### **1.4 Trayectoria\_Salida/Desistimiento**

Una dimensión de análisis importante en lo que refiere a la presente investigación, tiene que ver con los motivos, causas o razones que señalan las entrevistadas vinculadas al abandono, renuncia o cese del trabajo en los institutos. Se señalan como motivos elementos vinculados a disposiciones institucionales, condiciones laborales y proyectos personales, que repercuten o entran en conflicto entre sí. También en relación con el desempeño de la práctica profesional y la vivencia en torno a ella, donde aparecen dilemas

éticos vinculados a las condiciones y las modalidades en que se trabaja. En algunos casos, las entrevistadas mencionan dificultades relacionales con las coordinaciones de los institutos, falta de flexibilidad, autonomía y garantías para los trabajadores. Todos estos puntos hacen de las clínicas medios de trabajo caracterizados por la rotación de los técnicos y la falta de permanencia de los profesionales.

*F3: Para los técnicos siempre es muy dificultoso el trabajo con las AYEX, como siendo franca.*

*F6: No me gustaba cómo trabajaba la directora. Tenía esa lógica más empresarial. Y sí, habían algunas cosas que no me cerraban en ese sentido. Ella era bastante difícil de carácter, e igual yo le planteaba las cosas, pero en lo que tenía que ver con los pagos, siempre había algún problema. Pero creo que estaba atravesada con esta cuestión, su interés era el de otro al que tenía yo ahí.*

*F8: Bueno, es como una preocupación que también un poco me ha andado en la vuelta, de que, bueno, no podés, no podés enfermarte y no podés maternar tampoco. En caso, no sé, en caso de que llegues a quedar embarazada y listo, tenés un embarazo, que podés ir trabajando, bien. Pero después no existe una certificación médica. Si voy los viernes y me certifico por ese día porque estoy enferma, yo necesito recuperar esas consultas.*

En las entrevistas realizadas, se señala con frecuencia malestar y desgaste asociado a la práctica en los institutos, así como una importante rotación de los profesionales trabajando en los centros. Las psicólogas entrevistadas manifiestan dos motivos principales vinculados a la rotación: por un lado, renuncias de las profesionales por decisión personal en tanto no se proyectan en el trabajo a largo plazo en estas instituciones, sea por la percepción de exigencias desmedidas, por la falta de garantías laborales como trabajadoras, o por las condiciones en que se desarrollan las prácticas.

*M5: La renuncia fue porque fue una clínica que para mí estaba muy desorganizada, muy demandante en el trabajo y poca remuneración, que es un poco lo que pasa en las clínicas BPS. La mayor crítica que hay es la remuneración y la exigencia del trabajo. Y son poblaciones de mucha contención. Y además es un trabajo, es unipersonal, tenés que tener tu empresa donde no tenés un derecho laboral. Entonces eso también pesa un montón.*

*F3: Sí, hoy no trabajo más y yo creo que tiene que ver con eso, con el régimen. Siento, capaz que es medio fuerte decirlo así, o es complicado para este ámbito,*

*pero me sentía como medio esclava de BPS. Generaba como un sistema en el que yo todo el tiempo tenía que ver si cubría, si no cubría.*

*F8: Bueno, no sé. Pero no es como un trabajo que me encante. Sí ando con planes de poder cambiar de trabajo. Capaz que esto responde un poco a la pregunta, pero bueno, no me gusta mucho la dinámica del trabajo, y esto de tanta demanda de niños, de uno tras el otro, que no me da seguridad. Trabajo por estas cuestiones, de si un día quiero ser madre, bueno, sé que este trabajo no me da seguridad, que si un día no sé, hago las cosas como no quieran las directoras, seguramente me quede sin trabajo. Sí, ando en planes de poder cambiar.*

*F9: Yo no quiero estar tanto tiempo así en eso, o sea, me di cuenta que no es algo que motive estar más tiempo en un trabajo así.*

Por otro lado, se menciona el despido, por decisión de las directivas de los institutos, que pueden concluir el vínculo del profesional y la institución unilateralmente, frente a discrepancias de perspectivas en torno a los tratamientos, exigencias de horas de trabajo y amplia disponibilidad horaria. Frente a los despidos, al ser trabajadores unipersonales, los profesionales no cuentan con derechos laborales ni indemnizaciones como liquidación por despido, salario vacacional o seguro de paro, entre otras cosas. Emerge como característica de los centros el frecuente recambio del personal técnico, y el temor al planteamiento de incomodidades o malestares por parte del equipo debido a la posibilidad de despido.

*F4: En particular en donde estoy se nota la rotación, se nota mucho donde hay profesionales que trabajaban el año pasado que ya no están por distintos motivos, o porque ya cesaron la permanencia de ellos, o porque ya se fueron. Y si hay una rotación notoria, y me da la sensación que tiene que ver con la inconformidad también.*

*Es algo que conversamos también con el equipo de trabajo, que hay otras personas que comunicaron malestares y demás y que no forman parte ya del equipo. Entonces también hay como esto de una cultura del miedo asociado donde las personas capaz que no comunican movimientos que quieren hacer por esto, por bueno, el terror a la no continuidad cuando sabemos que es un ingreso económico fijo y estable.*

*F8: Muchas veces no estamos de acuerdo con estas cuestiones. Pero no lo planteamos a la dirección, porque también pasa con esta clínica que muchas veces*

*como que se han planteado algunas cuestiones o algunos cambios de horario, y las directoras como que muchas veces, bueno, no te vamos a precisar más, y listo. Ha pasado con cuestiones de compañeras que piden, no sé, reducir la carga horaria, y bueno, no. No hoy, ¿sabés qué? No te vamos a precisar más, porque como nos estás expresando que no tenés como tanta disponibilidad o lo que sea, listo.*

*F10: Ahí me echaron, me echaron de mala manera, me mandaron un mensaje, porque también está esto de la unipersonal, de cómo es la relación laboral con las empresas, que las clínicas son empresas, pero como esa informalidad, porque me mandaron un mensaje de whatsapp, me echaron, no me dejaron hacer ningún cierre con ningún paciente, y claro, y todos los padres llamándome*

Esta dimensión entra en contacto directo con otras de las categorías que se abordarán detalladamente más adelante en este trabajo, como lo son las disposiciones institucionales, las condiciones laborales, y las particularidades de la práctica profesional de los psicólogos trabajando en estos institutos en convenio con BPS (AYEX).

## **2. Disposiciones Institucionales**

Las disposiciones institucionales de BPS y de los institutos atraviesan y componen las prácticas de las/os psicólogas/os que trabajan con niños y adolescentes desde las AYEX.

Los reglamentos de BPS y las directivas de los institutos entran en relaciones de conflicto, tensión y/o cooperación entre sí, repercutiendo en los abordajes psicológicos. Para comprender estos aspectos se describirán, en primer lugar, los elementos mencionados en las entrevistas sobre las disposiciones del BPS como órgano regulador de la práctica. Y, en segundo lugar, se abordarán las perspectivas de las entrevistadas acerca de las directrices de los centros como empresas mediadoras asociadas a BPS. ¿Cuál es el alcance de las disposiciones sobre las prácticas de los técnicos? ¿Cómo atraviesan sus abordajes?.

### **2. Matriz categorial Disposiciones Institucionales**

2. Disposiciones Institucionales	
2.1 Disposiciones Institucionales del BPS	2.2 Disposiciones Institucionales de los Centros

## 2.1 Disposiciones\_Institucionales\_BPS

En relación al BPS, como órgano regulador y de sostén de las Ayudas Extraordinarias (AYEX), las entrevistadas mencionan algunos puntos álgidos que atraviesan y modelan sus prácticas profesionales. Emerge una valoración de la normativa como rígida e inflexible, lo que afecta la autonomía técnica de las profesionales, el ejercicio directo de sus prácticas y las condiciones en las que se desarrollan, así como la calidad y, en algunos casos, la continuidad de los tratamientos.

Cabe aclarar que del discurso de las entrevistadas se valoran diferencias en algunos puntos en torno a la normativa. Diferentes versiones sobre las condiciones de posibilidad de los tratamientos, en cuanto a los distintos modos de abordaje posibles, las limitaciones, prohibiciones, y demás cuestiones. Por ejemplo, mientras que algunas entrevistadas mencionan que el trabajo grupal no está permitido por el reglamento, otras refieren recibir incentivo por parte de las direcciones de los institutos para llevar adelante abordajes grupales. Mientras que la mayoría de las entrevistadas sostienen que los abordajes psicológicos sólo pueden realizarse en apoyo a otro tratamiento, hay algunas que refieren la existencia de nuevas resoluciones del BPS que habilitan las AYEX sólo por psicología. ¿A qué responden las distintas versiones? ¿Es la normativa que no es lo suficientemente clara, o son los profesionales que la desconocen? ¿Qué lugar tienen los centros en la transmisión de reglas o lecturas distintas a las establecidas por el BPS?.

### 2.1 Matriz categorial Disposiciones Institucionales del BPS

Disposiciones Institucionales	2.1 Disposiciones Institucionales del BPS	2.1.1 Acerca de las políticas de inasistencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inflexibilidad y desconocimiento de los contextos sociales</li> <li>- Repercusiones en los profesionales y sus prácticas (salario, sobrecarga)</li> </ul>
		2.1.2 Acerca del lugar de la psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicología como tratamiento de apoyo</li> <li>- Incidencia en la independencia técnica y criterio de los profesionales</li> <li>- Mecanismos para el sosten de tratamientos- Efectos en los pacientes</li> <li>- Subordinación al criterio médico</li> </ul>
		2.1.3 Acerca de la normativa y la práctica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibilidades de intervención limitadas</li> <li>- Restringidas las entrevistas</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- con familias</li> <li>- Excluido de la normativa el intercambio con otros actores (escuela, club de niños, centros de salud)</li> <li>- Repercusiones en los tiempos de los profesionales y de los tratamientos</li> </ul>
		2.1.4 Acerca del BPS como órgano regulador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control, autoritario, funcionamiento persecutorio e intrusivo</li> </ul>

### 2.1.1 Acerca de las políticas de inasistencias

Según lo manifestado por las psicólogas entrevistadas, la estricta normativa de las AYEX ignora la especificidad disciplinar de la psicología, los contextos sociales en que se desarrolla la atención y las condiciones de vida singulares de los usuarios con quienes se trabaja. Señalan inflexibilidad en el marco normativo en cuanto a la política de faltas e inasistencias de los usuarios, en las que se desconocen las posibilidades particulares de cada familia de asistir al centro ante situaciones diversas, que van desde condiciones climáticas, como pueden ser lluvias e inundaciones, hasta económicas, como puede ser la imposibilidad de pagar boletos para el traslado. Según lo señalado por las entrevistadas, la normativa establece un límite de dos inasistencias injustificadas para que la prestación “caiga”. Eso lleva a que las técnicas tiendan a “maquillar”, o alterar las planillas de asistencias en pro de que los usuarios no pierdan la atención.

*F7: Y después, a mí me pasa particularmente, que la clínica en la que trabajo está en [localidad], entonces me pasa que hay familias que viven en casas bastante precarias, que si llueve les cuesta mucho venir, si llueve con intensidad. O el otro día me pasó una familia que la mamá me dijo, no los puedo traer hoy porque no tengo la plata para los boletos. Si nos regiríamos estrictamente por lo que BPS indica, con esa población sería muy complejo trabajar, como perderían muy rápido las AYEX.*

*M3: Lo que creo es que está muy lejos de la realidad, de todos los actores, de los profesionales que trabajan ahí. Y de las familias que acceden a ese servicio. Como que plantea cosas de una rigurosidad, de un criterio tan lejos de lo cotidiano que llama la atención. Por BPS caen los hijos de cualquier empleado. Yo tengo entendido que es así. Los que hacen aportes pueden solicitarlo. Y viene gente con muchas posibilidades y viene gente con muchas imposibilidades. Y necesidades. Entonces no es lo mismo una falta de una familia que tiene dos autos a una familia que no tiene championes. Y menos va a tener autos. Y en invierno va a faltar.*

*F2: Pero realmente hay otras personas que hacen el esfuerzo y no vienen porque realmente el guri está enfermo o tiene tres hermanitos más y el otro está enfermo y que no sé cuánto. Pero bueno, están, no sé, son las reglas del juego, lamentablemente. Entonces al final terminás como, no sé, maquillando un poco las asistencias.*

En cuanto a la práctica de los profesionales, la rigidez mencionada en el marco regulatorio repercute en el ejercicio clínico y en las condiciones de trabajo de las y los psicólogos: en caso de que los usuarios no asistan, y tampoco cuenten con certificación médica que justifique la inasistencia, los técnicos no obtienen el pago por la sesión correspondiente incluso cuando no hubieran sido avisados y se encontraran allí esperando. A esta normativa, se le agrega otra capa de complejidad, en tanto las certificaciones sólo son válidas si llevan un timbre profesional, lo cual resulta en muchos de los casos difícil de costear por las familias. Los profesionales se ven doblemente afectados: en cuanto a tiempo de su trabajo que no es reconocido, sobre el cual deben doblar esfuerzos para reponer sesiones, y económicamente, en tanto las sesiones no recuperadas no son cobradas por los técnicos.

*F1: Si faltaban por ejemplo, te descontaban, porque había que pasar la lista, y si BPS te descontaba, te descontaban. Y si no se pasa la falta con el timbre, y que también hoy en día la familia ahora también te exigen que cuando tenes certificado médico ponga el timbre. Hay muchas familias que no pueden poner el timbre, entonces no tiene validez.*

*F8: Cualquier motivo puede ser por enfermedad, por lluvia, porque la mamá se olvidó o porque no quiso ir. Siempre hay que recuperar.*

*M5: Vos tenés que hacer doblemente el esfuerzo cuando faltás, y también después sos responsable, si falta el niño o la familia tenés que vos suplantarlos*

*F7: Por ejemplo esto de que no pueden faltar, o se suspende, o la necesidad de reponer, cambiaba un poco el encuadre.*

La estricta normativa sobre las inasistencias y la necesidad de reposición de sesiones, así como la falta de flexibilidad y contemplación ante situaciones personales (como situaciones de enfermedad de los usuarios o los técnicos) conlleva una constante preocupación y desgaste por parte de las y los profesionales trabajando en los Institutos, así como modificaciones que se traducen en la práctica clínica.

*F7: Y después lo otro que ha pasado es que cuando está la posibilidad de reponer y uno lo hace, después es un poco difícil volver a encuadrar, nuestro día y horario es este, no podemos reponer siempre. Pero sí se puede reponer, pero la verdad es que es complejo reponer, no es tan sencillo.*

Sabemos que en la especificidad disciplinar de la psicología, las inasistencias así como las solicitudes de cambios de horarios, son pensadas y analizadas. Las inasistencias representan un insumo para el trabajo clínico, tanto para la reflexión técnica, como para el abordaje con los pacientes. En este sentido, cabe preguntarnos ¿cómo repercute en la práctica que las inasistencias no sean posibles en el curso de un tratamiento? ¿Cómo repercute en los tratamientos que los técnicos tengan el imperativo de estar siempre disponibles para los pacientes?.

### **2.1.2 Acerca del lugar de la psicología**

Otro punto de intersección entre el marco regulatorio del BPS y las prácticas de los profesionales refiere al lugar otorgado por las AYEX a la psicología como disciplina. De las entrevistas emerge que la normativa del BPS sólo financia el tratamiento psicológico como tratamiento de apoyo, complementario a otro tratamiento, como puede ser el fonoaudiológico, psicomotriz o pedagógico, entre otros.

A diferencia de las otras disciplinas, para las cuales se considera la posibilidad de trabajo o abordaje único, el tratamiento psicológico es señalado por las profesionales entrevistadas como el único tratamiento que no se aprueba en sí mismo, ocupando un lugar relegado, “secundario”, de acompañamiento o complemento de otros tratamientos. Si bien a simple vista este punto no parece presentar mayores dificultades, más que la problematización que se podría hacer sobre cuál es el lugar de la psicología en las AYEX, se presenta un punto de conflicto inminente: ¿qué sucede cuando el abordaje “principal”, fonoaudiológico, psicomotriz, o pedagógico, ya no es necesario para ese niño/a o adolescente, y el abordaje psicológico si lo es? ¿En dónde queda la independencia técnica, en cuanto a los criterios de los profesionales?.

*F1: Yo creo que a nivel BPS es un lugar secundario. Recién ahora la red de centros pudo lograr que habilitaran el tratamiento psicológico solo. Antes, como siempre habilitaban dos, por ejemplo, podía venir dos veces a pedagógico, podía venir dos veces a fonoaudiológico, pero el psicológico tenía que estar acompañado de otro tratamiento sí o sí.*

*F6: Viste que la psicología ahí en las clínicas interdisciplinarias, por lo general tienen un lugar así como secundario, nunca es el tratamiento principal, no mandan a un paciente sólo al psicólogo, sino que es como de acompañamiento, como que siempre tiene ese lugar más secundario.*

*M6: La burocracia del BPS, por ejemplo, creo que limita en este sentido. Bueno, nunca se puede dar un tratamiento psicológico solo porque el niño puede tener signos de depresión o de ansiedad o lo que fuese. Tiene que acompañar otro tratamiento, si no, no es válido.*

Las entrevistadas señalan en este punto un dilema ético y un problema en torno a la intervención, en tanto hay situaciones en que los tratamientos “principales” se sostienen, aún cuando no son necesarios, para poder darle continuidad al abordaje psicológico. Una pregunta que se impone en este punto es: ¿qué repercusiones puede tener para ese niño o adolescente, el sostener un tratamiento que no precisa, a costa de mantener otro? Otra práctica habitual que emerge de las entrevistas es que, en algunos casos, los usuarios son derivados, “paseados” por diferentes abordajes, sin fundamentos técnicos ni clínicos, con la finalidad última de mantener ese espacio de psicología.

*F9: Bueno, dificultades, bueno, sí, una limitación en psicología es que necesita otro tratamiento a la par, para que pueda acceder al tratamiento psicológico. Es una limitación, sin dudas, porque muchas veces necesita. Quizás ya nos ha pasado de niños, niñas que necesitan quizás continuar solo con el espacio psicológico, pero como también te tiene que dar otro tratamiento, no te puede dar solamente psicológico, terminas yendo, por ejemplo, a psicopedagoga un año más, cuando no lo necesita, o cuando ya está, ya completó, ya no tendría por qué continuar. Y eso nos pasa muchas veces de tener que hablar con los otros profesionales y decir, mira, este niño, niña, sería importante que pueda continuar, así que te pido que no le des el alta, para que siga viniendo, porque si no, no va a poder seguir conmigo, no va a poder seguir, y eso es una limitación grande, porque no tiene sentido, no tiene sentido que no pueda continuar solo con uno que necesita, continuar con otro. Y eso muchas veces lo que pasa es que claro, se agota el niño, niña, adolescente.*

*F7: Y ahí me acuerdo que la psicopedagoga, esto me lo comentó, cuando estaba trabajando con la mamá de este niño el hecho de que no necesitaba más, que veía que ya no se estaba volviendo tan necesario el tratamiento, en la mamá se despertó el miedo de que también se cayera la psicoterapia. Y ahí esto es una cuestión de, bueno, qué vamos a hacer, porque hay familias que tienen la posibilidad de costear un*

*tratamiento por su cuenta, de forma particular, y hay otras que no. Pero a la vez también se vuelve iatrogénico que el niño esté en un tratamiento que no está necesitando*

*F3: Por ejemplo, había alguien que necesitaba, o sea, se entendía que necesitaba tratamiento psicológico, y bueno, la psicopedagoga lo mantenía en tratamiento psicopedagógico solamente para que acceda al tratamiento psicológico. Eso pasaba pilones, y generaba como dificultades, porque obviamente le estás metiendo una actividad por meterle, distorsiona, lo que sea, pero también cuáles son las posibilidades de acceder a un tratamiento psicológico si no es de esa manera.*

Por último, en relación al lugar de la psicología en las AYEX, en las entrevistas aparece como un núcleo de conflicto la subordinación al criterio médico, el cual se toma desde la normativa como preponderante para la renovación, cambios y aprobaciones de los tratamientos. Se señalan situaciones en que el criterio médico entra en conflicto con el criterio del terapeuta tratante, lo cual muchas veces repercute en la posibilidad de continuidad de los tratamientos, llevando incluso a interrupciones forzadas o no previstas por los técnicos ni los usuarios.

*F5: La neuropediatra solicitó que había que cambiar, y yo no pude ni siquiera dar el alta, porque en realidad lo vi una vez más y listo. Que tampoco estuve de acuerdo, uno tiene que hacer un cierre más positivo. Yo me enteré que se cambió de tratamiento, lo veía al otro día, se cerró y ya quedó ahí. Fue muy fuerte para el paciente y para mí, para los dos.*

Si bien en el reglamento ocupan un lugar preponderante, en el que incluso se solicita la presencia de un médico en los institutos que sirva de “responsable técnico”, de las entrevistas realizadas se desprende que no participan activamente del trabajo en los institutos, ocupando un lugar secundario o ausente. Las entrevistadas manifiestan falta de contacto de los médicos que ocupan estos lugares con las situaciones, problemáticas y necesidades de las poblaciones con las que se trabaja.

*F1: BPS pide como, no sé cuál es el nombre, que tiene ahora, no sé si es referente técnico, orientador técnico, que tiene que ser como un médico, pero muchas veces ese médico firma como ante BPS y en la realidad no está*

*F7: Hay un médico que está fuera de la clínica, que no tiene idea de lo que está sucediendo, ni levantó el teléfono para preguntar, ni nada, que tiene el poder de modificar lo que sucede en el día a día, lo que sucede semana a semana, o lo que*

*sucede en los procesos. Quedamos muchas veces bajo el criterio médico, necesitamos que el médico apruebe la AYEX, o apruebe el cambio de tratamiento, y siempre hay que pasar por ahí, y sin embargo el semana a semana, y el seguimiento, no lo tiene.*

*M2: Y también me dejó pensando muchas veces como los psiquiatras o neuropediatras, no sé qué, indican tratamiento o dan altas a tratamiento sin tener a consideración el técnico. Me ha pasado que le han dicho nada más, mirá, a mí me dijeron que mi hijo ya, la psiquiatra me dijo que ya está de alta de psicológico. Yo me recaliento, obviamente. ¿Quién es la psiquiatra para decir que el niño está de alta o trabajó de determinada forma? Me ha pasado también. O sea, nosotros acá en estas [localidad] y allá no había como una psiquiatra de la clínica, pero sí de mutualistas, sistema de salud.*

### **2.1.3 Acerca de la normativa y la práctica**

Otro punto problemático vinculado al lugar de “tratamiento de apoyo” que tiene la psicología desde las Ayudas Extraordinarias refiere a las posibilidades de intervención en psicología, las cuales a priori están limitadas. A diferencia de otros abordajes, como el fonoaudiológico, por ejemplo, en el abordaje psicológico no pueden llevarse adelante intervenciones con frecuencia semanal doble. Este punto en sí mismo marca una limitante en relación a la forma de trabajo, y el alcance de las intervenciones en psicología. ¿Qué sucede con los casos que ameritan una alta frecuencia?

*M3: Son situaciones que requieren más frecuencia, que requieren que el gurí venga dos veces por semana, o que en la semana tenga una entrevista con el gurí, con la madre o el padre y eso no puede ser y creo que se nota que hay situaciones que no se pueden trabajar como lo requieren, con los encuentros que son necesarios y eso provoca cosas que después uno pierde la posibilidad de intervención.*

Vinculado a esto último, en las entrevistas aparece una limitante en la normativa en cuanto a los intercambios con las familias o referentes de crianza. De acuerdo a lo manifestado por las entrevistadas, las entrevistas con padres sólo estarían contempladas en momentos específicos del año, al comienzo o al final, lo cual repercute directamente en su práctica clínica, en tanto en las intervenciones psicoterapéuticas con niños y adolescentes el trabajo con padres ocupa un lugar fundamental.

*F6: Eso que conversábamos también del tema del trabajo con la familia, tal vez yo, si fuera por mí, tendría que atender siempre, por ejemplo, a un niño, y bueno, y cada*

*tanto citar a la familia en otro horario, y no tengo esa oportunidad porque sé que eso no se va a pagar tampoco. Entonces sí, en ese sentido, la práctica cambia, tenés que adaptar como, esas reglas de BPS*

*F8: Según reglamento, solo tenemos una consulta que podemos dedicar a los 45 minutos de los padres, que es a fin de año, a modo de devolución del año*

*F1: BPS también, en relación a los honorarios, se pagan cuatro sesiones, y cuando vos tenés entrevistas con la familia, cuando tenés en el mes seis sesiones, eso nadie te lo abona. Para mí es primordial citar a la familia. BPS no lo considera así.*

También se menciona excluido de la normativa el trabajo en conjunto con actores de instituciones educativas y de salud, como maestros, adscritos, o médicos. Este trabajo suele ser realizado sin ser reconocido ni remunerado. Se realizan los intercambios fuera de la hora del paciente, lo cual implica un desgaste de horas de trabajo no contempladas en la tarea.

*M5: Trabajar con niños y adolescentes no es solamente los 45 minutos de consulta, es un trabajo sistémico donde también se requiere de otros horarios, más tiempo, tampoco es pago, entonces se empieza a generar un desequilibrio.*

*M4: Y el tema ahí es que hay mucho tiempo que uno le dedica a la consulta, que es por fuera de la consulta. Y es un tiempo que muchas veces desde nuestro rol está bastante invisibilizado. Muchas veces lo que pasa es que uno termina coordinando entrevistas, no sé, en casos de padres separados, o maestros, club de niños, termina coordinando entrevistas por afuera y no pasándolas. Porque si no, es verdad que mucho se pierde del tratamiento con el niño o con el adolescente*

En algunos casos, teniendo en cuenta que estas intervenciones no son previstas ni abonadas como parte del proceso terapéutico, los técnicos muchas veces realizan instancias de intercambio en el horario de atención del paciente, lo cual también implica repercusiones en el curso de los tratamientos.

*M2: Si en el transcurso del tratamiento necesitas tener una entrevista con los padres, es como que estás un poquito limitado en ese sentido. Limitado en el sentido de que si querés tener una entrevista con padres tenés que suspenderle al niño, con lo que eso capaz que puede significar para el gurí.*

*F3: Lo que hacíamos sí era sustituir la sesión, o sea, como cualquiera, en vez de tener la sesión con el niño o la adolescente, teníamos sesión con el padre o madre*

*F1: Muchas veces lo que hacemos también, en un punto no está bueno para los otros niños, pero a veces tenemos que suspender niños, o sea, hay niños que se pierden ese día, porque bueno, tenemos que tener una entrevista con la familia, con otra situación, y no encontramos el horario, y es lo que venimos haciendo en realidad, priorizamos eso.*

En relación al horario de atención, en cuanto a la duración de las consultas y los tratamientos, emergen de las entrevistas dos puntos: uno, en torno al tiempo preestablecido de las consultas (45' minutos), y el otro relacionado a la duración de los tratamientos, que van desde financiamientos de la prestación de un año a dos, con posibilidades de renovación. Lo instituido en la normativa en relación a la duración de las consultas, es señalado por las psicólogas entrevistadas como limitante en la práctica, en tanto los profesionales no cuentan con flexibilidad para adecuar los procesos terapéuticos de acuerdo a las necesidades de los pacientes (ya sea para extender la hora en caso de que sea necesario, o para reducirla de acuerdo a las necesidades del usuario).

*F6: El tema del horario. Son 45 minutos, y a veces nos han escrito las directoras de la clínica, no se pueden ir ni dos minutos antes, porque fíjense que los padres están atentos y que después las quejas. Entonces, a mí me pasa que en la clínica particular no trabajo de esa manera, si tengo que terminar antes una sesión, se termina antes. Y en ese sentido está, por más de qué, a ver, no sé, lo he hecho también en alguna oportunidad, y sé que hay otros técnicos que también, en algunos casos se sabe que tienen que trabajar menos tiempo porque lo precisa ese paciente, y ahí está todo bien. Pero bueno, está como esto, que son 45 minutos, y que ese tiempo hay que cumplirlo. Y eso que conversábamos también del tema del trabajo con la familia, tal vez yo, si fuera por mí, tendría que atender siempre, por ejemplo, a un niño, y bueno, y cada tanto citar a la familia en otro horario, y no tengo esa oportunidad porque sé que eso no se va a pagar tampoco.*

*F5: Bueno, la comunicación, eso, ni hablar, 45 minutos, que bueno, que si la mamá de repente necesita más minutos, bueno, que pueda pasar cinco minutos más a la consulta ella, que hay otro paciente esperándote afuera, que eso es otra cosa que cuesta mucho también, ¿no?*

*M6: Yo cuando trabajo particular, hablo directo con los padres, resuelvo por mi cuenta, los tiempos son otros, yo puedo dar una hora completa, una hora reloj, 60 minutos, los centros tienen por defecto lo que se considera hora, son 45 minutos*

También señalan contar con tiempos preestablecidos para la realización de procesos psicodiagnósticos, que resultan acotados, y sobre los cuales mencionan repercusiones en dos dimensiones: por un lado en relación a la aplicación técnica, y por el otro en cuanto a la calidad de los resultados.

*F4: Cuando por ejemplo en el diagnóstico te exigen que tengas cuatro sesiones y es como que andas corriendo con el tiempo exigiéndole a veces también al niño entonces ahí vos tenés que ser muy minucioso*

*F7: Y en el caso de que sea un psicodiagnóstico, no sé, por ejemplo, a mí las entrevistas de juego particularmente me dan mucha más información que algunas técnicas. Entonces re veo aplicar algunas técnicas. Y cuanto menos tenés, menos posibilidad de contrastar entre ellas tenés también. Pero con las que tenés, sacás la información que pudiste sacar. Acota también la capacidad del diagnóstico. Lo que vas a mirar tal vez va a ser menor.*

*F2: Sí, no sé, en realidad, no sé cuál es el motivo de decir, bueno, así tan rigurosamente, mirá, en tres sesiones, porque más o menos, no sé, todos tenemos, ¿cuánto te puede llevar un psicodiagnóstico?, ponele, entre cuatro y seis sesiones, ponele.*

Por último, en cuanto al tiempo asignado por BPS para los tratamientos, vinculado a la posibilidad de sostener tratamientos a largo plazo, de uno o dos años, es valorado como un elemento positivo para el trabajo psicoterapéutico desde las AYEX.

*F3: Mira, particularmente con la AYEX estoy pensando que sí generaba posibilidades de trabajo como clínico, en el sentido de que no tenía la limitación del tiempo como si lo tienen otras prestaciones*

#### **2.1.4 Acerca del BPS como órgano regulador**

De las entrevistas emerge una valoración del BPS como un órgano regulador y de control, caracterizado como una institución persecutoria y autoritaria que, si bien garantiza el acceso a la salud mental, lo hace a través de un marco normativo inflexible e intrusivo. De acuerdo a las entrevistadas, y en concordancia con lo expuesto en los apartados anteriores, en el ejercicio del control sobre las prácticas, el BPS no considera las particularidades de la práctica clínica, y desatiende las condiciones laborales de los técnicos que brindan

servicios, así como los contextos en que se realizan los tratamientos, y las poblaciones con las que se trabaja.

*F1: Porque yo siento que en muchas instituciones BPS es un cuco. O hay bien inspección de BPS, o cosas así. Y si no pasamos la lista, y si no sé, y si no se pasa la falta con el timbre, y que también hoy en día la familia ahora también te exigen que cuando tienes certificado médico ponga el timbre.*

Incluso, en algunos casos, las entrevistadas señalan episodios de transgresión de la intimidad del espacio de la consulta, en los que el BPS “invade” los tratamientos, solicitando el ingreso a la consulta, con el fin de fiscalizar las prácticas de los profesionales. También señalan prácticas persecutorias con las familias, a quienes interrogan acerca de la asistencia, y la duración de los tratamientos, entre otras cosas.

*M3: BPS es como el gran hermano. Es 1984. Esta entidad es el gran otro de Orwell. En una clínica yo lo veo así. Como estas tipas se están persiguiendo que BPS va a saber todo. También es cierto que BPS es la policía, el cuco, lo que quieras. BPS llama a la familia para decirle ¿Está yendo? Porque si encuentran una incompatibilidad ahí, aparentemente también se puede armar un quilombo. (...) BPS tampoco singulariza las clínicas en su contexto, para flexibilizar. No hay un diálogo. Vienen a monitorear, no hay un agente social en BPS, hay un agente punitivo. Alguien que se vincule más con el territorio pero con la problemática, no con la desorganización de los formularios.*

*F3: De hecho a mí me pasó de llegar a que un padre viniera a contarme que habían caído a la casa, a preguntar desde BPS, a preguntar si nosotros cumplíamos con las sesiones, si cumplíamos con el tiempo, como un montón de... Un interrogatorio ahí de un poco el servicio que prestaba la clínica, entonces bueno, de ahí no sé. Una vez pasó también que llegué a la clínica y habían venido a hacer una inspección, y los inspectores de BPS solicitaban el ingreso a las sesiones. Yo no sé si se lo pidieron a algún colega, estaban en otras salas, y en este caso a mí no se acercaron, pero no sé si incluso pedirían el acceso al ingreso de la sesión. En el caso nuestro, por supuesto que sería muy inadecuado, no sé si pasó, pero sí pasó que te ingresaron a las sesiones de fonoaudiología, por ejemplo. O sea, se sentaron en el salón adentro mientras yo estaba trabajando.”*

Se menciona temor y preocupación de las técnicas, y sobre todo de las directivas de los institutos, en torno al control estricto de BPS en cuanto a las políticas de faltas y

reposiciones, y las pautas en cuanto a los horarios, frecuencia y duración de los tratamientos. Estos temores giran en torno a las multas y represalias del BPS, que se materializan en importantes descuentos y sanciones económicas para los Institutos. Temores que son trasladados desde las direcciones, y recaen sobre el trabajo de las profesionales, a partir de las disposiciones de las propias instituciones, lo que termina repercutiendo directamente en las prácticas de las psicólogas y psicólogos trabajando en los centros.

*M4: Sí, por parte de coordinadores, directores, hay como mucho miedo a las inspecciones de BPS, entonces como BPS tiene una estructura bien rígida respecto a las AYEX, los directores, los supervisores, se alinean con esas reglas.*

*M5: Cada vez yo veía que BPS, me parece que a través de los reglamentos y los cambios, se vuelve muy exigente a la clínica, y la clínica se lo traslada a los profesionales, a los técnicos. De mayor control, exigencias, pero poca remuneración, poco apoyo y de vuelta, no estamos dentro un amparo de derecho laboral. Ojo, porque si llega a caer una inspección de BPS, entonces nos cubrimos. Entonces, claro, llega un momento que, no, pero no completaste la planilla. Ojo, porque si cae, entonces empieza a generar miedo. Entonces genera todo un campo de conflicto*

## **2.2 Disposiciones\_Institucionales\_Centros**

En este apartado se abordarán las disposiciones institucionales establecidas por los diferentes centros de atención a niños y adolescentes en convenio con BPS (AYEX). Como se señaló anteriormente, si bien con fines expositivos se presentan los datos de forma compartimentada, es importante no perder de vista que existe una relación de mutua influencia e interdependencia entre ellos, por lo que seguramente se retomen algunos puntos ya trabajados.

De acuerdo a lo manifestado por las profesionales entrevistadas, si bien la normativa de las AYEX es común para todos los centros que mantienen el convenio, cada centro trabaja de forma diferente, e impone modalidades de funcionamiento heterogéneas para sus trabajadores. No todos los centros funcionan igual, y las disposiciones institucionales de cada uno de ellos tiene repercusiones en las prácticas clínicas de los y las psicólogas trabajando. Emerge una tensión constante entre las normativas del BPS, las políticas internas de las clínicas y la autonomía de los profesionales en la realización de sus prácticas.

Las principales diferencias radican en: la gestión del tiempo, los posicionamientos respecto a las inasistencias de los usuarios y las reposiciones, las pautas para la realización de psicodiagnósticos e informes, la delimitación (o no) de momentos de intercambio con otras instituciones y familias, y al interior de la propia institución, y el reconocimiento (o no) de los intercambios como trabajo remunerado.

*M3: Lo que quiero decir es que conozco un poco la dinámica de tres clínicas que tienen convenio con BPS y en eso como que cada clínica varía. Los márgenes de, no de encuadre, pero sí de algunas, bueno, cuestiones que también hacen al tratamiento, viste. Las faltas, las reposiciones, cada clínica tiene sus normas y que no hacen al tratamiento en sí, pero sí al encuadre. Y también me parece que en esto del rol de psicólogo hace a la comodidad del trabajo, ¿no? Como el respaldo que se tenga o la remuneración.*

*F6: Bueno, pasa que me parece que claro, cada clínica tiene como su particularidad.*

Asimismo, la ubicación geográfica de los centros incide significativamente en las características de las poblaciones con las que trabajan. Según lo expresado en las entrevistas, aquellos centros situados en barrios periféricos suelen atender a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en contextos de alta vulnerabilidad social. En contraste, los institutos ubicados en zonas más acomodadas reciben mayoritariamente a usuarios cuyas necesidades básicas al menos se encuentran cubiertas.

*F5: Estamos hablando de gente con muchísima necesidad, con hambre, con determinadas cuestiones, porque eso sucede en la clínica donde estamos, y bueno, y el contexto donde estamos. O sea, yo trabajo en [localidad], que el contexto es muy distinto, es en [localidad], o sea, hay como otro tipo de situación social económica, y bueno.*

*M1: Yo creo que es como diferente al resto, primero porque donde está ubicada, es una clínica que está ubicada en [barrio de clase social media-alta], entonces ya la población con la que trabaja era muy diferente*

*F3: Cabe aclarar que esta clínica era en [localidad montevideo], entonces la verdad es que yo encontré en ese lugar que habían familias como muy dispares, habían familias con recursos muy bajos que por suerte accedían a este tipo de prestaciones, pero después me pasaba de encontrar familias de arquitectos que capaz que pueden hacer uso de otro tipo de recursos para la atención, y sin embargo hacían uso de las prestaciones por ser trabajadores nomás.*

## 2.2 Matriz categorial Disposiciones institucionales de los centros

Disposiciones Institucionales	2.2 Disposiciones institucionales de los centros	2.2.1 Gestión del tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalidades de derivación y coordinación de consultas</li> <li>- Autonomía, flexibilidad o inflexibilidad en la coordinación de consultas</li> <li>- Lugar del primer contacto con los usuarios y sus familias</li> <li>- Demanda de disponibilidad horaria-atención masiva, en serie</li> <li>- Tiempos preestablecidos y limitados para psicodiagnosticos</li> </ul>
		2.2.2 Reposiciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigidez vs tolerancia frente a reposiciones de acuerdo al centro</li> <li>- Cobro a familias de inasistencias</li> </ul>
		2.2.3 Feriados y 5tas sesiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5tas sesiones como “vacío” en la norma</li> <li>- Posiciones diversas- sesion “a favor” vs sesion sin cobro</li> <li>- Vacaciones y feriados- sesión paga/ reposición/ exigencia de trabajo</li> </ul>
		2.2.4 Comunicación inter, intrainstitucional y familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disposiciones diferentes para la comunicación inter e intrainstitucional.</li> <li>- Reuniones al interior de la institución-obligatorias/opcionales- pagas/no pagas- mensuales/semestrales</li> <li>- Reuniones con otras instituciones- reglamentadas/no reglamentadas</li> </ul>
		2.2.5 Lugar de la psicología	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPS-psicología como tratamiento secundario/ Clínicas-psicología como disciplina valorada</li> </ul>
		2.2.6 Empresas con fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clínicas como empresas con fines de lucro</li> <li>- Repercusión en la atención y el ejercicio de las prácticas-</li> </ul>
		2.2.7 Control sobre las prácticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control administrativo</li> <li>- Control sobre aspectos técnicos- informes, valoraciones diagnosticas.</li> </ul>

### 2.2.1 Disposiciones de los centros en cuanto a la gestión del tiempo

La gestión del tiempo, en cuanto a los horarios adjudicados para la consulta, su coordinación, posibilidades de cambio y demás aspectos (como reposiciones, vacaciones, feriados, 5tas sesiones, intercambios con padres e instituciones educativas, etc.) varía en los diferentes institutos. Estas variaciones implican diferencias que se manifiestan en la flexibilidad de los encuadres, la remuneración de actividades complementarias y la autonomía de los profesionales.

Si bien la disposición del tiempo de la consulta (45 minutos) se mantiene como una norma común, invariable e irreductible en todos los centros, hay manejos institucionales diferentes en lo que respecta a la coordinación de las consultas. En algunos institutos, los profesionales manifiestan a la dirección la disposición de días y franjas horarias predeterminadas, y sobre ellas son los mismos profesionales quienes coordinan con las familias. En otros, es la secretaría, o la administración del centro que, en conocimiento de la disponibilidad horaria del profesional, realiza las coordinaciones de las consultas.

Algunas entrevistadas manifiestan flexibilidad por parte de las instituciones para con los profesionales, de acuerdo a sus criterios y posibilidades, para la organización de sus horarios de trabajo. Son las profesionales quienes de manera independiente organizan su agenda, de acuerdo a las derivaciones que reciben y los horarios que disponen. En este sentido, siempre que se mantenga la atención y haya lugar físico disponible en la institución, cuentan con la flexibilidad de hacer movimientos en la agenda de manera autónoma. Por ejemplo, si saben con anticipación que un paciente no asistirá a la consulta, tienen la posibilidad de reprogramar algún horario para reducir la jornada, o de agendar algún intercambio pendiente con las familias, o con alguna institución.

*M2: Lo que sí el horario es uno mismo quien se lo coordina. Tú tenés una determinada cantidad de horas disponibles en determinados días, y ahí vos te manejas con libertad. Hasta llenar, digamos, esa cantidad de horas.*

*F5: Manejo yo mi agenda ahí, siempre y cuando haya un consultorio disponible, porque en realidad mi elección está vinculada a la disponibilidad de consultorios también.*

Sin embargo, la mayoría de las entrevistadas menciona la coordinación de los horarios de atención por medio de las secretarías o administración de los centros. Sobre la base de horas disponibles para la atención que los técnicos hayan pasado, la administración o secretaría va haciendo las coordinaciones. En este punto se plantean algunos problemas en

relación a la práctica de los terapeutas ¿Qué lugar tiene el primer contacto con los usuarios? Sabemos que en la práctica clínica el primer contacto, con la familia o el paciente, es un insumo que brinda elementos para el análisis de aspectos vinculados a la demanda, el motivo manifiesto de consulta o mismo la presentación de los consultantes. En este sentido, hay algo de ese momento inaugural en los tratamientos que se pierde.

*F9: Porque en mi caso al menos nosotros no somos los que agendamos a los pacientes, la agenda como toda la administración, entonces muchas veces llegan y no sabes ni el motivo de consulta, simplemente te avisan, mirá, tenés un paciente nuevo y no sabés quién es, no sabés nada y te encontrás medio que ahí, con la situación.*

*F10: Hay clínicas que incluso las secretarias hacen anamnesis. O sea, ahí ves la desprofesionalización de la intervención*

Por otro lado, las entrevistadas señalan muchas veces rigidez en los tiempos, en concordancia con la normativa del BPS, y la imposibilidad de modificar la agenda. También manifiestan una demanda importante por parte de las instituciones de disponibilidad horaria para la atención, y en ese sentido, la coordinación de consultas de forma consecutiva “una tras otra”, de manera de dar atención a una gran cantidad de pacientes por día. Incluso, en algunos institutos, se exhorta a los profesionales a la agrupación de usuarios, de a duplas, sin tener en cuenta criterios técnicos ni terapéuticos. Este punto será abordado con mayor profundidad en los apartados posteriores.

*F4: Sí, es 100% la clínica, desde el equipo de secretaría y coordinación. Vos fijaste a la hora del ingreso disponibilidad de horarios. En mi caso, por ejemplo, a los miércoles disponibilidad de 12 a 7 de la tarde. A medida que te van quedando huecos ellas van ofreciendo el horario y la familia se está de acuerdo, te lo agendan. Los movimientos de la agenda no están permitidos, siempre y cuando la familia no es la que te pida.*

*F8: Es como una cantidad de niños que veo en eso, tipo 45 minutos, 5, 45, 5, 45, 5, que, bueno, la carga horaria sí se nota un montón. Traté de reducirla y, bueno, me dijeron que no, que había un contrato por dos años, que no se podía cambiar eso. Porque también creo que está un poco esto relacionado que claro, como es tanto esto que exigen de tomar tanto niño, tanto niño, tanto niño claro, da menos tiempo a que el trabajo sea de calidad también. Entonces claro, no es mi caso, pero tengo compañeros que tienen no sé, 80 chiquilines*

*F6: Y después, a ver, no sé, qué más, está el tema de los horarios, que sí o sí hay que atender cada 50 minutos, dejándonos 5 minutos en el medio. Están como fijos esos*

*horarios, eso antes no era así, antes teníamos más libertad de poner lo que quisiéramos.*

Otro punto vinculado a la gestión del tiempo, tiene que ver con los manejos que pautan las distintas instituciones en torno a la elaboración de psicodiagnósticos. En algunos centros, cuando un usuario requiere un psicodiagnóstico, durante el mes en que es realizado el procedimiento, la persona no asiste a los otros tratamientos que tiene asignados. De esa manera, si bien el salario no termina de equipararse al planteado por el arancel, los técnicos que realizan el psicodiagnóstico cobran el doble de lo que reciben generalmente por el trabajo clínico habitual. En otros, demarcan tiempos para la realización de los psicodiagnósticos, que los profesionales valoran como breves, lo que implica repercusiones en la aplicación de los instrumentos, y en la fiabilidad de los resultados. Para la realización de informes, también se marcan pautas y tiempos específicos, diferentes en cada centro.

*F2: Te pautan a veces las evaluaciones, que por ejemplo BPS a veces te pide tres sesiones, no sé, o cinco sesiones, y bueno, tenés que hacer una evaluación en tantas sesiones, y bueno, la tenés que hacer. El tiempo, no la forma de trabajar, sino el tiempo, ponele, pero esto me ha pasado últimamente, no sé si son nuevas, no sé, como nuevas cosas que saca BPS o es una cuestión esporádica, pero tal, una evaluación ponele en tres veces es como medio complicado, pero bueno, quieren tres veces, la hacemos tres veces, no pasa nada.*

*F9: Esos psicodiagnósticos que llegan, son hechos de forma muy rápida, muchas veces te dicen, fue dos veces y en dos sesiones le hicieron un psicodiagnóstico, según lo que me plantea la familia. La consideración que tengo, después voy viendo, obvio que sirve y que ayuda, pero casi siempre te diría que un 80% llegan con psicodiagnósticos que se hacen de forma muy rápida, que es como que, bueno, te hace un poco dudar también de qué tanta profundidad o certeza puede tener eso*

### **2.2.2 Disposiciones de los centros en cuanto a las reposiciones**

El tema de las reposiciones, su lugar en la práctica profesional de los técnicos, y en relación a las condiciones laborales en que se desarrollan, es un núcleo problemático que insiste y se reitera en las distintas entrevistas. Como se mencionó en el apartado acerca de las políticas de BPS sobre inasistencias, la normativa de las AYEX establece la exigencia de cuatro sesiones mensuales. No contempla los motivos de las faltas, ni tampoco el lugar y

tiempo de los profesionales trabajando. En caso que los usuarios falten, los técnicos están obligados por la normativa a reponer la sesión para recibir el pago.

En relación a este punto, emerge de las entrevistas que los centros adoptan posiciones diferentes. Algunos le exigen a los profesionales rigurosamente la reposición para el cobro de la consulta, mientras que otros, especialmente en contextos de vulnerabilidad socioeconómica donde las familias pueden enfrentar dificultades para asistir, presentan mayor tolerancia y flexibilidad, asumiendo el riesgo del descuento y la sanción por parte del BPS.

*F7: Ahí la clínica tiene como cierta tolerancia en las faltas. Como si nos registráramos estrictamente por lo que BPS indica, con esa población sería muy complejo trabajar, como perderían muy rápido las AYEX.*

*F3: Las prestaciones no permiten eso, no se puede tener faltas, entonces son muy rigurosos con eso. Yo creo que también depende de cada clínica, hay algunas que tienen más flexibilidad que otras. Sé que hay otras clínicas que capaz que no son tan estrictos con esto de las faltas, las sesiones, y principalmente las faltas de los técnicos.*

*F8: Hay que hacer la recuperación de la inasistencia por cualquier motivo. Cualquier motivo puede ser por enfermedad, por lluvia, porque la mamá se olvidó o porque no quiso ir. Siempre hay que recuperar.*

De las entrevistas emerge que hay algunos institutos en los que se cobra la inasistencia a las familias, como modo de disuadir las faltas, y también de resguardar económicamente a los técnicos.

*M3: Hay clínicas que responden más a ese mandato de BPS y otras que responden más a la lógica subjetiva de cómo son los tratamientos. Ante la falta del niño hay diferentes posturas. Una clínica, por ejemplo, la familia paga la falta. Paga lo que descuenta BPS, porque no se le va a mentir a BPS. Se le va a decir, faltó este día, BPS va a descontar, la familia se va a hacer cargo de cubrir eso que BPS descuenta. Entonces es extraño, porque el tratamiento no se cobra, pero se cobra la falta. O sea, se le paga a BPS, no al técnico. Y otra clínica, cuando faltan, se pone que vino. Y ya está, y se trabaja la falta con la familia, pero BPS no se entromete.*

*F6: Y ahora en esta clínica están mucho más exigentes. Desde el año pasado, de que si faltan una vez, le cobran, y le cobran muy caro, le cobran mil y algo la sesión, o sea, si ellos faltan tienen que pagarlo. O si no, se les da de baja este tratamiento.*

### **2.2.3 Disposiciones de los centros en cuanto a feriados y 5tas sesiones**

Las AYEX estipulan la cobertura de al menos dos tratamientos, de frecuencia semanal, significando que mensualmente los usuarios deben recibir 4 sesiones. Ahora bien, ¿qué sucede con los meses en que hay 5 sesiones? La normativa del BPS no lo contempla. Las 5tas sesiones aparecen como un “vacío” en el marco regulador de las AYEX, frente al cual los distintos institutos marcan diversas posiciones. Posiciones que van desde exigirles a los profesionales el trabajo de esa sesión “extra” sin percibir remuneración a cambio -sólo se pagan las 4 sesiones estipuladas- hasta la asunción por parte de los centros de la responsabilidad del pago de la sesión. En otros casos, las 5tas sesiones se computan como sesiones “a favor” sobre las cuales los centros se toman la libertad de cerrar la atención en fechas puntuales, como feriados o vacaciones.

*F1: En este otro lado, donde yo estoy, lo que se ha generado es, bueno, sí, hay meses, no sé, que tiene cinco martes o cinco jueves, esa quinta sesión, nadie te la abona, pero vos te podés tomar, no sé, dos asuetos en el mes, o en el año, perdón. O este año se cambió la modalidad, que en turismo no se trabaja, que en vacaciones de julio, la primera semana cierran, como otras cuestiones, que otras clínicas, no.*

*F2: Sí, en donde yo trabajo te pagan esa extra, digamos. Te pagan por consulta. En el otro trabajo donde yo trabajaba, no. Si tenías cinco, eran cinco, y bueno, te pagaban cuatro, digamos. O sea, te pagaban siempre igual, digamos. Acá sí te pagan esa quinta. Acá sí te pagan esa quinta.*

*M4: Y si vos a veces trabajás de más, porque ya te digo, yo que voy los sábados ahora, tenés cinco sábados en un mes, vas a cobrar lo mismo, cuando trabajás una vez menos, o cualquier situación, sí, te lo van a descontar. Entonces... Como que no se contempla cuando hay trabajo extra, pero sí cuando hay una falta por alguna cuestión.*

*F6: Y lo de las quintas sesiones, bueno, también quedan como, a cuento de esto, del trabajo que queda por fuera, como los intercambios con referentes de otras instituciones*

*F8: No pasa nada. Las hacemos como si fuesen cuatro. Que tengo entendido que en otras clínicas, porque mi prima trabaja en otra, tienen que trabajarse así cuatro y la otra les queda libre. Bueno, no, nosotros si un mes tiene, no sé, cinco lunes, trabajamos los cinco lunes.*

*M3: BPS da un pago fijo, ¿no? Eso es lo que nos da y lo que nos exige es tener cuatro sesiones al mes. Hay clínicas, por ejemplo, donde se trabajan, si hay cinco lunes, se trabajan los cinco lunes. ¿Por qué? Bueno, porque BPS no permite que se falte, pero es rarísimo. Porque es como un vacío ahí que no terminas de entender si te queda a favor, si la laburas gratis*

En el caso de los feriados y las vacaciones, de las entrevistas emerge que también hay diversidad de posiciones por parte de los centros: algunos cierran y pagan esas sesiones, en el entendido que hay sesiones “a favor” por las 5tas que se mencionaba antes. Otros cierran, pero les exigen a sus trabajadores que luego recuperen esa sesión para poder recibir el pago. Por último, están los institutos que en feriados o vacaciones no cierran y les solicitan a los técnicos que trabajen esas fechas, lo que en muchos casos genera malestar en tanto los técnicos asisten, muchos usuarios faltan, y las sesiones igualmente luego deben ser recuperadas para ser cobradas.

*F2: No sé, turismo, día feriado, no, no se puede porque BPS, no sé qué. Después vas a trabajar y no te viene ningún chiquilín. Entonces si vos le pones la falta a todos esos chiquilines que se tomaron sus vacaciones, porque se tomaron sus vacaciones, entonces te tienen que descontar.*

*F4: Sí, por ejemplo tiene que ver con la clínica en determinados periodos, como puede ser turismo, o vacaciones de julio, decide darnos mini-vacaciones, esa semana cierra. Entonces claro, a cara de BPS el niño tiene que en julio tener cuatro sesiones, y en estas cuatro sesiones, si cerrás una semana, el niño tiene tres, entonces pierde como la familia y ese niño, entonces lo que hacen es pedirte que recuperes esa sesión, que cierre la clínica.*

#### **2.2.4 Disposiciones de los centros en cuanto a la comunicación intrainstitucional, interinstitucional y familiar**

Si bien la normativa de las AYEX explicita en qué momentos del año y de los tratamientos están contemplados los intercambios con padres, no hay ningún punto del reglamento que considere el intercambio de los profesionales con las instituciones educativas, de salud, o comunitarias a las que puedan estar asistiendo los usuarios de la prestación. Tampoco en

relación al intercambio al interior de los institutos. En este sentido, de las entrevistas emerge que cada centro presenta disposiciones particulares para el trabajo en cuanto a la comunicación intrainstitucional e interinstitucional, así como en relación a la comunicación con padres o referentes de crianza. Estas disposiciones claramente son importantes en el marco de esta investigación, en tanto determinan directamente las prácticas de los profesionales, sus intervenciones y modos de habitar y vivenciar el trabajo.

Acerca de los intercambios al interior de las instituciones, de las entrevistas emergen distintos modos de funcionamiento instituidos por los centros: hay centros que encuadran con sus trabajadores reuniones mensuales, con el fin de trabajar clínicamente situaciones y fortalecer la interdisciplina, o para el desarrollo de instancias formativas o de cuidado de equipo. Este modo de funcionamiento a su vez es heterogéneo. Hay entrevistadas que señalan y valoran los espacios referidos como nutritivos en cuanto a la formación de los profesionales, mientras que hay otras que señalan la caída en una lógica administrativa, en la que se pierde de vista el objetivo formativo clínico y de encuentro interdisciplinar.

Por otro lado, hay entrevistadas que señalan dificultades en la adherencia por parte del equipo técnico a las reuniones, que suelen estar pautadas los fines de semana, y para las cuales, en la mayoría de los centros, no está estipulado pago de honorarios. Si bien la mayoría de los mencionados encuentros no son obligatorios ni tampoco remunerados, algunas entrevistadas señalan que hay centros en que se encuadran como instancias obligatorias sobre las cuales los técnicos no reciben remuneración a cambio.

*F3: Se habían propuesto hacer reuniones de equipo, varias al año, pero terminaba pasando que como eran extralaboral, y no había retribución económica, pasaba que a la gente se le hacía difícil ir, ¿no? preferían poner particulares en su consultorio. Terminábamos teniendo reuniones de equipo anuales, en las que había temas como cuestiones administrativas, actualización de horarios, distribución de consultorios, cosas que tenían que ver más con la operativa, y si había alguna situación muy particular se podía pensar. Siempre se intentaba, pero no pasaba. Sí, había como una limitación más estructural vinculada al salario, a las disposiciones institucionales, tanto de las instituciones como de BPS también.*

*F6: Eso era más en la otra clínica, en [localidad], que nos reuníamos. Estaba un poco más pautado, una vez al mes, los sábados. Y eso no lo pagaban, porque siempre está ese tema de, y ahí hay que ir hasta [localidad], pasar ahí el sábado. Y ahí sí, alguno preparaba algún caso y lo presentaba, o si no, alguna cuestión teórica que quisiera presentar ahí con el equipo. Pero en esta clínica no son tan exigentes con eso, y nos*

*reunimos dos veces al año. Y no es como para, sí, se habla de lo que surja, si alguien quiere comentar de algún caso, se conversa. Pero por lo general es para transmitir más información administrativa, de los informes, es más como para eso, se proponen dos días, y se hace una votación, y cuando está la mayoría se hace. Yo últimamente no he podido participar mucho de esas reuniones, y no hay ningún inconveniente con eso.*

*F7: Nosotros tenemos reuniones de equipo que son casi todos los meses. Hay algunos meses que no, creo que noviembre, diciembre y no. Pero es una cuestión de que los tiempos son más complejos en esas fechas, y hay que hacer los informes. Yo en la clínica que estoy hace muchos talleres la clínica, entonces hay muchos talleres que son interdisciplinarios para las familias y para los trabajadores de la clínica, y después las reuniones de equipo siempre tienen un perfil bien interdisciplinario, buscan lo común. Los talleres tampoco son obligatorios. Yo me he enterado que en otras clínicas sí lo son. Las reuniones de equipo las fechan desde principio de año, y bueno, el que puede ir va, el que no, no.*

*M2: Sí, provee el lugar, pero no provee el honorario. Por ejemplo, acá en [localidad], por ejemplo, es un sábado cada un mes. Está, hay un tiempo que ya está estipulado.*

Además de las reuniones de equipo generales, hay institutos que establecen reuniones por área de trabajo. Cada disciplina cuenta con un referente, que es quien coordina los intercambios y el área respectiva. Si bien los referentes suelen ser técnicos de la misma disciplina, generalmente con mayor experiencia y trayecto formativo y clínico, hay entrevistadas que señalan casos en que los referentes de área son de otras profesiones. Este punto es señalado como núcleo de conflicto, en tanto mencionan requerimientos o situaciones clínicas que no podían ser valorados adecuadamente por los referentes, debido a un desconocimiento de la especificidad disciplinar de la psicología.

*F1: En las maestras hay una maestra, en fonoaudiología hay una maestra con especialidad en lenguaje, pero en psicología hay una maestra, como de coordinadora de área, que eso también ha traído una que otra rispidez, o que a veces no entienda algunos pedidos. A veces nosotros hacemos ciertos pedidos y capaz que la maestra en realidad no lo entiende tan así. Por ejemplo, determinado tipo de juguetes para las cajas de juegos.*

*M5: Sí, sí. Estaba todo agendado, o sea, estaba todo planificado. Y después empezaron a instaurar reuniones por área, también. Puede ser la reunión general, que*

*[nombre clinica] las pagaba, pero creo que es una decisión de la clínica, que no, este no se pagaba. Nosotros me acuerdo que hicimos una propuesta y dijeron que no, que [nombre clinica] BPS no las paga, pero la clínica sí lo hacía. Era como una hora más de consulta para los que asistían. Estaban pautadas, todas pautadas, nada era sucesivo, era organizado. Lo que pasa es que como BPS cambiaba tanto las normativas las reuniones eran más administrativas que de los tratamientos, porque el objetivo era, como todas las reuniones, un poquito administrativo para ir a ordenar, meternos todo el teléfono, enseguida vamos de lleno a la clínica.*

Los intercambios con otras instituciones, de salud, educativas, del medio comunitario, y demás, si bien no están contemplados en la normativa de las AYEX, encuentran diferencias en cuanto al posicionamiento de los institutos: hay algunos centros que no los pautan de ninguna manera, dejando al libre albedrío, voluntad y valoración del profesional cuando y por qué motivos llevarlos adelante. Hay otros, que establecen ciertos momentos del año la exigencia a los profesionales de mantener los intercambios, por ejemplo con las instituciones educativas. En la mayoría de los casos los profesionales manifiestan realizarlos fuera de su horario laboral, sin ser remunerados ni reconocidos. En otros casos, como se planteó anteriormente, las reuniones se coordinan en los horarios de consulta o se homologan a lo que sería una sesión con los pacientes.

*M2: ¿Sí se pagan el horario? No. Eso tampoco cuenta como sesión. No, es una comunicación por fuera, pero sí es cierto que es horario laboral. Sí, es tiempo de trabajo.*

*F4: Ellos por política debemos contactarnos con las instituciones educativas, los maestros y las maestras referentes de los niños, entonces vos tenés que llenar una planilla que luego se entrega. Al principio cuando yo ingresé era un contacto en el año, donde la idea era dejarlo en planilla como para tener un respaldo para ellos. Hoy en día por ejemplo las políticas cambiaron y son tres contactos al año, por paciente, por niño. Es todo trabajo extra que va enmascarado en el contrato independiente, es como un poco paralelo a los informes que realices. El contacto con la institución educativa nunca es dentro de la hora del paciente, siempre es por fuera, porque a veces haces llamadas telefónicas o videollamadas y no podés anotarlos como recuperación.*

*F6: Los encuentros con maestras, con otros referentes de los chiquilines, eso queda por fuera, ¿no?, eso también es algo que no se paga. Y ahí sí tengo que encontrarle yo algún horario de mi tiempo libre como para poder tener esas reuniones y esos*

*intercambios que se hacen seguido, en la mayoría de los casos, y ahí no es que diga, ah, bueno, sí, hacemos la llamada en el horario del paciente*

*M5: También, o a veces no siempre se podía en horario de consulta, porque hay que manejar los tiempos de las otras personas, desde las maestras, psiquiatras, padres separados, que en horario muchas veces no podían asistir, entonces tienen que ser en otro horario. Entonces esos cambios, pero también esos cambios requieren de que uno tenga disponibilidad por fuera del campo de horario en el que trabajas en la clínica. Eso ya demanda ajustar otros horarios. Y eso también va generando un desgaste, o tenés que recuperar. Y después cada clínica se maneja distinto ahí también a veces*

Algo similar ocurre en relación a las entrevistas con los padres: mientras que algunos institutos mantienen un posicionamiento más flexible, dejando a criterio técnico el momento de citar a los padres, otros institutos mantienen un posicionamiento más rígido al respecto. En tanto la normativa solo contempla los intercambios con padres o referentes de crianza al comienzo y el final del año, hay centros que adhieren sin tener en cuenta las valoraciones de los profesionales, ni tampoco las necesidades de los usuarios.

En estos puntos se visualiza como el marco institucional del BPS atraviesa los centros que brindan servicios, a la vez que estos centros marcan disposiciones que demarcan directamente las posibilidades de intervención y las prácticas de los técnicos.

### **2.2.5 Acerca del lugar de la psicología en los centros**

Como se mencionó anteriormente, de las entrevistas emerge que, de acuerdo a lo precisado en el reglamento de las AYEX, la psicología es considerada como un “tratamiento de apoyo”, secundario a los otros tratamientos. Sin embargo, a diferencia de lo instituido por la normativa, las entrevistadas señalan que en los centros interdisciplinarios la psicología es una disciplina muy valorada y estimada, tanto entre colegas de las otras disciplinas como por parte de las directivas de los centros. Se manifiesta un lugar importante para la psicología dentro de los centros interdisciplinarios, asociado al reconocimiento de la salud mental, y su repercusión en diferentes ámbitos de la vida de los usuarios, vinculares, sociales y académicos, entre otros.

*M2: Por BPS no te dan tratamiento psicológico per se, o sea, es como que te lo dan si está añadido otro tipo de tratamiento también. Por ejemplo, vos podés tener tratamiento fonoaudiológico sin necesidad de tener algún otro, por decirte algo. Yo qué sé, una cosa es BPS y en las clínicas, bueno, creo que es un lugar, es importante,*

*es fundamental. Siempre te están consultando respecto a, mirá, tengo determinada paciente que hace tal cosa o está atravesando esto. O sea, hay como una consulta y una escucha que creo que es importante.*

*F3: No, es un lugar súper importante me parece que está como valorado quizá a veces hasta por demás en el sentido de que cualquier cosa vaya al psicólogo, cualquier cosa lo resuelve el psicólogo y no siempre las condiciones están dadas para el tratamiento psicoterapéutico o no todo es objeto de psicoterapia*

*F5: No, no, importante, importante. Y la gente, si bien ignora los procesos y eso, tiene muy presente que hoy el rol del psicólogo es muy importante.*

*F7: Para mí tiene un lugar muy central la psicología en estas clínicas.*

## **2.2.6 Acerca de los centros como empresas con fines de lucro**

Un punto problemático señalado por las entrevistadas, refiere a la concepción de los centros de atención como empresas con fines de lucro. De las entrevistas emerge que los objetivos terapéuticos de los tratamientos, así como los encuadres de trabajo, en ciertos casos se ven afectados o limitados por la concepción de los institutos como empresas. La limitación en la realización de entrevistas con padres, la incentivación a agrupar pacientes para liberar horarios y atender un caudal más amplio de personas, la exigencia de cubrir amplios horarios de forma consecutiva para la atención en serie - “uno tras otro”-, la limitación de sesiones para la realización de psicodiagnósticos, y en algunos casos, la limitación en la compra de materiales, son elementos señalados por las entrevistadas vinculados al lugar de los de los institutos como empresas con fines de lucro y señalados como limitantes de las intervenciones.

*F6: Porque en la clínica de [localidad] la directora no tiene ninguna formación, es en realidad una empresaria que heredó esa clínica porque la madre sí era fonoaudióloga, y había abierto esa clínica. Y ella la heredó y solamente estaba ahí como empresaria. Entonces no tenía esa parte más, poder comprender de otra manera los casos, y eso a veces se hacía difícil también. Porque llegaba alguna consulta de algún paciente a ella, o alguna queja, o algo que en lugar de dirigirlo como al tratamiento, y decir, bueno a ver, esto que tiene que ver, capaz tiene que ver con algo del caso, cómo lo podés provocar vos, ¿no? Ella hacía una lectura rápida, bueno, como ella es empresaria, tenía que tomar una decisión. Y bueno, en ese sentido había como una gran diferencia en [localidad] y en [localidad].*

*F9: El encuadre es difícil mantener. Es como, bueno, es una lógica bastante como de empresa, digamos, lo importante es casi como que llegar a llenar los tiempos de pacientes. Son 45 minutos cada sesión, lo que está bien el tiempo en realidad, pero es uno atrás de otro, no hay un tiempo entre un paciente y el otro.*

*F4: Yo creo que tiene que ver un poco con el encuadre de la clínica privada, que a mi entender no deja de ser una institución con fines de lucro, como con fines de remuneración, que sí claramente tiene como mucho de lo social, y de la inclusión a personas que no pueden acceder a un servicio de psicología privado, pero igualmente no deja de estar esta parte lucrativa. Hay muchos interjuegos porque la clínica donde estoy exige, por ejemplo, cuando niños faltan, recuperaciones de esa falta, exigen también como tratamientos en duplas. Yo como profesional no estoy éticamente de acuerdo, entonces hago una valoración dependiendo del motivo de consulta, y lo que considero agrupar y lo que no.*

### **2.2.7 Acerca de los centros como órganos de control sobre las prácticas profesionales**

Así como del discurso de las profesionales entrevistadas, emerge una caracterización de BPS como un órgano de control omnipotente con características persecutorias, caricaturizado como “el cuco”, “la policía” o “el gran otro de Orwell”, de las entrevistas emerge que los centros también son instituciones con un importante control sobre las prácticas profesionales de sus trabajadores. Es claro el atravesamiento de las distintas líneas de fuerza - en términos Deleuzeanos- al interior de los institutos, y la forma en que estos atravesamientos tienen repercusiones en las prácticas de sus técnicos.

En cuanto a la psicología en específico, las entrevistadas señalan control en dos dimensiones: en aspectos administrativos, como la elaboración de planillas de asistencias, el cumplimiento del tiempo de las sesiones o las reposiciones- aspectos para los cuales no se diferencia la especificidad de cada disciplina- y también, en aspectos más técnicos como la elaboración de informes o en la aplicación y lectura de tests. Deviene necesario problematizar en qué lugar queda la autonomía y la consecuente responsabilidad asumida por el profesional. También, en relación a las prácticas clínicas de los y las psicólogos, emerge la pregunta: ¿en qué lugar queda la confidencialidad y el secreto profesional, cuando los informes son letra leída por cualquiera? Desde las directivas de los centros, que los solicitan para “corregirlos”, hasta los funcionarios administrativos de BPS que son quienes reciben esos informes.

Asimismo, resulta pertinente interrogarse sobre cómo afecta a las profesionales psicólogas, en sus prácticas y en sus vivencias, el desarrollar un trabajo clínico que se supone en un encuadre íntimo, privado, personal, realizar la atención ante la atenta mirada de las distintas instituciones involucradas. Se evidencia una tensión en dos puntos: la confidencialidad y la autonomía de las profesionales.

*F4: Ellos tienen como un mecanismo de cuando entregas informes los leen las directoras como para rechequear y una vez que te dan el ok lo devuelven a la secretaria así vos lo firmás. Me ha pasado en un diagnóstico donde el coeficiente dio muy descendido, que era algo evidente porque a nivel cualitativo yo lo observaba y demás, que bueno, me pidieron por ejemplo ver el WISC que había aplicado, y ahí fue como un lugar muy incómodo de habitar, ¿no? Es una técnica que en realidad es mía y del paciente hasta donde puedo también pasarte fotos para que vos lo corrijas porque no estás confiando en que el coeficiente dio descendido, ¿no? Fue como un lugar complejo y bueno, ellos lo quisieron rever con una de las psicólogas que hace más tiempo que está, se los tuve que pasar con la insistencia, me lo corrigieron y me dijeron, está bien corregido, pero la verdad es que no llamó la atención porque daba muy descendido*

*F6: En la clínica esta que trabajé en [nombre], como que leían mucho más, se metían más con los informes, como que los transformaban, como que los modificaban, intervenían más, como que estaban cuidando mucho más lo que se ponía, y no dejaban como tanta libertad en ese sentido.*

*F8: Bien nosotros elaboramos el informe. El informe se manda a estas compañeras que también se encargan de lo mismo. Ellas lo corrigen y cuando lo corrigen y está bien te lo devuelven para que lo firmes. Me he enterado de algún caso que han pedido por ejemplo a una compañera le pasó que le pidieron para un psicodiagnóstico y no sé si ahí le hicieron como alguna corrección o algo en relación a estas pruebas.*

### **3. Condiciones de Trabajo**

En este apartado se abordan elementos señalados por las entrevistadas vinculados a las condiciones de trabajo en que se desarrollan sus prácticas clínicas. Claramente, estas condiciones están atravesadas por algunos de los puntos trabajados en los apartados anteriores, tanto en relación a las disposiciones institucionales, como en relación a las trayectorias de los profesionales.

El control como característica común del BPS y los institutos, las altas exigencias de atención, las demandas de disponibilidad horaria y, en algunos casos, la rigidez en torno a ella, las exigencias y limitaciones en cuanto a la comunicación interinstitucional, con escuelas o centros de salud, las exigencias y limitaciones en cuanto a las posibilidades de trabajo con familias, las exigencias o responsabilidades de los profesionales como trabajadores independientes en contraposición a las exigencias como trabajadores contratados por una institución, las desiguales condiciones en que se desarrollan los tratamientos de las distintas disciplinas -el abordaje psicológico como tratamiento de apoyo que “necesita” de otro para ser llevado adelante- , son algunos de los puntos que hacen a las condiciones de trabajo de las y los psicólogos en el marco de las AYEX.

*F3: Yo nunca escuché a un psicólogo que te diga que es bueno trabajar para BPS porque estás como muy esclavizado y al final como que te deja de dar ganas de trabajar o te dicen bueno, tenés un paciente particular en la clínica, uno de BPS y ahí ni lo dudás es algo que no está bueno porque los procesos van por otro lado pero bueno, también no dejamos de estar en esas condiciones de trabajo que me parece que son jodidas.*

### 3. Matriz categorial Condiciones de trabajo

3. Condiciones de Trabajo				
3.1 Contratos	3.2 Precarización			
-Anuales, por dos años, sin contrato -Días y horas de atención -Momentos del año para realizar intervenciones (entrevistas) -Intercambios al interior de los institutos	Económica	Tiempo	Seguridad Social	Empresa Unipersonal

#### 3.1 Contratos

De acuerdo a las entrevistas realizadas, los distintos institutos establecen diferentes modalidades contractuales con los profesionales que contratan. Si bien los profesionales facturan como trabajadores independientes, mediante empresa unipersonal, la mayoría de los centros establecen contratos, con características, pautas y obligaciones diferentes para los técnicos que ingresan. Hay contratos anuales, contratos por dos años, o incluso centros en los que directamente no hay contratos. En los mencionados contratos se pautan cuestiones vinculadas a las prácticas de los profesionales como: los días y horas destinados a la atención, los momentos del año para realizar intervenciones con escuelas, o

instituciones de salud, así como momentos predeterminados en cuanto a las entrevistas con padres. También se pautan los intercambios al interior de los institutos, estableciendo días de reunión de equipo, mensuales en la mayoría de los casos, que suelen ser llevadas adelante los días sábados- en la mayoría de los centros estas reuniones no son remuneradas. En algunos los centros asumen el pago de ese encuentro, en el entendido que son horas de los profesionales destinados al trabajo para la clínica.

*F8: Fue un contrato que se estableció creo que el año pasado, en 2024, sí. Que el reglamento decía que por dos años la disponibilidad horaria y por las agendas que te abrías, no las podías, la tenías que mantener por dos años. O sea, por el 2024, 2025, en 2026 podías pedir algún cambio de horario. Esto sería todo para reducir la carga horaria*

*F4: Ellos tienen una especie de contrato, que bueno, obviamente ese contrato se va renovando. Nosotras empezamos a trabajar en febrero porque enero la clínica cierra, y ese contrato te lo vuelven a dar en febrero para releer las características, el encuadre, la duración de los encuentros, no sé, hay una regla, por ejemplo, que tenemos que comunicarnos con las instituciones educativas, tres veces al año, por ejemplo. ¿Viste? Hay como toda una normativa*

### **3.2 Precarización**

De las entrevistas realizadas emerge que las condiciones de trabajo de las y los psicólogos trabajando en clínicas en convenio con BPS (AYEX) se caracterizan por ser condiciones de precarización laboral. Trabajos inestables, de baja calidad, con bajos salarios y escasa (o nula) protección social para el trabajador. La precarización se presenta vinculada a cuatro dimensiones: económica, temporal, seguridad social, y exigencias del trabajo enmarcado desde las unipersonales.

#### **3.2.1 Precarización\_Económica**

Como se mencionó en apartados anteriores el pago por consulta, si bien varía de acuerdo a lo que cada instituto disponga, está muy por debajo del arancel estipulado. A este punto se le agregan algunas capas de complejidad: la demanda por parte de los centros de contar con disponibilidad para atender un amplio número de pacientes en una misma jornada; y la necesidad de los profesionales de “amontonar” o asumir el tratamiento de un amplio caudal de pacientes para garantizar un salario que les permita no sólo vivir, sino también solventar las obligaciones de pago que conlleva el trabajo unipersonal.

Las entrevistadas refieren jornadas extensas, caracterizadas por la atención continua de un elevado número de pacientes, con el objetivo de compensar los bajos montos percibidos por consulta. Esta dinámica se traduce en una sobrecarga sostenida, que contribuye al desgaste físico y emocional de las profesionales, particularmente en contextos donde no existen mecanismos institucionales de contención.

*F9: No pagan muy bien, entonces terminás tomando más pacientes para que te rinda un poco estar ahí, y entras en esa lógica de que, bueno, al final querés que te paguen un poco más, y te van a pagar un poco más por atender más pacientes, y terminás, o sea, como soy independiente, querés que te cubra al menos la caja, esas cosas. Sinceramente juega, pesa mucho eso, al menos para mí, eso pesa. Decir, bueno, poder tener un ingreso que no sea simplemente, bueno, estoy acá y solo me da para cubrir los impuestos que tengo que pagar para estar acá.*

*M2: Muchas veces nos suele pasar que tenemos que cargarnos de determinado número de pacientes para poder sacar un honorario estable que nos permita, bueno, sostenernos en el día a día, ¿no? Entonces hasta donde también muchas veces uno tiene que tener un determinado número de pacientes y esas cosas pasan por el cuerpo y se siente, se siente a veces el cansancio y el decir, pucha, qué cantidad que tengo que trabajar para lo que es bancar todo. Sí, hay que como juntar muchos pacientes para llegar a un honorario, a un sueldo. Sí, sí, sí, que te permita vivir.*

*M4: Hay días en que, por ejemplo, podés llegar a ver nueve o diez pacientes, y es real que hay una carga, sobre todo, no es tan física. Aunque con niños hay que poner mucho el cuerpo a veces, o sea, que también suele ser física, pero si no también mental, entonces el cansancio a veces puede generar tarde, eso. Entonces, ejercer la profesión desde el lado, tengo que ver tanta cantidad de pacientes sí o sí, para que esto ¿no? sea redituable, no es siempre la forma más amigable para mí de vivir la profesión.*

La ecuación entre la alta demanda asistencial y la insuficiente remuneración, configura un escenario laboral precario, en el que el compromiso clínico se sostiene a costa del bienestar del trabajador o trabajadora. El trabajo en estos términos es señalado por las entrevistadas como un elemento generador de malestar, desgaste y cansancio sobre los profesionales, que repercute en cómo vivencian su trabajo, así como en la calidad de la atención que se brinda.

*F9: Veo que todos estamos un poco agotados, agotadas, que termina siendo difícil, porque estamos todos medio que en la misma, ¿no?, de esto de que tomás quizás más pacientes de los que podés por un tema quizás económico, que terminás estando ahí por lo económico también, que muchas veces no estás de acuerdo del todo como en la forma de trabajo o con la institución, o con esa lógica más de empresa, no sé cómo decirlo, no como desmarcado, pero que terminás tratando de, bueno, de dar lo mejor, ¿no?, de dar lo mejor con lo que hay y como, pero yo noto un cansancio grupal, o sea, el cansancio, el agote como emocional de estar sosteniendo y de mucha demanda*

*M1: Si vos te pones a pensar, no sé, trabajar con 30 gurises, a veces de las situaciones en las que están inmersos, para mí es un disparate, implica un desgaste demasiado grande, y obviamente que las condiciones terminan generando que el técnico también tenga que acceder a trabajar con 30, porque si no trabaja con 30, con un montón de lo que implica el pago y todo eso, terminás trabajando por dos pesos, y también uno tiene que vivir en la realidad.*

*F8: También creo que está un poco esto relacionado que claro, como es tanto esto que exigen de tomar tanto niño, tanto niño, tanto niño claro, da menos tiempo a que el trabajo sea de calidad también. Entonces claro, no es mi caso, pero tengo compañeros que tienen no sé, 80 chiquilines.*

### **3.2.2 Precarizacion\_Tiempo**

En tanto la normativa de BPS no lo contempla, muchos profesionales manifiestan realizar trabajo por fuera del espacio y la hora de la consulta. Trabajo que, en algunos institutos es exigido como obligatorio, sin ser reconocido ni remunerado, y que da lugar a sobrecarga, cansancio, y agotamiento de los técnicos, así como a repercusiones en los cursos de los tratamientos. La realización de informes, el encuentro con actores del ámbito educativo, de salud, o del medio comunitario, son algunas de las prácticas que los profesionales realizan, y para las cuales no encuentran reconocimiento en sus trabajos. Otro punto vinculado a la precarización laboral de los psicólogos y el tiempo tiene que ver con las políticas de reposición ante las faltas de los pacientes, y el desconocimiento de meses en que se trabajan sesiones para las cuales no se obtiene remuneración a cambio (5tas sesiones).

*M2: La cuestión es que siempre terminamos como trabajando un día más, pero no ganando un día más, digamos. Ese es un gran problema que tienen estas clínicas. (...) O enfermedad, por ejemplo, no sé, faltaste porque estabas enfermo, había que reponer esa sesión. Si no se repone, hay un descuento. Lo cual a mí me parece un*

*poco injusto en estas cosas porque, por ejemplo, justamente los meses que hay cinco días de atención, ¿por qué es necesario reponer si me estás pagando exactamente lo mismo? He tenido algún que otro conflicto. Porque, claro, en cierta forma siento que es injusto porque estás trabajando un día más por el mismo honorario.*

*M4: Y el tema ahí es que hay mucho tiempo que uno le dedica a la consulta, que es por fuera de la consulta. Y es un tiempo que muchas veces desde nuestro rol está bastante invisibilizado, entonces no solo son los diez pacientes que ves cada día que vas, sino también todo el trabajo que eso lleva detrás*

La precarización de los técnicos, en cuanto a lo económico es indisociable del plano temporal, en tanto suele haber un desconocimiento del trabajo realizado fuera del consultorio, o al interior de los consultorios “sin los niños”. Es decir, el trabajo que implica el contacto con otras instituciones y actores que participan del cotidiano de los niños o adolescentes que reciben la atención- adscriptos, maestros, médicos, asistentes personales, etc-. Incluso las entrevistas con padres, instancias fundamentales de la práctica clínica con niños y adolescentes, no suelen ser reconocidas, lo que lleva a que los técnicos procuren espacios fuera de su jornada para llevar adelante estos intercambios, o en algunos casos, coordinar las consultas en el horario de los niños.

Por su parte, de las entrevistas se desprende la realización de tareas administrativas que se imponen como parte de las funciones profesionales, sin que estas estén directamente vinculadas al quehacer clínico. Las exigencias incluyen el cumplimiento de registros institucionales-ej. formularios de asistencia -y la actualización permanente de documentación solicitada por distintas instancias de control -ej. formularios de renovación. Estas actividades son percibidas como una carga adicional, que se superpone a la práctica asistencial. Tal situación amplifica la sensación de sobrecarga y contribuye a la fragmentación de la jornada laboral, ya que las tareas administrativas deben resolverse fuera del tiempo de atención directa a pacientes.

### **3.2.3 Precarización\_Seguridad Social**

De las entrevistas emerge que, paradójicamente, el BPS como instituto de seguridad social, no prevé mecanismos que contemplen eventuales licencias por enfermedad de los técnicos que brindan servicios para las AYEX. Tampoco prevé la posibilidad de las trabajadoras de maternar, o de transitar por una pérdida, o mismo la posibilidad de tomar licencias, por estudio o por vacaciones, lo que lleva a que haya un mes al año, enero generalmente, en el que los centros cierran y los técnicos no perciben ingresos.

*F8: Bien, bueno. Bueno, es como una preocupación que también un poco me ha andado en la vuelta, de que, bueno, no podés. No podés enfermarte y no podés maternar tampoco.*

*M4: Los técnicos no nos podemos enfermar porque perdés esa sesión, y como sos trabajador independiente no hay seguro que te cubra, no hay seguro de enfermedad que te cubra, entonces sí o sí tenés que salir a reponer esa sesión en otro momento, porque estás enfermo y estás trabajando igual, y ahí tiene su lado bueno y su lado malo. Y en la medida que no trabajás, no cobras. Entonces obviamente los beneficios como aguinaldo, licencia, salario vacacional, no forman parte de ningún tipo de contrato, porque está tercerizado. Y siendo independiente no accedes tampoco a un seguro, a un seguro por enfermedad, como cualquier persona en relación de dependencia, a partir del tercer día empieza a percibir, aunque sea un porcentaje de su sueldo.*

*F6: Ah, si se enferma tiene que reponer. No se puede enfermar, si se enferma repone otro día, y sí, yo no sé, tratá de no enfermarte para poder... pero no. Me ha pasado de tener una gripe terrible, falté muy poco, pero una vez tengo que faltar y está, y repuse un sábado.(...) Y en enero, en enero no trabajamos, eso es un problema muy grande, porque cierran las clínicas, y eso no se paga, y eso es muy difícil también. Porque es un mes que te quedas y sabes que en febrero no vas a recibir el pago.*

*F3: Una vez yo me esguince, no podía manejar, vivo en [ciudad], estaba muy lejos y además el consultorio donde yo trabajaba tenía una escalera muy alta, y yo tenía la certificación por BPS, pero a mí no me cubre, yo tenía que ir igual y cubrir la cantidad de sesiones que el niño, si eran 5 semanas, las 5 sesiones. Yo decía, bueno, pero a mí me certificaron 20 días, ¿cómo hago? Y bueno, esas sesiones las tenés que cubrir en otros momentos, yo tenía que ir otros días extra, digamos, por el mismo dinero, no tenía ningún tipo de cobertura en ese sentido, entonces la verdad es que era muy difícil.*

Profesionales independientes que trabajan bajo las características de un empleo dependiente, asumiendo las exigencias y demandas propias de un empleador que marca pautas y supervisa, pero sin recibir los beneficios y derechos de ese tipo de contrato. No solo no se presentan los derechos y garantías laborales, sino que también se deben asumir las responsabilidades que implica el ser profesionales independientes.

*F10: Si sos dependiente tenés horas de amamantamiento, reducción de horario por seis meses, un montón de beneficios, que bueno, que acá no los vamos a tener. Y esto de, bueno, de que en realidad la unipersonal no se debe dar órdenes, según los marcos normativos, porque sos unipersonal. Pero, por ejemplo, en la clínica, esa que te conté primero, era todo orden. No hagan esto, no hagan lo otro, cómprate un uniforme, me miraban por la cámara.*

### **3.2.4 Precarización\_Unipersonal**

El trabajo como profesionales contratados para brindar servicios, conlleva que los técnicos deban facturar como trabajadores independientes. Para ello hay una serie de requerimientos: abrir una empresa unipersonal, y junto con ella, sostener aportes mensuales a la caja de profesionales. También implica el pago de impuestos a DGI, como IVA o IRPF, y a BPS (FONASA). Este punto, acentúa la precarización de las trabajadoras, en tanto se observa una acumulación de obligaciones económicas en un contexto caracterizado por la insuficiencia salarial y una elevada exigencia en términos de carga laboral.

*M2: También esta cuestión, por ejemplo, que entra el tema de la facturación, caja profesional, esas son otras cosas que a veces pueden influir en cierto malestar sobrante, si se quiere, a la hora de trabajar. El mes que te toca pagar DGI, aparte también esa cuestión del IVA. En la clínica [nombre] me pagaban el IVA, pero en esta clínica que estoy ahora no me pagan el IVA. Lo tengo que sacar propio del honorario que me pagan. Ese es un tema también.*

*F3: Nosotros tenemos que pagar la caja para estar ahí, que tal, quieras o no es un montón de plata, o sea, yo pago 13.000 pesos y de repente, yo cobraba 20, 12.000 pesos solo de la caja, después ahí obviamente la supervisión, la psicoterapia personal, yo viajaba de acá hasta allá, la nafta, o sea, no me rendía.*

*M1: Si no sos dependiente, ya sabés que tenés un mínimo de FONASA, que tenés, yo ya estoy en la segunda franja de la caja profesional, que es una banda de IVA, lo que tenés que pagar, entonces, sacando los cálculos de arriba, sabés que tenés 17, 18 mil pesos para empezar a trabajar en una cosa, en una clínica, entonces también eso que lleva, que vos sabés que si vas a trabajar en una clínica tenés que tener un caudal de pacientes enorme, entonces, como que en ese entretejido que se da, es como una cuestión que me parece que terminase como, bueno, explotado dentro del sistema, de cómo se genera todo, ¿no?*

Los deberes financieros del trabajo independiente, sumados a la magra retribución por las sesiones, y la falta de garantías para los trabajadores ante situaciones de enfermedad, duelo, o maternidad, hacen de condiciones de trabajo marcadas por inestabilidad, desprotección y vulnerabilidad.

*M2: Y bueno, que también digo, o sea, uno para el libre ejercicio profesional y esto de lo unipersonal es necesario aportar a la caja. Entonces también es cierto dinero que se destina a cosas que... Uno obviamente busca dejar a veces por fuera si se quiere estas cosas para el consultorio y para tener disponible la escucha, pero no deja de ser por momentos como se vuelve desgastante. Es como que... es algo que siento*

#### **4. Práctica Profesional**

Esta es una de las categorías centrales de la presente investigación. En ella convergen distintos puntos trabajados en los apartados anteriores. Las trayectorias de los técnicos en sus diferentes dimensiones- en el plano formativo, el inicio de la práctica profesional, las necesidades de sostenibilidad económica-, las disposiciones institucionales tanto de BPS como de los centros -en cuanto a las políticas de faltas y reposiciones, pautas relativas al encuentro con padres, referentes, etc-, y las condiciones de trabajo -marcada por una visible precarización- caracterizan el desarrollo de la tarea y atraviesan directamente las prácticas de los/as psicólogos/as entrevistados/as.

Se expondrán las repercusiones en las prácticas de las entrevistadas, en relación a su formación, así como en relación a sus herramientas de trabajo principales, y las modificaciones técnicas que pudieran realizar para adecuar sus intervenciones a estos contextos. En este apartado también se pondrá el foco en las modificaciones en torno a los encuadres de trabajo en estas instituciones, el lugar de la interdisciplina, las supervisiones y los diagnósticos en el trabajo con niños y adolescentes que llegan desde las AYEX (BPS).

##### **4. Matriz categorial Prácticas Profesionales**

4. Práctica_Profesional	4.1 Práctica_Profesional_Herramientas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Psicoanálisis-escucha analítica</li> <li>-Cognitivo-conductual-EMDR y planificación de objetivos</li> <li>-Gestalt-vínculo y noción de responsabilidad</li> <li>-Entrevista-herramienta de trabajo común en sus múltiples aplicaciones</li> </ul>
-------------------------	---------------------------------------	---

	<p>4.2 Practica_Profesional_Enfoque-Intervencion</p>	<p>-Clínicos- consultorio, sesiones individuales, clínica privada -Comunitarios- población vulnerable, trabajo en red, intervenciones de psicoeducación -Atención en salud- promoción y prevención en salud, derivaciones, psicoeducación, trabajo en red.</p>
	<p>4.3 Practica_Profesional_Adecuaciones-teorico -tecnicas</p>	<p>-Modificaciones en marcos de referencia para la práctica- por las necesidades de la población, demandas institucionales y por el encuentro con otras disciplinas. -Herramientas de disciplinas y corrientes afines</p>
	<p>4.4 Practica_Profesional_Valoracion-Formacion -Universitaria</p>	<p>-Cimiento para la práctica -Insuficiente para el ejercicio en los dispositivos AYEX-población, alta demanda, contexto institucional, carencias para el trabajo interdisciplinar, y formación en psicodiagnóstico</p>
	<p>4.5 Practica_Profesional_Encuadre</p>	<p>-Tiempo -Espacio y Materiales -Honorarios -Modificaciones</p>
	<p>4.6 Practica_Profesional_Interdisciplina</p>	<p>-Concepción-posicionamiento en el trabajo, confluencia de miradas, complejidad de la salud, limitaciones de la psicología, interdisciplina in situ (en el campo). -Informal- “de pasillo”, “de whats app”, -Formal- intercambio grupal pautado por los centros, construcción de ECRO.</p>
	<p>4.7 Practica_Profesional_Diagnostico</p>	<p>-Presente desde el inicio- requisito para la aprobación AYEX -Instrumentalización con fines administrativos -Herramienta orientadora de la intervención -Crítica- cristalización de problemáticas, y efectos subjetivantes.</p>

	4.8 Practica_Profesional_Supervisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollo profesional</li> <li>-Reflexión ética sobre las intervenciones</li> <li>-Espacios de contención y apoyo</li> <li>-Dificultad en la sostenibilidad del espacio (honorarios)</li> <li>-Lugar del intercambio con colegas de trayectorias similares</li> </ul>
	4.9 Practica_Profesional_AYEX-VS-ASSE	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Condiciones institucionales en cuanto al acceso y sostenimiento de la atención</li> <li>-Características de las poblaciones</li> <li>-Recursos materiales y espacios</li> <li>-Interdisciplina</li> </ul>

#### 4.1 Práctica\_Profesional\_Herramientas

Las profesionales entrevistadas refieren formaciones diversas: si bien la mayoría se identifica afín a la corriente psicoanalítica, entre las entrevistadas hay psicólogas con formación en gestalt y en terapia cognitiva conductual. Por más que cada corriente desarrolla herramientas y técnicas de trabajo distintivas, de las entrevistas emerge la aplicación o el uso de herramientas comunes, transversales, que van más allá de la especificidad de cada corriente disciplinar.

Entre las principales herramientas para el trabajo con niños y adolescentes, generales a las distintas perspectivas de trabajo de las profesionales, se mencionan: la entrevista con padres, con actores de instituciones educativas o de salud, la entrevista de juego, el juego de roles, el dibujo, y las técnicas proyectivas. También se menciona el trabajo en dispositivos de intervención diversos: entrevistas de binomio padres-hijos, entrevistas solo con padres, trabajos con grupos, y, como se mencionó anteriormente, también con duplas de pacientes.

En cuanto a la especificidad disciplinar del psicoanálisis, las entrevistadas mencionan como herramienta principal la escucha analítica. A su vez, señalan que esta escucha puede encontrarse afectada por las condiciones en que se enmarca el trabajo.

*F7: La primera es la escucha psicoanalítica, que es diferente a otras escuchas. Como técnica en sí la entrevistas como la principal. Es la más importante, es la que te da más información y después contrastás con las otras técnicas. Pero es la entrevista, es la técnica que más uso.*

*M2: Hay una consulta y una escucha que creo que es importante. En estas cosas, por ejemplo, de los honorarios, de las consultas, de la cantidad de días que te pagan, estas cosas nos atraviesan a nosotros como terapeutas. Pero siento que siempre hay que intentar por lo menos cierta disociación, si se quiere, para poder uno estar disponible a la escucha y a lo que muestra el gurí que tenés enfrente.*

Los terapeutas con formación en gestalt, ponen énfasis en el lugar del vínculo, y en la noción de responsabilidad.

*M5: Nosotros desde la terapia gestáltica le hacemos mucho hincapié en el vínculo terapéutico. Con los niños, generalmente el juego es una de las herramientas más importantes. Si bien la palabra siempre está en juego, pero no es la más importante. Trabajo corporal, trabajo de roles, también distintos espacios. Si la clínica lo permitía, como en [nombre clínica] hay otros espacios, podíamos utilizarlo de acuerdo a la necesidad del niño. Con la caja de arena, la caja de arena de terapia gestalt es muy importante. El trabajo, los muñequitos primordiales, animales, juguetes.*

*M6: De repente me pasa con chicos porque la gestalt también habla mucho de las responsabilidades. Uno de los conceptos claves es la responsabilidad de la persona sobre su propia vida. Mi compañero, mi amigo, me hizo, en realidad hablamos desde la gestalt, bueno, no es que los otros me hacen, los otros hacen, yo reacciono, y bueno, trabajar ahí es la responsabilidad.*

En cuanto a la terapia cognitivo conductual, del discurso se jerarquiza la planificación de objetivos y la intervención en base a una previa planificación. También emerge la utilización de técnica EMDR.

*M4: Mi formación de base es cognitivo- conductual-contextual y ha sido desde ahí que siempre he trabajado. Hice otras formaciones, hice la especialización en la técnica EMDR, tengo posgrado en sexología clínica, me he formado también en otras disciplinas, pero la base de tratamiento para mí es meramente científica y planifico los objetivos a partir de una conceptualización de un caso que yo entiendo que es el funcionamiento del paciente y ahí evalúo cuáles son las vías para intervenir de mejor manera las variables que están manteniendo los problemas de los pacientes. Un poco desde mi perspectiva.*

*F2: Bueno, es como un poco de todo. Yo me formé en intervenciones en crisis, que son más del área psicoanalítica, hice algo de cognitivo-conductual, hice EMDR*

Más allá de las especificidades señaladas, y las distintivas herramientas y modelos de intervención propuestos por las distintas corrientes, la entrevista se erige no solo como una herramienta de trabajo común, sino como la principal herramienta de trabajo de las psicólogas en estas instituciones. La entrevista en sus múltiples aplicaciones -con padres, de juego, vinculares, etc- aparece como la herramienta primordial de trabajo con niños y adolescentes, tanto con los pacientes, como con su círculo. En ese sentido, sabemos que las entrevistas con los referentes de crianza representan un punto fundamental e ineludible del trabajo con infancias y adolescencias. ¿Que posibilidades de trabajo vincular se habilita desde la normativa?

*M4: La entrevista es como la herramienta de evaluación principal que ponemos los psicólogos y los psicoterapeutas. La entrevista de juego en niños es fundamental también, y después va a depender un poco del motivo de consulta del niño, cuáles son las técnicas específicas que vamos a poner en marcha.*

*F2: Lo que se usa en cualquier consultorio, digamos. Entrevista, entrevista de juego. Bueno, después las técnicas específicas para evaluar el nivel intelectual, tipo el WISC y todo eso. En realidad para evaluar la parte intelectual, el bender. Y después las proyectivas, ¿no? Persona bajo la lluvia, dibujo figura humana, esas cuestiones.*

*F4: Bueno, en realidad desde mi perspectiva yo trabajo con la entrevista a con padres, la entrevista de juego también, técnicas proyectivas como puede ser el PBL el DPH bueno, test de la familia también, y después en cuanto a las técnicas más cuantitativas está el WISC.*

*F6: Sí, entrevistas de juego, entrevistas con padres, más que nada. Por ahí, intervenciones así, más como de talleres o grupales, no se hace mucho en la clínica. Me parece que puede estar bueno, pero está como algo aparte, y alguien que contraten específicamente para eso.*

*F8: Después otras dinámicas han sido como juegos, bueno, entrevistas de dupla, con padres o referentes, también a instituciones, con las instituciones educativas, o club de niños o centros juveniles también, ahí hacemos entrevistas.*

Como se mencionó en apartados anteriores, en el marco del trabajo en las clínicas en convenio con BPS (AYEX), el abordaje con el medio circundante de los usuarios aparece como un punto de conflicto: la normativa limita los encuentros con las familias a dos veces anuales, a la vez que invisibiliza la necesidad de trabajo interinstitucional con otros centros (educativos, de salud, comunitarios, etc.). Por su parte, los institutos, si bien reconocen la

importancia del trabajo con otros actores, como pueden ser los del ámbito educativo, no encuentran mecanismos que contemplen a los profesionales en sus prácticas interinstitucionales. Este panorama repercute en las prácticas, las posibilidades de intervención y la calidad de la atención a los usuarios, así como en la vivencia de los profesionales en torno a su trabajo.

#### **4.2 Práctica\_Profesional\_Enfoque\_Intervención**

De las entrevistas emergen diversas posiciones en relación a los enfoques de intervención que sustentan las prácticas de las psicólogas en los centros en convenio con AYEX. Se señalan enfoques de intervención clínicos, comunitarios, y en último lugar, de salud.

Las entrevistadas que refieren una perspectiva de trabajo clínico, argumentan sobre todo en torno a dos cuestiones: por un lado acerca de la normativa de BPS, que dispone el trabajo demarcado exclusivamente en el espacio del consultorio. Y, por otro lado, señalan que la perspectiva clínica se fundamentaría en el trabajo en sesiones individuales, en tanto desde la normativa no se contemplan dispositivos de intervención grupales. Lo clínico aparece en estos casos equiparado al abordaje psicológico individual, enmarcado en las paredes del consultorio. En este punto emerge una clásica discusión: ¿Lo comunitario y lo clínico son perspectivas indisolubles? ¿El abordaje grupal es comunitario y el individual clínico? ¿Puede converger un dispositivo de atención psicológico individual, con un enfoque de intervención que ponga acento en lo comunitario? También se señala el carácter clínico, como una característica de las clínicas privadas, y “lo comunitario” como un área de jurisdicción del estado.

*M6: Te diría que es más clínico, exclusivamente clínico. De repente tenemos, no sé si tanto comunitario, porque está siempre el factor económico. Al menos considero que lo comunitario sería como algo más público, más previsto desde el Estado, y estas son clínicas privadas que tienen estas subvenciones. Es exclusivamente clínico en su mayoría.*

*M3: BPS el lugar que le da al tratamiento psicoterapéutico es tratamiento en consultorio, y las clínicas también acotan a eso. En la que trabajé y no trabajo más, había una intención de hacer un trabajo más comunitario, pero no correría por dentro de BPS. Tengo entendido que BPS no iba a cubrir ese afán. BPS significa tratamiento clínico, nunca lo comunitario*

*F6: Yo siempre, bueno, trabajo en la clínica, y la clínica es lo que me interesa a mí, y siempre lo pensé desde ahí, clínico*

*F7: Mayoritariamente es clínico el enfoque. La clínica en la que trabajo tiene un enfoque más comunitario, pero mi trabajo es clínico.*

Por su parte, la perspectiva de abordaje comunitario es reconocida por las psicólogas entrevistadas como característica de las intervenciones en el marco de las AYEX. Frente a la vulnerabilidad social de gran parte de la población con la que se trabaja, se enfatiza en el trabajo en red, en intervenciones de orientación con referentes de crianza, y en intervenciones psicoeducativas, que son asociadas por las entrevistadas a una perspectiva social comunitaria. Perspectiva que se diferenciaría en estos aspectos de la perspectiva clínica.

*F4: Yo creo que tiene que ver con algo más comunitario. Es una manera de un trabajo en red donde tratás de alguna forma apagar incendios porque también es muy compleja la intervención cuando no tenés todos los insumos necesarios. Hay muchos interjuegos también, el tema de la población con la que se trabaja es compleja, gestionar una entrevista con padres y hacer movimientos familiares cuando a veces son más orientaciones familiares, que el niño problema. Y ahí es donde se ve más limitado el trabajo, por eso no sé si lo catalogaría como clínico.*

*F8: Bien, yo veo que es un abordaje, sí, más comunitario, el de las clínicas, en donde sí considero que ayuda a la familia, hacia el niño y a la niña, pero no sea tanto como la parte clínica. Sí, capaz que se van a cambiar ciertas cuestiones, no sé, que sean, por ejemplo, pautas de crianza con la familia, donde van a ayudar, van a beneficiar al niño, pero no lo veo tan clínico, al enfoque. A veces es más como una dinámica más de psicoeducación, de trabajar con emociones o algunas cuestiones así, que no tanto lo clínico.*

*F1: Con la población que yo trabajo, prima mucho lo comunitario también. De hecho, en este centro donde yo estoy, hace muchos años, se viene pidiendo que incorporen al equipo una trabajadora social.*

Por último, en algunas entrevistas se señala un enfoque de intervención en salud, que estaría caracterizado por la promoción y prevención en salud. Las entrevistadas vinculan este enfoque con derivaciones oportunas, asesoramiento, psicoeducación y trabajo en red. También asocian este enfoque con el grado de especialidad que implica el trabajo en los centros, vinculado a las problemáticas que presenta la población con la que se trabaja.

*F9: Yo creo que es más clínico y sí atención de salud, no sé si comunitario, creo que es más como si una atención en salud, sí, como prevención, ¿no?, más como algo de*

*promoción y prevención, sí, más desde ahí diría yo. Muchas veces pasa esto de sostener a veces, de brindar redes, brindar a la familia quizás dónde puede buscar ayuda, cómo seguir, a veces pasa eso también. Bueno, situaciones de familias que viven situaciones como más de violencia, asesorar, sí, eso también creo que pasa un poco más por ahí. Muchas veces como sostener, acompañar y guiar un poco como las familias, decir bueno, esto puedes buscar por acá, lo que sea, madre, es decir, bueno, busca a una comuna mujer, busca asesorarte por ahí, a veces pasa eso más que nada, ¿no?*

*F10: Clínico no, comunitario no. Yo creo que en realidad en las clínicas, por lo menos en lo que yo trabajo, es tercer nivel de atención en salud. Los casos que tengo yo son de tercer nivel atención en salud, tengo casos de niños con TDAH, niños con trastorno por ansiedad generalizada, niños con TPL también, son patologías bastante comunes, pero también me ha llevado a formarme por fuera. De lo que me dio la facultad, la gran parte de lo que yo aplico siento que es de cosas que he hecho por fuera.*

#### **4.3 Práctica\_Profesional\_Adecuaciones-teórico-técnicas**

¿Implica cambios en los marcos teóricos y técnicos de las profesionales el trabajo desde las AYEX? ¿Qué modificaciones realizan las psicólogas en el ejercicio de sus prácticas en estos dispositivos? ¿Cómo adecuan sus referencias teóricas a la realidad que impone la práctica?

De las entrevistas emerge que es frecuente que las profesionales realicen cambios o modificaciones en sus prácticas, que exceden, van más allá, o incluso se contraponen con los presupuestos teóricos y técnicos de las corrientes a las que adhieren. Manifiestan tomar herramientas de corrientes diversas, con técnicas y modelos de intervención diferentes, que a su vez responden a concepciones de sujeto diferentes. En ese sentido, señalan modificaciones en sus marcos de referencia principales para la práctica, y la adaptación de sus intervenciones tomando herramientas de disciplinas y corrientes afines. Refieren una realidad que rebasa las teorías o sus formaciones principales, tanto por las necesidades o problemáticas que presentan los usuarios con quienes trabajan, como por las disposiciones institucionales que atraviesan y modelan sus prácticas.

*F10: ¿Qué es lo que yo pienso, que es lo que veo en el campo? Que en realidad creo que una única teoría de repente no basta para todas las intervenciones. Entonces, yo en los informes mezclo las dos teorías, por lo menos yo. Mi enfoque es Cognitivo Conductual, pero a mí me pasa también que yo me estoy como cuestionando cosas de la terapia también, como esto de la subjetividad del paciente, porque no es todo*

*conductas, emociones, reforzadores, ¿y la subjetividad del paciente donde queda?, en la TCC.*

*F5: Me amoldo también a la necesidad, siempre. Tengo clarísimo que en la clínica, por ejemplo, es muy cognitivo- conductual, pero un 80% te digo. Me refiero a la demanda de los pacientes. El análisis, por ejemplo, esta cuestión bien psicoanalítica de ir bien a las raíces, bien a lo que hay detrás y demás, es muy difícil llegar también. Porque a veces hay embarazos no deseados, a veces hay abuso, a veces hay violencia, ¿me explico?, hay como todo.*

*M6: Bueno, la terapia gestáltica, al menos en práctica, creo que es un enfoque bastante permeable. Se trata un poco también de adaptar, creo que cualquier enfoque igual, ¿no? Pero de adaptar a las necesidades del paciente. Y yo me he valido de técnicas de la terapia cognitivo-conductual, de la terapia familiar sistémica, para que de todas maneras la gesta se nutre un poco de la terapia familiar sistémica o viceversa. Y bueno, trato de tomar herramientas de varios enfoques, sí. De varios marcos teóricos. Tengo libros de terapia cognitivo-conductual también, de los que me nutro, y saco algunas estrategias, pero siempre, bueno, es como fusionar ahí un poco los conceptos gestálticos y herramientas cognitivo-conductuales.*

A su vez, algunas entrevistadas manifiestan que al mismo tiempo que se ven impelidas a modificar sus prácticas por las demandas institucionales o las necesidades y características singulares de los usuarios, las perspectivas de análisis las sostienen desde sus marcos de referencia formativos.

*F1: En la práctica, lo cotidiano con ellos, sesión a sesión, a veces tengo que adaptarlo, pero mi línea de pensamiento va por otro lado. Como para pensar a ese niño y a esa familia, eso es por otro lado. Mi formación es psicoanalítica, pero en la población, en esta población muchas veces tenés que utilizar herramientas más concretas, más de lo conductual. Hay mucho niño, adolescente, que son más concretos desde lo cognitivo, donde la capacidad de reflexión no está.*

*F6: La práctica cambia, tenés que adaptar como, esas reglas de BPS y de ir a clínica, es lo que tiene trabajar así para otros, en eso.*

*F4: Uno tiene que acomodar también su práctica al contexto institucional, porque es muy limitante, entonces lamentablemente quizás si yo lo extrapolo a mi consultorio particular, no es la misma intervención.*

También señalan modificaciones en la práctica a partir del encuentro y el trabajo en conjunto con profesionales de otras disciplinas, de quienes se adquieren herramientas o técnicas específicas.

*F9: Como que vas tomando otras herramientas también, de otras disciplinas también, como de ver cómo trabajan, de ir viendo, de aprender ahí en la práctica, sí, la teoría y también después de ir viendo como en la práctica que cosas ayudan más que otras a veces, ¿no?, decir bueno, da esto, flexibiliza un poco a veces esto del encuadre porque queda difícil si no, y sí. Yo creo que vas como aprendiendo ahí, como viviendo y aprendiendo y vas como a veces no sabes ni cómo y terminás haciendo algo que funcionó y hizo bien y capaz que cuando estabas estudiando no lo harías, pero después ahí sí y no es nada que esté mal, pero que sea bueno, si es bueno está, abrazo al paciente, capaz que no lo haría en otro contexto, pero ahí llegan los niños y te abrazan y pues bueno, ¿no?, contacto, sí, no, pero bueno, sí, obvio, le doy un abrazo porque al final necesita eso también, entonces esas cosas como que vas aprendiendo, creo yo, al menos en mi poca experiencia fui aprendiendo ahí, ¿no? decir bueno, y fui modificando creo que desde ese lugar.*

#### **4.4 Práctica\_Profesional\_Valoración-Formación-Universitaria**

Si bien las entrevistadas reconocen la formación universitaria como un cimiento importante para su ejercicio profesional, la perciben en muchos casos como insuficiente frente a las exigencias de la práctica en los centros en convenio con BPS (AYEX). Coinciden en la necesidad de reforzar y complementar su formación, en respuesta a las particularidades de la población atendida, la alta demanda asistencial y las condiciones impuestas por el contexto institucional (agrupación de pacientes, sesiones en duplas, limitaciones en los tiempos, etc) .

Como se mencionó en el apartado anterior, la práctica en las clínicas a menudo las obliga a ser más flexibles, a integrar perspectivas de diversas corrientes, y en algunos casos, a sostener abordajes que no siempre se alinean con sus marcos teóricos de referencia o su criterio clínico. Enfatizan que la práctica en las clínicas, especialmente en el contexto de las prestaciones AYEX, requiere una constante adaptación, flexibilidad e incorporación de nuevas herramientas y enfoques que van más allá de lo aprendido en la academia.

Las limitaciones en la formación universitaria para la práctica en las clínicas, giran en torno a cuatro dimensiones: 1. la manifestación de carencias para el trabajo clínico con poblaciones en situación de marcada vulnerabilidad social; 2. carencias para el trabajo clínico ante demandas institucionales caracterizadas por la alta demanda de atención; 3.

falta de herramientas en la formación para el trabajo interdisciplinar; 4. y la valoración de una insuficiente formación en cuanto a la aplicación de técnicas psicodiagnósticas.

*F6: Me había pasado que en la facultad de psicología no había tenido la oportunidad de formarme realmente en entender cómo se realiza alguna evaluación, no había pasado por eso, entonces en [año] me anoté en una maestría en la [universidad] porque ahí estaba esta cuestión de la formación para poder realizar este psicodiagnósticos.*

*M5: El programa de estudio de la facultad, me parece que sí, hay un debe. Me parece que por lo menos, yo ahora con el cambio de plan, no sé cómo ha ido modificándose, pero lo que yo me entero y escucho, para mí hay una carencia, desde el punto de vista de nosotros como psicólogos, para abordar desde el punto de vista clínico, ya sea en AYEX como en consultorio particular.*

*M4: No salimos con formación específica en ningún área, acá estamos trabajando con personas, en un mano a mano, y en realidad con sufrimiento, en muchas ocasiones. Entonces, es bien delicado.*

*M3: Un poco más de espacios de interdisciplina reales, fuera de gente de psicología. Vincularse con otra gente. Es difícil entender cómo piensa una psicopedagoga, o una fonoaudióloga, y ver qué trabajan ellos. No hay una intertextualidad de disciplinas. En la facultad, una materia que la de una psicopedagoga y una fonoaudióloga en conjunto, para trabajar otras cosas en vez de llenarnos de burocracia de cuando el artículo de la OMS y no sé cuánto que es historia muerta. Cuando hay disciplinas vivas que valen más la pena, que hacen a la cotidianidad de muchos de los que salimos de ahí. Y muy pocos van a la ONU a hablar de acuerdo de no sé dónde. Creo que nos encontramos con las otras disciplinas fuera de la facultad, cuando podría ser dentro de la facultad.*

#### **4.5 Práctica\_Profesional\_Encuadre**

El encuadre de trabajo es una de las dimensiones principalmente señaladas por los/as entrevistados/as como afectados en el ejercicio de sus prácticas. Si bien los profesionales psicólogos que ingresan a los centros lo hacen como prestadores de servicios en psicología, en el ejercicio libre de la profesión, de las entrevistas emerge que el ejercicio de las prácticas está definido a priori por disposiciones institucionales tanto del BPS como de los propios centros.

#### 4.5.1 PP\_Encuadre\_Tiempo

El tiempo es una de las dimensiones vinculadas al encuadre que emerge como afectada en las prácticas. Como se mencionó en los apartados anteriores, hay reglas impuestas por BPS y los centros en torno al tiempo de las consultas: no pueden exceder ni ser de un tiempo menor a 45 minutos. ¿Qué sucede cuando un paciente no puede sostener los 45 minutos estipulados? ¿Cómo pueden manejarse los técnicos cuando necesitan extender o tener intercambios fuera del horario de la consulta? La dimensión del tiempo, también se vincula con las disposiciones en torno a las faltas, las reposiciones y los intercambios con los otros actores involucrados en los tratamientos. ¿Que posibilidades de trabajar una inasistencia hay, si los técnicos tienen el imperativo de siempre reponer la falta?

*F6: No se respeta mucho esta cuestión del encuadre, como que no sé si se le da ese valor. Pero bueno, uno se va acomodando a lo que hay.*

*F7: Sí, lo que se hacía diferente era el encuadre, eso sí me resultó bastante diferente. Con el tiempo, en el primer momento no lo noté, pero me resultó que eso sí generaba un cambio. Por ejemplo esto de que no pueden faltar, o se suspende, o la necesidad de reponer, cambiaba un poco el encuadre.*

Además, la dimensión temporal aparece relacionada a los tratamientos y su posibilidad de continuidad o interrupción, en tanto al abordaje en psicología está supeditado a la continuidad de otros abordajes.

Tanto el encuadre como el tiempo en las instituciones que trabajan con BPS son percibidos por las entrevistadas como elementos restrictivos y generadores de malestar. Las normativas y políticas internas, aunque buscan asegurar la prestación del servicio, a menudo entran en conflicto con la autonomía profesional, la ética y la calidad de la atención, llevando a los profesionales a adaptarse a un sistema que, de acuerdo a lo mencionado en las entrevistas, muchas veces prioriza lo administrativo sobre lo terapéutico.

*M6: En cuanto a mi práctica en sí, lo que hago yo particularmente no me cambia, no tengo grandes diferencias. Creo que es más que nada, si te puedo decir algo, es el manejo del tiempo. Yo tengo la libertad de, cuando trabajo de forma particular, cambiar. Yo cuando trabajo particular, hablo directo con los padres, resuelvo por mi cuenta, los tiempos son otros, yo puedo dar una hora completa, una hora reloj, 60 minutos, los centros tienen por defecto lo que se considera hora, son 45 minutos,*

*F3: Creo que eran cinco días para poder reponer la sesión, una cosa así. Y que de repente... Nunca podía vivir solamente de eso, tenía otros compromisos, otros trabajos. Y no es que uno le falte a la gente, ni no quiera reponer las sesiones, porque es algo que uno en general puede hacer con compromiso, por supuesto, pero no como a este nivel de que no importa para qué, que la sesión hay que reponerla, no importa con qué objetivo, tenés que igual citar a los padres. Había algo como del objetivo terapéutico que se perdía por completo, y bueno, eso me parecía como súper complejo. O esto mismo de ya tener que... Bueno, lo otro son las, entre comillas, derivaciones, que tampoco importaba. Al gurí hay que atenderlo, no importa qué, no importa quién.*

*F4: Desde que se rompe ahí un encuadre. Cuando por ejemplo en el diagnóstico te exigen que tengas cuatro sesiones y es como que andas corriendo con el tiempo exigiéndole a veces también al niño entonces ahí vos tenés que ser muy minucioso. Por ejemplo, hace poco me pasó de decirle a secretaria necesito una sesión más porque ese día el niño vino cansadísimo, lo noté, no le pude aplicar un WISC porque sabía que no iba a dar bien.*

#### **4.5.2 PP\_Encuadre\_Espacio-y-Materiales**

Los espacios para los abordajes psicológicos se presentan como un elemento del encuadre que difiere de las prácticas en la clínica privada, o en los centros de salud. De las entrevistas emerge que los terapeutas trabajando en las clínicas de BPS, tienden a tener la posibilidad de “salir del consultorio”, la oportunidad de trabajar en espacios no convencionales, como pueden ser salas de psicomotricidad o al aire libre en los patios de las clínicas. Este es un punto que valoran positivamente en relación a las prácticas en estos centros.

*M5: Incluso en los patios, afuera, la clínica nueva, que ya tiene unos años, tenía un espacio abierto, divino, también. En eso teníamos libertad de poder ir eligiendo en función de la necesidad de su momento. Por ejemplo, a mí me gustaba mucho la sala de psicomotricidad. Y cuando estaba habilitada, o sea, no estaban trabajando o miraban los horarios, yo tenía libre acceso. Podía acceder. Sí, sí.*

*M1: Y porque nosotros no había un consultorio para psicología, entonces terminabas atendiendo en cualquiera de los consultorios que había, y había algunos que estaban armados muy poder, por ejemplo, para psicomotricidad o psicopedagogía, entonces como que de repente te encontrabas con un montón de cosas que capaz que si pensás como el enfoque de un consultorio de psicología no las tenía. Y yo que sé, de*

*tener pelotas de quico, de estas cosas así que usan más los otros técnicos, colchonetas en el consultorio, cosas que utilizan ellos que yo que sé, de repente no sé si las estarían en un consultorio de psicología.*

Por otro lado, señalan que debido a la alta demanda de atención de pacientes, en algunos casos el espacio de atención varía, de acuerdo a los consultorios que se encuentran “libres para trabajar”. Este punto se señala en algunos casos como conflictivo, en tanto no siempre se cuenta con el mismo espacio físico para la atención de los pacientes.

*F5: Manejo yo mi agenda ahí, siempre y cuando haya un consultorio disponible, porque en realidad mi elección está vinculada a la disponibilidad de consultorios también.*

*M4: Entonces vos te acomodás en función de la disponibilidad de consultorios y tu disponibilidad horaria*

*M1: Por ejemplo, si bien yo te traía esto de que yo trabajaba en uno que era de fonoudiología, yo tampoco era que tenía ese consultorio fijo, entonces, claro, yo, bueno, de repente, hoy te atendía, trabajaba acá en este consultorio, y mañana trabajaban en otro, porque era el que estaba disponible, entonces eso también generaba que de repente hoy te encontrabas con un montón de cosas en este lugar que mañana no estaban, y eso implicaba cambiar lo que podía suceder.*

En relación a los materiales de trabajo, emergen diferencias en lo manifestado por los profesionales entrevistados. Algunos de ellos expresan que los materiales -juguetes, juegos de mesa, materiales de papelería, etc- suelen encontrarse fuera del espacio físico del consultorio, lo que implica en muchos casos el tener que entrar y salir del espacio del consultorio en reiteradas oportunidades de acuerdo a la demanda de los pacientes. Otros entrevistados señalan que los centros proveen los materiales “justos”, generalmente materiales de papelería, y que estos suelen reponerse anualmente. También hay entrevistados que manifiestan llevar sus propios materiales, lo que implica, a su vez, la carga del traslado.

*F4: Materiales también dependiendo de las diferentes orientaciones, pero en esto del juego hay como muy pocos materiales donde en realidad si querés algún material más específico, te lo tenés que llevar. Compañeros que van con maletas incluso de todos sus materiales. Entonces está como este traslado de un montón de cosas. A mí en particular me pasa de ir con una mochila súper grande y un bolso enorme donde tengo un montón de materiales. Creo que es esto los materiales dados son las hojas*

*que puedas utilizar para técnicas proyectivas, un tapercito que se repone al principio del año con lápices de colores, crayolas y marcadores. Y bueno, y en realidad en el consultorio donde yo estoy particular, que es nuevecito porque es un contenedor, hay muy pocos juegos que te permitan indagar cuestiones. Después todo lo otro te lo llevas vos, por ejemplo si me das una plasticina en febrero a mí en mayo o junio se me secó. Lo mismo con los marcadores.*

*M2: La disposición del consultorio, vos sabés. Es como que, por ejemplo, los juegos, tanto en [nombre clínica], los juegos, juguetes, lo que sea, tanto en [nombre clínica] como en esta [localidad] están fuera del consultorio. Es como que el niño pasa de la sala de espera a la sala que están todos los juguetes, juegos, no sé qué, y elige, quiero esto, esto y esto. Y se lleva los juguetes, o llevamos los juguetes, o lo que quiera hacer, pintar, barro, lo que sea. Y ahí empezamos, viste. No están a disposición. No están a disposición dentro del consultorio. Y me ha pasado, por ejemplo, quiero jugar, quiero traer otra cosa y salimos del consultorio. No sé, es como cosas también que hacen al trabajo en sí.*

La posición de los centros en cuanto a los materiales también varía. De acuerdo a lo mencionado en las entrevistas, hay algunos centros que se muestran muy dispuestos y receptivos ante la sugerencia o demanda por parte de los profesionales para la compra de materiales. Sin embargo, esa disponibilidad no es común a todos los institutos: en algunas de las entrevistas emergen casos en que los directivos de los centros desestiman los pedidos de los profesionales. De acuerdo a ellas, el rechazo o la negación ante las solicitudes de materiales responde a la no comprensión de su utilidad en el ámbito terapéutico, o simplemente la negación por el costo económico que implica la compra.

*F9: En mi caso, estoy en una sala donde hay un mueble con todos los materiales de psicología, entonces muchas veces hay dos psicólogos atendiendo a la vez y necesitamos los materiales, y es como un poco, modificaciones como ceder un poco eso, decir, bueno, me tengo que ajustar a hacer un encuadre distinto al que haría en otro lugar, de que van a golpear la puerta, van a necesitar entrar, van a necesitar sacar materiales.*

*F1: A veces nosotros hacemos ciertos pedidos y capaz que la maestra [dueña] en realidad no lo entiende tan así. Por ejemplo, determinado tipo de juguetes para las cajas de juegos, porque la clínica se encarga de comprar los materiales.*

*M1: Podíamos llevar materiales, yo alguno llevaba, pero teníamos bastantes materiales para utilizar, entonces eso también estaba bueno porque al contar ahí como una base, mismo hasta a veces, por ejemplo, las dueñas nos decían, por ejemplo, che, gurrices ustedes si ven que falta algo, que nos parece que puedan comprar, no sé qué, digan no, que nosotros vamos incorporando cosas, no sé qué. Y eso lo hacían, a medida que podían lo iban haciendo.*

Por su parte, algunos de los entrevistados con experiencia de trabajo en el ámbito público (ASSE), manifiestan como un elemento positivo de las clínicas las facilidades que brindan la mayoría de los centros en cuanto a la disposición de los materiales y los espacios adecuados para el trabajo con niños y adolescentes. A diferencia del trabajo en ASSE, donde los consultorios no están equipados o adecuados para la especificidad del trabajo con niños y adolescentes.

*M2: La diferencia básicamente tenía que ver con los recursos, capaz que materiales, de juegos y cosas que vos contás también. Yo qué sé, no sé, pedías un barro y tenías que hacer mil trámites para intentar conseguir el barro, cosas así, viste. También un poco la disposición de los consultorios, ¿no? Porque aquel consultorio, viste, de cuando yo estaba en ASSE, era bien ambientado para adultos.*

#### **4.5.3 Encuadre\_Honorarios**

En la práctica de las y los psicólogos el pago de los honorarios es un elemento importante del encuadre, que tiene un sentido simbólico que va más allá de la remuneración por el servicio o la atención brindada. El pago, al igual que las inasistencias, representa un elemento de análisis para el trabajo en el abordaje psicológico. En los honorarios se conjugan elementos transferenciales y deseantes que determinan la posición subjetiva de los usuarios y los terapeutas frente a los tratamientos. ¿Cómo puede influir en las intervenciones que las personas con quienes se trabaja no realicen el pago de sus tratamientos? ¿En qué lugar quedan posicionadas las psicólogas? ¿Y los usuarios? ¿Hay repercusiones en la adherencia y la demanda de los tratamientos?

Si bien de las entrevistas emerge una valoración positiva por parte de las psicólogas en relación a la posibilidad que brindan las AYEX de financiamiento de abordajes en psicología, en tanto suele ser un tratamiento costoso y de difícil acceso, la ausencia del pago es señalado como un elemento que tiene efectos en el curso de los tratamientos.

Una de las principales repercusiones señaladas en este aspecto tiene que ver con la continuidad y la adherencia a los tratamientos por parte de las familias benefactoras de la

prestación. Las profesionales valoran que, en tanto no hay un pago por parte de los usuarios que medie el tratamiento, en muchos casos la adherencia es frágil. Las inasistencias, los olvidos, la falta de compromiso y de implicación por parte de las familias, emergen como puntos problemáticos vinculados al tema del pago de los honorarios y el encuadre de trabajo.

*F8: Me parece que está bueno por el costo que tiene la psicoterapia en Uruguay, que es inaccesible, me parece que está bueno. Pero lo que implica el pago es también la continuidad, las inasistencias. Muchas veces me pasa que las madres me escriben y ponen, “ay, no me acordé que tenía consulta hoy”. Y cuando uno paga, me parece que no te olvidas. Pagué, necesito hacer uso de esto que pagué. Pero bueno, también entiendo por otro lado que en Uruguay la psicoterapia es inaccesible para un montón de familias, es muy costosa, y bueno, si esta es una forma de poder acceder a ella, me parece que está bien. Pero bueno, creo que también tiene su lado que no está bueno, es esto, las inasistencias, que en muchas familias se dan y que faltan mucho. Hay otras que no tanto. Como que hay algo del compromiso ahí. Claro, cuando hay un pago, me parece que hay otro compromiso. Sí.*

*F6: Yo no tenía que pagar nada, no sé, había algo de esto, de que al ser gratuito había algo que no se ponía en juego, esto que tienen que dar para recibir este tratamiento. Y se veía creo que un poco con esto de las inasistencias, con la falta de compromiso ahora, en algunos casos, ¿no?*

También se señala la dilatación o prolongación de los tratamientos, así como la demanda desmedida y muchas veces inapropiada por parte de algunas familias frente a la posición de “benefactor de un derecho”. Se evidencia la afectación del vínculo terapéutico, así como transgresiones del encuadre y de la asimetría constitutiva y necesaria para estos abordajes. Los lugares establecidos, de los profesionales y los usuarios, frente a la falta del pago, aparece en los tratamientos muchas veces desdibujado. ¿Es la ausencia de pago un obstáculo en la demarcación del encuadre? De las entrevistas emerge que la ausencia de pago podría ser un factor que allana el camino para las rupturas y transgresiones del encuadre de trabajo.

*M3: Creo que se dilata mucho el tratamiento porque el pago no es una fuerza gravitatoria. Sería distinto el posicionamiento, el involucramiento de los adultos que tuvieran que pagar, no digo lo que dice la coordinadora, pero creo que el pago lo vimos en facultad es un elemento bastante importante, simbólico, pero no hay símbolo siquiera.*

*F7: Es un derecho que ellos tienen, pero a veces eso lleva a que se vuelvan demasiado demandantes. Como, bueno, ¿tenés hora?, no puedo llevarlo tal día, ¿puedo llevarlo tal otro?. Y como si fuera una agenda que está siempre abierta, y esto de encuadrar el día y el horario con algunas personas lleva su proceso.*

En relación a la posición de las profesionales, en cuanto a sus prácticas, también emergen valoraciones que dan cuenta de una afectación del encuadre en cuanto a la asunción del rol y la implicación con la atención. Frente a la alta demanda de atención, la magra retribución por los tratamientos- así como la necesidad de los profesionales de dar respuesta a esa demanda- se configura un panorama donde las condiciones de precarización laboral repercuten en las prácticas, la atención y la vivencia de las psicólogas sobre su tarea. El involucramiento de las profesionales con los tratamientos se ve afectado ante el panorama descrito: se coarta la posibilidad de desarrollo interdisciplinar ante técnicos que “cumplen la hora y se van” por el desgaste y la sobrecarga que representan las condiciones laborales. También se forman agrupaciones de pacientes, muchas veces dejando de lado criterios técnicos y clínicos, tanto por demanda de las instituciones, como por necesidad de los técnicos de hacer un trabajo que sea económicamente redituable.

*F9: En la práctica yo creo que influye en este sentido de que a veces se siente como muy distante, como bueno, esa parte terminás como sin cumplir, casi como voy, cumplo las horas que tengo que cumplir, y si va, va, y si no va, bueno, no fue. Algo así, como que por momentos, no todos los casos, pero por momentos terminás en algunos momentos, no siempre tampoco, generando poca como implicación digamos, terminás como generando una cierta distancia como afectiva con eso. Sí, creo que sí, o sea es terrible, pero termina pasando eso me parece.*

*F1: Grupos con niños, o la atención es en dupla, o adolescentes, ¿no? Que también es, a ver, hay centros que no permiten porque BPS en su momento no lo permitía, ¿no? Hay otros como que, bueno, sí, que queda a criterio del técnico, pero también yo siento que eso queda como muy a criterio del técnico, y no todos, la verdad, que trabajan, hay gente que agrupa por agrupar, y ahí capaz que se pierde un poco el foco. Muchas veces hay gente que arma grupos porque no le rinde lo económico.*

#### **4.5.4 Encuadre\_Modificaciones**

A partir de lo expuesto en apartados anteriores, queda en evidencia que el trabajo en las clínicas implica que los profesionales deban adecuar sus prácticas, en relación a los tiempos -diagramados por las disposiciones institucionales de los centros y del propio BPS-

así como en relación a los espacios en que desarrollan sus tareas. También en cuanto a la atención, muchas veces se apela al agrupamiento de pacientes -por demanda de los centros y por necesidad de los profesionales- dejando de lado criterios clínicos y técnicos, y preponderando criterios económicos. Asimismo, expresan diferencias en los distintos centros en cuanto a la disponibilidad de materiales para el trabajo.

Emergen modificaciones en los encuadres de trabajo: entrevistas con padres y abordajes grupales de niños en duplas de profesionales de distintas disciplinas (ej. psicomotricistas y psicólogos, fonoaudiólogos y psicólogos), así como el trabajo en duplas de pacientes, lo cual responde a múltiples factores: el imperativo de algunos centros por agrupar para liberar espacios y ampliar el caudal de atención, y la necesidad de los profesionales de agrupar pacientes para mejorar el salario. En última instancia se señalan criterios terapéuticos. La valoración de los profesionales frente a estos puntos es variable.

En relación a las entrevistas con padres en duplas de profesionales, se distinguen dos posiciones: mientras que algunas de las entrevistadas manifiestan una limitación, en tanto se pierde la especificidad disciplinar de la entrevista psicológica, otras entrevistadas las consideran como una oportunidad de trabajo en conjunto, y una oportunidad de valoración integral junto a compañeras de otras disciplinas. En el caso de las entrevistadas que valoran negativamente las entrevistas en conjunto, refieren sobre todo la pérdida de las dimensiones particulares del campo "psi" y la caída en entrevistas del tipo anamnéscas.

*F7: Sí, mirá, te pongo un caso en el que sí afecta mi trabajo. Cuando un paciente ingresa por primera vez, llega, como en la primera entrevista, es realizada en dupla. O sea, si por ejemplo el paciente está yendo a psicomotricidad y a psicología, esa primera entrevista inicial se hace en dupla. Y a mí eso sí me cambia, me modifica mi forma de trabajar. ¿Por qué? Porque al llevar adelante una entrevista con un profesional de otra área, me ha pasado que algunas entrevistas quedaron muy en la anamnesis. ¿No? Y capaz que para la psicomotricista era más importante saber en qué tiempos caminó, si la lactancia fue de pecho o no, que en saber cómo lo vivió la mamá. ¿No? O cómo fue vivenciado por la familia. Y eso sí, me modifica mucho. A mí me ha pasado de, bueno, tengo esa primera entrevista, las dos juntas, y después tener que de vuelta hacer una entrevista con la familia, donde la entrevista sea bien psicológica y no tanto interdisciplinar.*

En cuanto a las entrevistadas que señalan las entrevistas en duplas como valiosas, el argumento referido es la oportunidad de trabajo interdisciplinar, y la posibilidad de

convergencia de las múltiples miradas de las profesionales trabajando, así como el apoyo y sostén mutuo entre compañeras trabajando con un mismo caso.

*F9: Poder pensar en conjunto, eso es lo que me gusta, eso es lo que está bueno, ¿no?, de que estás ahí nomás, no es que tenés que llamar o agendar una entrevista, sino que estás trabajando en el mismo lugar y tenés como ese diálogo fácil, ¿no?, de charlar, de ver, de pensar juntos, juntas, eso es lo que, de qué bueno estar en un lugar así, que pueda pensar la persona, quien sea, desde varias miradas, ¿no?, más integral. No estar tan sola, ¿no? como en el consultorio que a veces queda uno muy solo.*

*M1: Pensamos mismo de encarar reuniones con los padres después en conjunto, todo eso se hacía ahí, era muy frecuente de hacer.*

También se refiere el trabajo en duplas de profesionales como una manera de fortalecer la alianza de trabajo con los pacientes en los primeros momentos de los tratamientos, y como una oportunidad para los profesionales del área de psicología de incorporar conocimientos o herramientas de las otras disciplinas.

*F1: Para mí hay situaciones que hay que trabajarlas en conjunto con la otra técnica, sea porque es un chiquilín con ciertas complejidades que le cuesta la adaptación al vínculo, y capaz que ya trabajo con la psicomotricista hace años, y vamos a introducir el tratamiento terapéutico, y para mí no tiene que empezar de una conmigo. Y capaz que yo me sumo al encuentro que tiene con la psicomotricista, y capaz que voy yendo de a poco, que BPS eso no lo entiende, no lo contempla. Y hay que estar como escondiéndose, digamos, porque si no puede haber problemas.*

*M2: Lo que fue la experiencia ahí en [nombre clínica], para mí fue muy enriquecedora desde la perspectiva de esto de los psicomotriz. Aprendí como mucho de la psicomotricista con la cual yo trabajaba en ese momento*

De las entrevistas emerge que es una práctica habitual en algunos centros, los abordajes psicológicos en duplas de pacientes, ante el imperativo de las clínicas de dar respuesta a las demandas de atención. También, frente a los magros salarios, los abordajes en duplas implican la posibilidad de los técnicos de agrupar pacientes. Es decir, en menos horas, recibir más gente, y por lo tanto, un mejor salario. Sin embargo, en la mayoría de los entrevistados aparece un punto de problematización al respecto: ¿hay un criterio técnico del trabajo en duplas, o un criterio de rentabilidad económica? ¿Es la dupla un trabajo grupal? ¿Es ética la decisión de trabajar en duplas ante el imperativo de atención, o por los bajos salarios? Algunas entrevistadas manifiestan conflictos en estos sentidos, sobre todo

vinculados a los aspectos técnicos y éticos. También, hay algunas que valoran el abordaje en dupla como un abordaje que da lugar al trabajo vincular, sobre todo en lo referido a las competencias sociales.

*F2: En realidad yo trabajo a veces en duplas, con niños, por ejemplo. Que sirve mucho, sobre todo la parte, sobre todo los más disruptivos. A veces trabajo no solo individual, trabajo en una dupla, digamos. Primero los trabajo como individuales, ponele. Y al otro año, bueno, me parece que está bueno como para trabajar todo lo que tenga que ver con las competencias sociales. Y bueno, trabajo de a dos, ponele. Pero bueno, no siempre, la mayoría es individual.*

*F4: Sí, yo creo que va desde este lugar que hablábamos al principio, que la clínica no deja de tener fines lucrativos, no deja de ser una entidad privada. Me han llegado a lo largo del año pasado y de este año como solicitudes, bueno, sos una de las psicólogas que menos duplas tiene de niños, trata de agrupar. De secretaría hay como este speech de bueno, también tené en cuenta que es más ingresos para vos. Y es como, bueno, sí, pero a mí no me queda cómodo este lugar de trabajar, primero en duplas me parece que es como muy antiético, rompe como un encuadre incluso no solo como de los niños que participan en la dupla cuando a veces se toman temas muy sensibles, de la familia de cada uno y demás. Porque una dupla uno pensaría que no es grupo en sí.*

*F8: Se puede dar consultas, se les dice grupal, pero son hasta dos niños o niñas en el espacio de psicología. Me costó un poco adaptarme a esa modalidad, porque no era individual, tampoco era un espacio grupal. Hay algunos momentos del año, más o menos dos o tres al año, que la coordinación nos manda un mensaje que es como medio gracioso, pero que necesitan espacio si podemos agrupar. Y ahí es como que nos ponen tipo, le damos fecha para que nos manden nuevas agrupaciones, cuando tenés pacientes de a uno individual, bueno, ahí nos escriben si podemos juntar tratamientos. Están todo el tiempo incentivando que podamos agrupar lo más posible. Hay algunos pacientes, algunas niñas, niños o adolescentes, que yo considero que sí o sí el trabajo tiene que ser individual y bueno, y ahí sí se puede hablar con la parte de coordinación para poder mantener esas consultas individuales, pero sí o sí, lo más posible de a dos.*

Además de los abordajes en duplas, como se mencionó en el apartado anterior, también se refieren algunos abordajes grupales, tanto con niños como con adolescentes. De acuerdo a lo manifestado, estos abordajes tienden a tener como objetivo el encuentro de usuarios con demandas y necesidades similares, con el propósito de trabajar colectivamente aspectos o

problemáticas comunes. También se menciona la conformación de grupos con el fin de trabajar la integración social, y el desarrollo de habilidades sociales. Estos grupos suelen ser coordinados por duplas de profesionales, psicólogos, o con el acompañamiento de profesionales de otras áreas. En algunos casos, también son coordinados individualmente por profesionales psicólogos.

*M2: Hay como grupos de pacientes, pero no es algo que yo estoy haciendo ahora, y tampoco se hace de una forma tan interdisciplinaria, digamos. Por ejemplo, hay un grupo llamado Habilidades Sociales, y eso lo coordinan psicólogos nomás.*

*F1: El año pasado agrupé a tres niños con características similares, que estaban en primero de liceo, los tres con una historia de vida similar. Y el año pasado también, antes había un grupo terapéutico de adolescentes, que lo conformaba una maestra y una psicóloga. Esa psicóloga se fue el año pasado, y ahí con otra compañera psicóloga empezamos nosotras a trabajar en ese grupo de adolescentes. Que en realidad dentro del grupo la dinámica un poco nosotros proponemos, como algunos temas puntuales, otros traen ellos, y otros muchas veces es a través de la palabra, porque son tantos y está, tiene todo la adolescencia que les encanta hablar, y a veces llevamos alguna propuesta para hacer y cuando queremos ver ya se fue la hora y no podemos.*

#### **4.6 Práctica\_Profesional\_Interdisciplina**

Los centros en convenio con AYEX (BPS), suelen ser conocidos o denominados como centros de atención interdisciplinaria, en tanto son diversas las disciplinas que convergen en la atención a las infancias y adolescencias. Fisioterapeutas, Psicomotricistas, Fonoaudiólogos, Psicopedagogas, Maestras Especializadas, Terapeutas Ocupacionales y Talleristas, son los profesionales que intervienen en los mencionados institutos. Ahora bien, de acuerdo a las psicólogas y psicólogos entrevistados: ¿Cómo se presenta el trabajo interdisciplinar en los centros en convenio con BPS? ¿Cómo valoran las entrevistadas la interdisciplina en este ámbito de trabajo? ¿Existen posibilidades de trabajo interdisciplinar? ¿Qué particularidades tiene la práctica interdisciplinar para las profesionales en psicología trabajando en estos institutos? En el marco de la presente investigación, importa el lugar que tiene la interdisciplina en las prácticas de las psicólogas trabajando en estos ámbitos.

Acerca de la noción de interdisciplina y su concepción, del discurso de las entrevistadas emerge una valoración de la interdisciplina como una forma de posicionarse en el trabajo

con los usuarios, que implica una confluencia de miradas sobre el complejo entramado que constituye la salud de las personas. Las entrevistadas señalan a la interdisciplina como un trabajo articulado y en red, en el que convergen sinérgicamente profesionales con conocimientos en diferentes disciplinas abocadas al estudio de las distintas dimensiones que componen la salud. El trabajo interdisciplinar, implicaría asumir la carencia, la incompletud o la falta de la propia disciplina, para dar lugar al intercambio, y la producción de saber en conjunto que contemple la complejidad y la atención integral de los usuarios.

*F8: Bueno, la interdisciplina, bueno, trabajar con otras disciplinas para poder lograr como una atención, un abordaje más integral de la persona, entendiendo que la psicología tiene sus incompletudes. Y bueno, necesitamos de saber cómo le va al niño, a la niña o al adolescente en otros ámbitos, para poder conocerlo un poco mejor, más integral, para dar una atención más adecuada. El dialogar y el poder recibir lo que la otra persona nos da sobre su disciplina.*

*M4: Esa es una buena pregunta. Es el trabajo en redes, articulado, que combina varias áreas que componen la vida del paciente. Entonces es la coordinación de las diferentes áreas en donde podemos intervenir de mejor manera, para cambiar o para impactar en la vida de los consultantes. Yo trabajo no solo con maestras, sino también con psiquiatras muchas veces, pediatras, nutricionistas, todo tipo de profesionales.*

Por otra parte, se señala la interdisciplina como una práctica in situ, en campo, en donde profesionales de distintas especialidades intervienen de forma conjunta en el mismo espacio y tiempo. Frente a la especificidad disciplinar de la psicología, ¿son las mismas las posibilidades de un psicólogo que de un fonoaudiólogo o un psicomotricista de llevar adelante una intervención de estas características? Las posiciones de las profesionales entrevistadas son variables en este punto: por un lado, hay quienes señalan la posibilidad de converger en entrevistas con padres, con actores del ámbito educativo o incluso en el propio tratamiento de los niños. Por otro lado, hay entrevistadas que manifiestan que la especificidad disciplinar de la psicología, a diferencia de otros abordajes, conlleva necesariamente el trabajo “a solas” en el consultorio.

*F7: Ahora, después en la práctica en realidad no es muy interdisciplinario el trabajo, porque corre cada uno por separado. Cada uno, por lo menos con la psicología sobre todo, porque yo sé que por ejemplo psicomotricidad y fonoaudiología tienen espacios con los niños juntos, de repente sesiones que comparten y que trabajan juntos, que en un mismo juego la fono puede trabajar algo desde su área y la psicomotrista también, entonces la sesión la hacen juntas. Pero en caso de la psicoterapia, que*

*seguro te interesa más, nunca nos encontramos tanto con las otras disciplinas. Es capaz en el pensar del paciente, en qué le está pasando, pero después adentro en la práctica, dentro del consultorio estamos solos y trabajando desde la psicología, nada más que desde la psicología.*

*F3: Intentábamos que las reuniones con los papás fueran de forma, o sea, juntarnos con los técnicos que trabajábamos con y poder tener esos encuentros, pero se daban capaz que a fin de año, intentábamos que eso sea así o así, a principio de año también. Y después algunos encuentros con maestras, algunas reuniones que también fueran parte del proceso, pero hay poco tiempo para dedicarle a eso, es como que tenés una consulta atrás de otra, y cada vez tenés tiempo para ir al baño, entonces se hace difícil.*

#### **4.6.1 PP\_Interdisciplina\_Informal**

De las entrevistas emergen dificultades para el trabajo o diálogo interdisciplinar. Aparece una interdisciplina “de pasillo”, “de whats app”, de encuentro fortuito en los comedores, o en espacios comunes al interior de las instituciones. Breves encuentros informales en los que los técnicos aprovechan para dialogar o intercambiar en torno a sus preocupaciones y las necesidades de los usuarios con quienes trabajan.

*F6: Y nosotros intercambiamos en la cocina, cuando estamos almorzando, pensamos algunas cosas, tal vez de algún paciente, vos hacés una pregunta, vemos, está pasando esta situación, ¿cómo lo pensás vos?, es más que nada como ahí en esos espacios que intercambiamos alguna cosa. Bueno, por mensaje de WhatsApp, por audios, pensando también cuando compartimos algún paciente con otro técnico, sí, cada tanto nos mandamos largos audios. Que eso también es algo que es por fuera, de los tiempos en la clínica, digamos, ¿no?*

*F9: Yo lo que siento es que falta brindar el espacio como para el intercambio real. Termina siendo, la verdad, es que termina siendo audios de WhatsApp, cosas como de, bueno, yo hago mi parte, vos haces la tuya y medio que vamos hablando cuando nos vemos, cuando nos cruzamos. Nos juntamos 15 minutos antes de la entrevista con padres para intercambiar y ver por dónde vamos, esa es la verdad, así es como se está dando.*

*M3: Todas son interdisciplinarias y por ahora muchas veces eso quiere decir que salen en el pasillo. Es muy difícil que exista interdisciplina. Me parece que no hay*

*espacios de formación, de intercambio, no hay espacios formales. Son espacios siempre informales.*

*F3: Capaz que yo tenía la suerte de irme con la fono en el auto, entonces ahí hablábamos, podíamos intercambiar acerca de algunos casos. Yo creo que puntualmente en esta clínica estaba la voluntad, y cada vez que se podía, o no sé, tenías alguna falta, ibas a la cocina, te juntabas con alguien más, y terminabas hablando de trabajo, pero era difícil también.*

La alta demanda de atención, la precarización laboral de los trabajadores, y la falta de espacios institucionales formales para el diálogo y la construcción interdisciplinar, conllevan que las condiciones no sean las propicias para el ejercicio de la interdisciplina. Si bien las entrevistadas reconocen la importancia de la reflexión colectiva sobre las demandas y necesidades de los usuarios con quienes trabajan, el contexto -dado por profesionales saturados por la cantidad de pacientes y de horas de trabajo, horas mal remuneradas, y la invisibilización del trabajo fuera del consultorio- hace de un panorama en que la interdisciplina queda muy limitada en estos institutos. Frente al cansancio y el desgaste de las trabajadoras, los abordajes terminan dándose, o bien sin demasiada comunicación entre los técnicos intervinientes, o con comunicaciones esporádicas y fugaces “de pasillo”.

*F9: Estás cansado, te querés ir y no querés seguir como pensando, dialogando, no lográs darle como el tiempo y el pienso que deberías a ese paciente. Creo que terminás como saturada y terminás como no haciendo de la forma que sería, más adecuada la atención.*

*F7: Pero después en el día a día se pierde el trabajo interdisciplinario. Yo creo que no hay trabajo interdisciplinario en el día a día. Cada disciplina trabaja por su parte, y el niño recibe el tratamiento de las dos disciplinas, pero por separado.*

*M4: En este lugar específico donde yo trabajo, la interdisciplina va a depender mucho del profesional, o de los profesionales que estén trabajando con ese niño o adolescente. La realidad es que no hay espacios dedicados a la interdisciplina desde el marco institucional, digamos, de la clínica, no plantea espacios de intercambio, lo cual sería una muy buena idea para implementar, y muy necesario. Depende mucho del terapeuta, y yo a veces trabajo junto con fonoaudiólogos, y psicopedagogos, psicomotricistas. Va a depender de los dos profesionales, el dedicarse un tiempo a conversar y a conocer acuerdos acerca del paciente y acerca de los objetivos. Pero*

*no, desde la institución no está eso, y me parece que AYEX tampoco lo valora como horas trabajadas.*

*M6: Cada técnico de alguna manera trabaja desde su chacrita, pero siempre conectamos y tratamos de buscar estrategias que nos nutran mutuamente. Te diría que cada técnico busca su espacio, de alguna manera tratamos de hacernos nosotros el tiempo, que te diría es más de pasillo*

#### **4.6.2 PP\_Interdisciplina\_Formal**

Algunos centros trabajan con la intención de coordinar espacios formales para el diálogo y la construcción interdisciplinar. Como se mencionó en apartados anteriores, estas instituciones disponen como parte del contrato de trabajo con sus trabajadores, instancias colectivas de intercambio con el propósito de abordar problemáticas clínicas desde la mirada de los múltiples técnicos intervinientes. También tienen el propósito de construir un esquema conceptual referencial operativo común, sobre herramientas de trabajo generales a las distintas disciplinas, como por ejemplo puede ser el juego con niños, o nociones técnicas como el encuadre. Incluso, algunas entrevistadas han manifestado la coordinación de talleres y cursos formativos e instancias de cuidado de equipo.

*F7: Las reuniones de equipo siempre tienen un perfil bien interdisciplinario, buscan lo común. Por ejemplo esto del encuadre lo trabajamos y lo pensamos en febrero, cuando lo retomamos, y ahí encontrar los puntos en común. Después sobre el juego simbólico también hemos pensado mucho, porque todas las disciplinas trabajan desde el juego, entonces ahí tenemos como un punto de encuentro. Y así con distintas cosas. También hemos hecho por ejemplo algunos talleres que tienen que ver con aprender de qué trata la otra disciplina y cuándo sería importante derivar, por ejemplo la terapia ocupacional que es bastante nueva y no tan conocida y ahí la terapeuta nos explicaba cómo era su trabajo, qué es lo que hacía, cómo se diferenciaba del otro, pero también dónde se encontraba con otros.*

No obstante, de las entrevistas emerge que, en los centros en que se realizan estas reuniones, suelen ser coordinadas mensualmente los días sábados. También se desprende que estos intercambios no suelen ser remunerados, y que en muchos de los casos terminan cayendo en intercambios y coordinaciones de tipo administrativas. En el caso de algunas entrevistadas, incluso manifiestan tener que re coordinar horas de atención para poder asistir a las mencionadas reuniones, lo que conlleva un doble desgaste: por la hora de la reunión que no es remunerada, y por la hora de atención que debe ser coordinada en otro día y horario.

*F1: Las reuniones, cuando se hacen las reuniones son los sábados. Por eso también mucha gente no va presencial los sábados, porque es tu tiempo y una hora de trabajo, es más de una hora, y nadie te la paga.*

*F4: Las formaciones suelen ser los sábados entonces muchos de los que trabajamos los sábados debemos recuperar esa sesión al niño y esa es la parte más difícil. Está buenísimo el curso pero tenés que recuperar ese sábado.*

*F5: Generalmente son los sábados, pero en realidad el sábado, casi todos trabajamos también, pero no trabajamos los sábados. Entonces el otro día, por ejemplo, el sábado pasado tuvimos uno que era las 4 de la tarde y el que estaba en horario laboral se podía retirar. Y después vos coordinás con las familias para que ese niño venga otro día.*

*F6: Estaba un poco más pautado, una vez al mes, los sábados. Y eso no lo pagaban, porque siempre está ese tema de, y ahí hay que ir hasta [localidad], pasar ahí el sábado. Y ahí sí, alguno preparaba algún caso y lo presentaba, o si no, alguna cuestión teórica que quisiera presentar ahí con el equipo.*

Por su parte, de las entrevistas emerge que hay centros en los que las reuniones son remuneradas como una hora de consulta. En estos casos son los propios institutos que asumen la responsabilidad del pago, ya que desde las AYEX no están previstas estas instancias de intercambio.

*M5: La reunión general, que [nombre clínica] las pagaba, pero creo que es una decisión de la clínica, que no, no se pagaba. Nosotros me acuerdo que hicimos una propuesta y dijeron que no, que [nombre clínica] BPS no las paga, pero la clínica sí lo hacía. Era como una hora más de consulta para los que asistían. Estaban pautadas, todas pautadas, nada era sucesivo, era organizado.*

En otros casos, ante la falta de asistencia de los técnicos, estas instancias formales marcadas por las instituciones se interrumpen. Las entrevistadas señalan encontrarse con las otras técnicas “formalmente” en reuniones semestrales, generalmente al comienzo y al fin del año. Estas reuniones no tienen como finalidad el diálogo y la construcción interdisciplinar, sino más bien resolver y re encuadrar al interior de las instituciones cuestiones administrativas (días y horas de atención, consultorios disponibles, política de reposición, etc).

#### 4.7 Práctica\_Profesional\_Diagnóstico

El diagnóstico es señalado como un elemento que está presente desde el inicio de los abordajes en tanto se presenta como un prerrequisito para la aprobación de las AYEX. No obstante, la valoración que realizan las psicólogas entrevistadas en torno al lugar del diagnóstico es heterogénea y representa un punto complejo: en los discursos se señala que los diagnósticos funcionan tanto como una herramienta habilitadora y orientadora de las intervenciones, así como un elemento de tensión y crítica.

En primer lugar, emerge como una práctica habitual en los centros la instrumentalización del diagnóstico con fines administrativos. En el contexto de las clínicas en convenio con BPS, los diagnósticos representan una función habilitadora de los tratamientos, en tanto las AYEX no son aprobadas sin un informe diagnóstico técnico. El diagnóstico, si bien es una puerta de entrada indispensable para la prestación, parece funcionar más como un requisito burocrático que como una guía activa y dinámica para los tratamientos. Emerge una contraposición de intereses, entre el lugar que el diagnóstico tiene para los profesionales en sus prácticas, y el lugar que tiene desde las instituciones.

Las profesionales entrevistadas valoran la jerarquización del diagnóstico por parte del BPS y las clínicas como un elemento ineludible y, en algunos casos, problemático. En la instrumentalización del diagnóstico con el fin de solicitar la prestación, muchas veces el proceso es realizado por profesionales que luego no continúan el abordaje con el usuario que está siendo evaluado: se señalan repercusiones afectivas por cuestiones transferenciales y deseantes que pueden ser abiertas en el proceso, y que posteriormente no tienen lugar a ser trabajadas con ese mismo profesional. También se señala como problemática la repercusión en el posicionamiento subjetivo de los pacientes frente al diagnóstico, y los efectos que pueda tener en su relacionamiento con el medio.

*F7: Pero después cuando yo tengo que hacer evaluaciones o psicodiagnósticos, la mayoría de las veces son como habilitatorias de que se otorguen los tratamientos. Y a veces termina siendo el valor más grande que tienen. Porque hay niños que de repente yo les hago un psicodiagnóstico, una evaluación, y después no los atiendo yo, no hago la psicoterapia yo, la hace alguien más. Entonces el único objetivo fue lograr que ese niño acceda a los tratamientos. Yo creo que el psicodiagnóstico a veces también da como un inicio a la psicoterapia. Es como el primer contacto de un niño, un paciente, una persona con un psicólogo y se empiezan a abrir un montón de cosas que uno tiene que tener cuidado, porque si el tiempo va a ser solo el del psicodiagnóstico, las vas a tener que cerrar, no vas a poder trabajar sobre eso.*

*F6: Tratar de otra vez atender al sujeto y que no haya como un borramiento del sujeto por estos diagnósticos ¿no? Pero son muy importantes los efectos, así muy precisos, y hay que tenerlos presentes. Entiendo mucho, cual es el diagnóstico con el que llegan y trato de pensar para cada caso qué es lo que corresponde más a hacer y en la mayoría de ellos es tratar de romper algo de eso para bueno, a ver, pero fulanito, ¿qué pasa acá? ¿no? Porque si no, a veces es eso que tranquiliza el diagnóstico mucho a las familias y bueno, y obtura y da como un cierre ahí, bueno, esto es porque es así y entonces hay que responder de esta manera y bueno, los efectos que tiene eso de anular digamos a ese sujeto entonces me parece que es re importante*

Se señala un punto de conflicto que radica en la cristalización de problemáticas complejas, en formulaciones diagnósticas comunes, en las que se pierde la singularidad del sujeto que llega a la consulta y el padecimiento que presenta, así como la complejidad de las condiciones en que se produce ese padecimiento. Las psicólogas entrevistadas manifiestan cómo muchas veces el diagnóstico funciona como un operador en la identidad de los usuarios, y en el posicionamiento de las familias frente a las demandas y necesidades de los niños y adolescentes. El diagnóstico actúa como un elemento “tranquilizador” de las familias, que obtienen con él una serie de certezas sobre lo que puede estar sucediendo con el niño u adolescente por el que consultan. Este punto implica para las profesionales un factor que muchas veces obstaculiza y dificulta el trabajo. “Abrir” el diagnóstico y derribar certezas para dar lugar a la problematización sobre los padecimientos o enigmas que subyacen a la presentación sintomática por quien se consulta.

*M2: Veo como que cuando llegan, “tengo” un niño TEA, “es” TEA, no sé, o está también hiperactivo. Es como que quedan encasillados en ese lugar e incluso los niños a veces se presentan yo soy tal, tengo tal. Yo digo, pero qué bravo, ¿no? Porque si tu identidad, tu presentación de cómo sos como persona empieza a pasar por algo que te dijo un médico o lo que sea, yo qué sé, es jodido.*

*M6: A veces en la práctica, o por lo menos para mí, tener un diagnóstico no me cambia lo que veo que necesito hacer, pero da tranquilidad a las familias, de una manera, bueno, se concreta, ah, está este rótulo, y las familias están tranquilas de que saben, pueden leer sobre el tema y tratar de informarse para ayudar, cuando en realidad a veces es mucho más general la problemática.*

*M4: Hay como cierto también nivel de patologización de algunas cuestiones en algunos niños que tal vez son situaciones más adaptativas, más transitorias*

En cuanto al manejo técnico de los diagnósticos, los posicionamientos de los entrevistados oscilan en dos posiciones: hay técnicos que refieren directamente no dar relevancia o consideración al diagnóstico con el que llegan los pacientes. Argumentan preferir trabajar de acuerdo a lo que visualizan en el espacio de la consulta, de manera que su criterio técnico o valoración para la intervención no se vea obturado por un diagnóstico previo. Hay otros, que refieren considerar al diagnóstico como un punto de partida para el abordaje, una brújula para la práctica, ya sea para la intervención o para posibles derivaciones posteriores.

*F2: Y en realidad, bueno, el diagnóstico es como una panorámica, ¿no? Vos más o menos evaluás, o sea, ¿no? Es como una vista, o sea, a grandes rasgos, por decirlo de alguna manera. Y bueno, y ahí te da más o menos, bueno, por ahí, hay que rumbear para este lado*

*M2: Y bueno, el diagnóstico es un punto de partida por el cual trabajar. El tema que lo que uno puede tener como aproximación diagnóstica en un niño se tiene que escribir con lápiz, como dice Untoiglich. O sea, tenés que tomarlo como algo de momento, una foto y después ir viendo para dónde va la cuestión. Yo creo que siempre es un punto de partida para poder empezar a pensar el trabajo que vas a hacer con el gurí. Sin esto que te digo, sin etiquetar o estancar el gurí en este gurí es esto.*

*M3: Para mi trabajo yo no le doy mucho lugar. Tuvo lugar porque para que llegue por BPS tiene que haber un diagnóstico realizado, tiene que pasar por ahí el niño, tiene que estar esa letra escrita para que se dé la prestación de BPS. Yo creo que el diagnóstico sí es el que es el puntapié pero no es el que rige el tratamiento en mi caso no es así.*

Por su parte, hay quienes señalan como relevante el diagnóstico, pero tomando recaudos acerca de cómo pudo haber sido el proceso de valoración diagnóstica. Frente a la demanda de inmediatez y de respuestas rápidas por parte de las instituciones, aparece una falta de confianza o suspicacia de los técnicos en relación a los diagnósticos con los que llegan los usuarios. No por desconfianza de la idoneidad de los colegas, sino por las condiciones en que son desarrollados.

*F9: Yo lo tomo, pero no sería como. A ver, lo tomo, sí, sin dudas lo leo, lo considero, pero después volviendo en el proceso, como lo tengo en cuenta, pero mi opinión de eso, al menos de esos psicodiagnósticos que llegan, son hechos de forma muy rápida, muchas veces te dicen, fue dos veces y en dos sesiones le hicieron un*

*psicodiagnóstico, según lo que me plantea la familia. La consideración que tengo, después voy viendo, obvio que sirve y que ayuda, pero casi siempre te diría que un 80% llegan con psicodiagnósticos que se hacen de forma muy rápida, que es como que, bueno, te hace un poco dudar también de qué tanta profundidad o certeza puede tener eso, no desvalidando el trabajo de los colegas, pero yo lo tengo en cuenta, pero no me quedo agarrada solo a eso, digamos, voy viendo después y en el trabajo, viendo que surge, que aparece, pero sí, un poco eso es lo que veo del psicodiagnóstico en realidad.*

#### **4.8 Práctica\_Profesional\_Supervisiones**

Las supervisiones ocupan un lugar significativo en la práctica de las psicólogas entrevistadas. Son valoradas como un espacio crucial para su desarrollo profesional así como para la reflexión ética en torno a sus intervenciones. También se refieren a las supervisiones como espacios de contención y apoyo, frente a un contexto laboral complejo, de alta demanda y exigencia. Un anclaje para la reflexión, el cuidado profesional y la toma de decisiones éticas.

Como se mencionó en apartados anteriores, de las entrevistas emerge que los técnicos en psicología trabajando en las clínicas en convenio con BPS, suelen ser profesionales iniciando sus prácticas clínicas. Profesionales en formación, recientemente egresados, que encuentran en los mencionados centros un ámbito de salida laboral que representa la posibilidad de adquisición de experiencia de trabajo clínico.

Frente a la diversidad de situaciones que se presentan en el trabajo desde las AYEX, el amplio número de usuarios a quienes se les brinda atención, la complejidad de las intervenciones en contextos de vulneración social, y las complejidades institucionales que atraviesan las prácticas de las psicólogas, las supervisiones se presentan como espacios altamente valorados por las profesionales. No solo frente a situaciones puntuales que puedan ser muy demandantes para los técnicos, sino como parte de su formación integral.

*F4: Muy importante. La verdad es fundamental, superviso una vez por semana y a veces hasta si surgen cosas mando mensajito, pregunto, hacemos audios, como intercambiamos, no solo ese encuentro una vez por semana. Y tiene que ver también porque la clínica trabaja mucho por ejemplo con informes para instituciones como INAU, Fiscalía, son como de gran exposición también profesional y bueno, yo entiendo que para que mi práctica, mi tranquilidad profesional esté como más cuidada, superviso envío mis informes a supervisión, o los converso y digo, mira, quiero ir por esta línea, ¿te parece?.*

*M4: Cuento con esos espacios. Para mí son fundamentales la supervisión, tanto como profesionales más experimentados o con mayor formación que uno, es fundamental. Suele haber como esta creencia de, bueno, consulto con alguien más solo cuando estoy realmente trancado y no sé qué hacer. Me parece que no, que la supervisión es necesaria desde el primer momento, y son centrales en mi práctica*

Por otra parte, los bajos honorarios que perciben las psicólogas desde las AYEX, hacen que los espacios de supervisión sean muy difíciles de sostener para las profesionales: de las entrevistas emerge que una supervisión suele valer lo mismo que lo que las profesionales cobran por un mes de trabajo con un paciente. Una supervisión equivaldría a cuatro o cinco sesiones con un paciente. Queda de manifiesto, una vez más, la precarización que caracteriza el trabajo de las psicólogas desde estos dispositivos.

*F6: Sí, por un lado las supervisiones que voy supervisando no es siempre con la misma persona. Eso también, lo costoso de eso. Al principio todo lo que se atendía. Y me pasaba, que eso que pagaba, lo que a mí me daban por un mes de ese paciente, yo lo pagaba en una sesión de supervisión.*

*M2: Tiene un lugar importante. Yo intento, por ejemplo, darme un tiempo por lo menos para supervisar yo particular. Intentar por lo menos una vez al mes, dos veces, para por lo menos pensar en conjunto con alguien lo que uno está trabajando en ese momento. Siento que es un lugar importante. Obviamente que hay otra realidad. Uno quiere más, pero también el bolsillo se manda. Y una supervisión normalmente sale lo que una consulta. Entonces hay como que amortiguar esas cosas también.*

De las entrevistas emerge que las supervisiones no son contempladas, ni reconocidas por los institutos ni por el BPS, por lo que las profesionales deben procurar los espacios de supervisión por cuenta propia y sin apoyo de las instituciones. Este punto representa un elemento costoso para las profesionales, no solo en el plano económico, sino también en el afectivo, por la alta demanda, las magras retribuciones y la falta de reconocimiento y acompañamiento institucional.

*F7: Para mí es como, en mi práctica, tiene casi, cuando empecé tenía casi que el 50% de peso. Hoy en día sigue teniendo mucho peso, es una pata del trabajo que no puedo dejar, que la tengo siempre en mente y sí me lleva a un coste económico grande. Es como algo que no se cuenta dentro del trabajo del psicólogo. No se cuenta, me refiero a que no se toma en cuenta por quienes nos contratan, por ejemplo, aunque sean las clínicas, porque las otras disciplinas no supervisan tanto como lo hacemos nosotros. Yo superviso semanalmente y me sucede que a veces*

*cuando hago lo que a mí me cuesta trabajar en clínica, es un peso económico la supervisión.*

*F3: Yo iba a supervisar y a mí me salía lo mismo la supervisión de un chiquilín que de repente yo cobraba 2.000 pesos al mes. Pagar una supervisión me costaba todo el mes de trabajo con un niño. Y no dejaba de supervisar, pero era bastante complejo. Después con el tiempo eso fue pesando un montón.*

En la misma línea que la valoración que se realiza de los espacios de supervisión, las entrevistadas resaltan el lugar que tienen los intercambios con colegas y compañeros de estudio con trayectorias similares. Tanto en espacios formales de formación, como pueden ser espacios de covisión, como también en instancias informales de intercambio horizontal. Valoran la puesta en común de situaciones que puedan ser difíciles de abordar, así como la posibilidad de nutrirse de situaciones clínicas que excedan a la propia práctica. Los intercambios con los otros colegas y las supervisiones, representan espacios de formación indispensables, que apuntalan las prácticas de los noveles terapeutas, en tanto ofrecen apoyo e interlocución en un trabajo que muchas veces es señalado como solitario.

*M2: A mí me gustan más también los espacios como de covisión. Yo tengo un grupo de amigos, colegas, que hacemos como una covisión cada tanto. Eso también está bueno. Siempre estás intentando pensar con otros.*

*F6: Después con colegas que estamos en la misma nos reunimos a leer un texto. Y después, más que nada lo que hago es escribirle a una amiga o colega y ellos también me escriben. Necesito hacer una llamada para pensar esto que pasó, porque hacemos esa especie de de intercambio para tratar de supervisar algo de nuestro trabajo.*

*M4: Estoy haciendo una formación también en un centro donde hay espacios de supervisión, veo como otras personas, otros profesionales supervisan, y uno se enriquece también mucho de esas otras supervisiones, que son pacientes que uno no tiene, pero que tiene la posibilidad como de ver otras situaciones y enriquecerse de eso. Y para mí son fundamentales, centrales, y sobre todo si estás recientemente egresado.*

*F9: Voy a una supervisión, y después sí, bueno, grupos como de la maestría que van quedando, ¿no? de intercambiar siempre con otras psicólogas que también tuvieron la misma formación que yo, eso sí, estamos en contacto siempre y es fundamental para mí el intercambio con ellas. Tanto con la supervisora, sí, porque si no sería como, no*

*sé, no sé cómo haría, es re importante, sí, sin dudas, poder contar con otros para pensar, para ciertas dudas, para compartir mismo y sí, para todos, sí, yo creo que es fundamental.*

#### **4.9 Práctica\_Profesional\_AYEX-VS-ASSE**

Si bien no es un aspecto común a todos los entrevistados, de la muestra se desprende que un importante número de los participantes en la presente investigación (10) tiene o ha tenido experiencia de trabajo en ASSE, en calidad de residentes o practicantes, en el marco del Programa de Residentes y Practicantes en Psicología (UDELAR), o como funcionarios psicólogos contratados por ASSE. Este aspecto dio lugar a indagar en puntos comunes o divergentes que las y los entrevistados podían encontrar en el marco de sus prácticas asistenciales en ambos dispositivos. Los mencionados puntos, giran en torno a las siguientes dimensiones: las condiciones institucionales en cuanto al acceso y el sostenimiento de los tratamientos, las características socioeconómicas de la población atendida, la disponibilidad de recursos materiales y las modalidades de articulación interdisciplinaria.

Las condiciones de acceso y el sostenimiento de los tratamientos emerge como un punto de diferencia en la atención en ambos dispositivos. Las psicólogas entrevistadas refieren carencias o dificultades para el acceso a los tratamientos en el marco de ASSE. Señalan prolongadas listas de espera para el acceso a la atención, así como intervenciones intermitentes o discontinuas. Tratamientos que se realizan de forma esporádica, con frecuencias quincenales, ante la amplia demanda del sistema de atención público. Las AYEX, en este panorama, se presentan como un medio de derivación que brinda consistencia y continuidad a los tratamientos. En ese sentido, las entrevistadas refieren que las AYEX se erigen como una prestación social que está muy presente en los centros de salud como medio de derivación.

*M1: Yo hice el practicantado estando en ASSE, era normal preguntar si estaban los padres en BPS como para poder derivarlos ahí. Ahí desde el Centro de Salud tenían presentes estas ayudas. Era como un caballito de batalla bastante usual de usarlo, porque a ver, por ejemplo, otras especialidades, yo que sé, fonoaudiología, psicomotricista, cosas así, dentro de la jerga de ASSE es muy difícil acceder. En realidad tenés el Pereira y para llegar al Pereira es como una lista eterna, entonces como muchas veces la prioridad era, bueno, si llegan a tener BPS los padres.*

*F1: En ASSE, yo estaba en una policlínica de primer nivel, lo que se hacía era evaluación, o sea los psicólogos lo que hacíamos era evaluación psicodagnóstico*

*para derivar a estos centros.*

*F8: Es bastante difícil en Uruguay, si bien está contemplado en ASSE, también en ASSE el poder acceder a salud mental tiene lista de esperas, demoras. En las clínicas me parece que es más rápido.*

Otro punto de diferencia en las prácticas de las profesionales en ambos dispositivos, refiere a la posibilidad de contar con recursos materiales y espacios físicos adecuados para el trabajo con infancias y adolescencias. En contraste a ASSE, donde los espacios no suelen ser adaptados para el trabajo con estas poblaciones, las clínicas trabajando desde las AYEX cuentan con espacios acondicionados. También, en cuanto a los elementos materiales del trabajo (juguetes, papelería, barro, etc), se señalan dificultades para el acceso en salud pública, en tanto se requieren de procedimientos burocratizados.

*M2: Estuve en ASSE en Servicios de Salud Público, o sea, la diferencia básicamente tenía que ver con los recursos, capaz que materiales, de juegos y cosas que vos contás también. Yo qué sé, no sé, pedías un barro y tenías que hacer mil trámites para intentar conseguir el barro, cosas así, viste. También un poco la disposición de los consultorios, ¿no? Porque aquel consultorio, de cuando yo estaba en ASSE, era bien ambientado para adultos. No veía un juguete o algo para rayar, no sé, lo que sea. Y está distinto a lo que es, por ejemplo, en las clínicas. En las clínicas, por ejemplo, acá que estoy, yo que sé, los nenes rayan la mesa y se borran, no sé, esas cosas, viste. Hay como una disposición al trabajo hacia lo infantil y lo adolescente.*

En cuanto a la interdisciplina, a diferencia de las prácticas en los centros en convenio con BPS (AYEX), las entrevistadas reconocen mejores posibilidades de intercambio, diálogo y trabajo interdisciplinar en sus prácticas enmarcadas en ASSE. Valorán las posibilidades de diálogo permanente con médicos y trabajadores sociales, así como las posibilidades de intervención en conjunto.

*M3: En ASSE había una mesa redonda y la gente debatía un caso. Se hacía una evaluación, donde yo estaba había evaluación y tratamiento. Se presentaba el caso, se hablaba del niño, se leía el informe se veían los resultados, se opinaba*

*M2: En ASSE, me pasaba que, por ejemplo, si yo estaba atendiendo un niño, incluso podía coordinar con la psiquiatría pediátrica para verlo en conjunto en la consulta. Eso es algo que no puedo. Es como que, no sé, la comunicación dentro de lo que era el sistema público.*

Por último, tanto en ASSE como en las poblaciones que se atienden por AYEX, las profesionales entrevistadas visualizan poblaciones caracterizadas por una marcada vulnerabilidad social. La diferencia radica en que para poder acceder a la prestación de BPS, los familiares de los usuarios deben estar realizando aportes. Como consecuencia, las AYEX suelen trabajar con una diversidad poblacional mayor a la que suele atender salud pública. Aunque predomina la visualización de niños y adolescentes en contextos de marcada vulnerabilidad social, a las clínicas de BPS llegan poblaciones de diferentes estratos socio económicos y culturales.

*F3: La convergencia de las posibilidades económicas y culturales de la gente que asiste a la clínica, de repente tiene mayor amplitud que la población de ASSE, que en términos generales es una población que está más jodida, es difícil ver que la gente que está en ASSE tenga aportes a BPS.*

## **5. Problemáticas Clínicas**

En este apartado se abordarán las principales problemáticas clínicas señaladas por las psicólogas entrevistadas en el marco de su trabajo con niños y adolescentes desde las AYEX (BPS). Además, se presentarán las concepciones señaladas por las entrevistadas en torno a la infancia y la adolescencia, en el entendido que dichas concepciones determinan el posicionamiento de las profesionales en sus prácticas y en el entendimiento de las necesidades y demandas de atención de los niños y adolescentes con quienes trabajan.

### **5. Matriz categorial Problemáticas Clínicas**

Problemáticas Clínicas			
Infancia		Adolescencia	
Problemáticas_Clínicas_Infancias	Concepciones_Infancias	Problemáticas_Clínicas_Adolescencias	Concepciones_Adolescencias
-Manifiesto- Ámbito académico- desempeño (aprendizaje)/relaciones (vincular) -Latente- entorno/condiciones -Escuela-agente de derivación	-Etapa de desarrollo y estructuración -Necesidad de cuidados y atención -Diversidad de infancias-contextos -Importancia de la perspectiva de derechos	-Aprendizaje-adquisición de contenidos y permanencia -Relacionamiento-familiar /social-exclusion, inhibición, violencia -Identidad- identidad sexual, y de género	-Proceso de cambio y necesidades -Proceso dificultoso/exigente -Necesidad de acompañamiento del mundo adulto

## 5.1 Problemáticas\_Clínicas\_Niños

De las entrevistas emerge que las principales problemáticas de los niños que llegan a los institutos por la prestación AYEX, están relacionadas con cuestiones vinculadas al ámbito académico, ya sea relacionales como de desempeño: niños con diagnósticos de trastornos del aprendizaje, trastornos atencionales, déficit atencional, hiperactividad, trastornos de conducta, dificultades en la regulación de impulsos y la afectividad, crisis de angustia, desbordes de ira, dificultades en el proceso de separación e individuación, inhibición, etc. Problemáticas que se manifiestan al interior de las instituciones educativas, en el desempeño académico, en el aprendizaje de contenidos, y en el relacionamiento social con el entorno, con los maestros y con los otros niños. Niños que no aprenden, que molestan, que pegan, insultan, que no pueden quedarse quietos, no hacen caso, o que están muy inhibidos y no juegan ni se relacionan con los otros niños.

*F6: Llegan con estas cuestiones como más generales, la desregulación emocional, las crisis de angustia, crisis de ira, que por lo general tienen que ver con esta cuestión de bueno, de lo que empieza a hacer ruido en espacios como en la escuela, en instituciones más educativas. Síntomas que hacen que no puedan estar ahí en esas instituciones, porque cuando hay alguna cuestión así solo a nivel familiar no llegan como por eso me parece, tanto a las clínicas estas interdisciplinarias más bien por derivación de pediatra o por la derivación de bueno, de la institución educativa.*

*M2: Que llegan a consulta cuando hay hiperactividad en la escuela, es como que mayormente es el funcionamiento a nivel de la clase. Obviamente que eso, por debajo, hay millones de cosas más, pero lo que veo es que siempre la mayor problemática es esto en las escuelas.*

*F9: Y llega más que nada por problemas de conducta, problemas en la escuela, la escuela es una como de las principales que deriva, ¿no?, a los niños más que nada, esto, agresividad, hiperactividad, no presta atención, no hace caso, no se lleva bien con sus compañeros, más que nada a nivel como, sí, escolar, más de la escuela. Eso es lo que más noto, sí, eso es como lo que más se ve. Y que después terminas viendo que en realidad eso es porque, claro, está en una familia donde hay diferentes tipos de violencia, hay necesidades, hay como, bueno, eso.*

*F10: Yo creo que el principal motivo de consulta es la desregulación emocional y dificultades en el proceso de aprendizaje. Niños que no pueden poner en palabras lo que les pasa, lo que sienten y reaccionan de una manera que les termina siendo, o*

*sea, es disfuncional para el medio, pero para ellos es disfuncional. Y eso es lo que se genera, ¿no? Como niños con dificultades en la conducta, dificultades en los mecanismos de regulación.*

Las psicólogas entrevistadas señalan que por lo general suelen llegar a la consulta derivados por las instituciones educativas y que, si bien al momento de la llegada el foco de preocupación está puesto en los elementos discordantes o disruptivos que dificultan el tránsito y la inserción de los niños en las escuelas, las problemáticas subyacentes suelen vincularse con el entorno y las condiciones en que estos niños crecen. Problemáticas clínicas en la infancia que se entrelazan con factores institucionales, sociales y familiares. Síntomas que manifiestan infancias vulnerables y desamparadas. Más allá de una mera enumeración de diagnósticos, las entrevistadas subrayan la vulnerabilidad de las infancias con las que trabajan y la necesidad de abordajes integrales.

*M6: El motivo de consulta manifiesto generalmente son problemas conductuales. Ah, mi hijo está muy enojón, reacciona mal, es impulsivo. Pero bueno, ese es el manifiesto. Después el latente, siempre tiene que ver con algo que la familia, bueno, en lo que la familia está involucrada, ¿no? Realmente hay mucha negligencia de parte de las familias con determinados aspectos, cosas que la familia naturaliza. Por ejemplo, la violencia verbal.*

*F1: Lo que más veo, y que también lo he conversado con otras compañeras, los trastornos de conducta, cada vez en aumento, y familias que no pueden sostener. Desde familias que se desbordan y terminan vulnerando los derechos de los niños, a familias que están ahí pero están desamparados los niños porque no pueden. Siempre terminan en solitario y haciendo síntomas por todos lados.*

*F3: Con la infancia me pasó, en la clínica, como en ese marco muchísimas separaciones de padres que no podían manejar los adultos y terminaban siendo objeto de los niños pero me parece como más por una dificultad del mundo adulto de no ponerse de acuerdo, de no priorizar al infante.*

En el plano manifiesto las entrevistadas valoran que los motivos de consulta por niños y niñas refieren a las dificultades antes descritas: en términos generales, dificultades de adaptación y desempeño escolar. Sin embargo, emerge que las problemáticas con las que se encuentran, en el plano latente, tienen que ver con el lugar del niño en su entorno, y con las condiciones en que estos niños se desarrollan. Se reitera en las distintas entrevistas el

lugar de las familias, sobre todo de los adultos de referencia, en la expresión sintomática por la que los niños y niñas son derivados a tratamiento psicológico. Adultos desbordados que muchas veces no pueden sostener ni acompañar a sus hijos, y adultos que ejercen violencia de distintos tipos.

*F5: La complejidad muy grande que hay es el tema de la violencia y el abuso, que hay un gran porcentaje de violencia y abuso en los chiquilines, ¿no?, a veces a la familia, una violencia intrafamiliar que desencadena en los niños.*

*F8: En muchos casos, muchas situaciones se da a través del golpe, esos muchos niños lo traen, me pegan, mamá me pega, me golpea, mamá, papá, ese es uno. Las discusiones también entre padres, bueno, discusiones o violencia también en género.*

*M6: Tengo una paciente que la madre está preocupada porque insulta, pero cuando la niña trae, bueno, en la familia se naturaliza el decir todo tipo de palabrotas, por decirlo de algún modo. O de repente en un contexto muy crítico, hay mucha violencia en el barrio y los niños de repente dibujan mucho sobre muerte, hablan mucho sobre muerte, y no tiene tanto que ver ni con temores, ni con, no sé, sucesos recientes, el fallecimiento de un familiar, tiene que ver con que eso está naturalizado en el barrio. Esta niña, por ejemplo, me trae que a un vecino le dispararon, que mi padre estuvo en una riña con un cuchillo, y claro, la familia se sorprende, el adulto naturaliza esta violencia, pero no piensa que eso afecta al niño, y en realidad la familia lo habla a la hora de la cena, tomando un mate en la puerta de la casa, los vecinos lo comentan, los niños están ahí, esta visión del niño como totalmente disperso de lo que pasa en el mundo adulto, y en realidad están muy atentos.*

De las entrevistas realizadas, se desprende: 1. Las principales problemáticas clínicas de los niños que llegan a abordaje psicológico por las AYEX, se vinculan con síntomas que repercuten en su desempeño y relacionamiento con el medio. Síntomas que suelen “hacer ruido” en las instituciones educativas. 2. Los agentes de derivación que “escuchan” los mencionados síntomas, suelen ser las escuelas. 3. Las psicólogas y psicólogos entrevistados valoran desde sus prácticas que, a las problemáticas que los niños presentan en la consulta, subyacen condiciones institucionales, políticas, económicas, y sociales, que se coagulan en los hogares donde estos niños crecen. Este último punto refuerza la importancia del trabajo con las familias de los niños que llegan a la consulta psicológica, e invita a pensar cómo las disposiciones institucionales que atraviesan las prácticas de las y los psicólogos trabajando desde las AYEX, muchas veces son limitantes en las posibilidades de intervención clínica.

### 5.1.2 Concepciones de Infancia

En este apartado se aborda cómo conciben la infancia las psicólogas entrevistadas, en el entendido que las prácticas clínicas con niños estarán determinadas por sus concepciones acerca de qué es y qué implica la infancia.

De las entrevistas emergen dos valoraciones principales: por un lado, las entrevistadas refieren a la infancia como una etapa de desarrollo, dinámica, de construcción, de adquisición de herramientas, y de estructuración del psiquismo. Refieren la infancia como un periodo de necesidad de cuidados, de atención y acompañamiento, resaltando la importancia del entorno en el desarrollo de niños y niñas, a la vez que valoran la singularidad y diversidad de infancias y de contextos.

*F5: Y la infancia en realidad es el periodo que abarca las primeras edades de los niños en donde ellos van adquiriendo herramientas y se van desarrollando. Y la adquisición de herramientas que es muy importante, muy importante. Y que está siendo difícil que ellos las puedan adquirir, y no necesariamente por ellos, sino también un poco por el entorno.*

*M2: Y es un tiempo, un tiempo de desarrollo de muchas cosas en el cual el medio circundante es fundamental.*

*F10: La infancia creo que es una etapa evolutiva en la cual el ser humano tiene una gran impronta en el juego simbólico, en la elaboración de su psiquismo, hay ciertas instancias, como por ejemplo el súper yo, el ello, que se van formando en la infancia y que termina siendo un puntapié hacia lo que es la personalidad del sujeto, pero la infancia es una etapa muy importante en lo que es el desarrollo.*

Por otro lado, recalcan la importancia de tener en cuenta una perspectiva de derechos al hablar de infancias, poniendo énfasis en cómo persisten vulneraciones en los derechos de los niños. ¿Estas vulneraciones son características de los usuarios que asisten desde las AYEX? En contextos sociales no solo de marginación y pobreza, sino también de violencias y vulneración de derechos hacia las infancias, ¿qué lugar ocupan los técnicos en sus intervenciones? ¿Son agentes protectores?

*F8: Son sujetos de derecho, donde se los debe proteger, cuidar, donde se les debe proporcionar formas de que puedan disfrutar y alimentarse, poder descansar, donde puedan recibir cariño, amor.*

*M1: Un tiempo cronológico de elaboración de los sujetos, donde la necesidad de un crecimiento, donde tenga la posibilidad de respetarse determinados derechos humanos que puedan generar una adolescencia y una adultez lo más sana posible.*

*F1: Las infancias, todas diversas, cada una singular, como una etapa de crecimiento, y también de mucha vulneración. Como pensando desde lo que veo. Si tuviera que pensarme en el trabajo hoy, y pensar cómo están estas infancias, diría que muy dañadas, la verdad.*

## **5.2 Problemáticas Clínicas Adolescentes**

Las problemáticas clínicas o demandas de atención prevalentes en las consultas por adolescentes que llegan a tratamiento psicológico a través de las AYEX, pueden dividirse en tres categorías: aprendizaje, relacionamiento con el entorno -familiar y social- e identidad de género y sexual. A estas dimensiones se le anudan conflictivas variadas: problemáticas de orden narcisista, transgresiones diversas, violencia -ejercida hacia otros y recibida por otros-, conflictivas familiares e intergeneracionales, conductas de riesgo, consumo de sustancias, deserción escolar, acoso, inhibición y retraimiento social. De acuerdo a las entrevistadas, en algunos casos, las problemáticas mencionadas vienen acompañadas por dificultades ya detectadas en el ámbito escolar.

En cuanto a las dificultades de orden académicas, se valoran problemáticas relacionadas al desempeño y el aprendizaje de contenidos, así como dificultades en la permanencia dentro de las instituciones que decantan muchas veces en la deserción liceal de los adolescentes. Adolescentes que dejan de ir al liceo o la UTU, o adolescentes que no siguen la currícula, pierden materias, faltan, repiten, y muchas veces terminan abandonando sus estudios. En este punto se anudan elementos sociales, familiares, vinculares y económicos, que repercuten en la continuidad en los estudios de estas poblaciones.

*M2: A nivel de adolescencia, pensando en los adolescentes que he trabajado y era la deserción escolar o no poder sostener determinados lugares, por ejemplo, liceo, utu, estar como aislado con los vínculos de pares. Esas son mayormente las problemáticas que me han llegado.*

*M1: Los adolescentes y bueno, lo de déficit atencional, no poder sostener en el aula, que también venía ya arrastrado desde la niñez, o sea, como en ese mismo lugar déficit atencional, hiperactividad y después estaba como más de la conflictividad que le oponían como, ah, es rebelde, o sea, está todo el día confrontando no respeta*

*ninguna regla como, eso era como algo muy habitual de encontrarte bueno, en la clínica*

Acerca del relacionamiento de los adolescentes con el medio, familiar y social, se señalan problemáticas comunes, que van desde la exclusión y la inhibición social, hasta el ejercicio de violencia hacia los otros. Adolescentes víctimas de exclusión y acoso, y adolescentes acosadores. También las psicólogas entrevistadas señalan problemáticas al interior del núcleo familiar de los adolescentes, en las que se reconocen dinámicas de violencia, y dificultades de los adultos de referencia para sostener las conflictivas y demandas inherentes al proceso adolescente.

*F1: Los adolescentes, en realidad, por ejemplo, en este momento, así como lo que rompe los ojos, es el vínculo con los padres, y la violencia que tienen los padres. Y después, como sí, secundario, el vínculo con pares, pero el fuerte es los vínculos con la familia.*

*F5: Baja autoestima, baja autoestima, bullying, baja autoestima, bullying. Bueno, después capaz que no es una cuestión de bullying, sino una cuestión de dificultades en el relacionamiento con el otro, que eso está pasando mucho.*

*F3: En la adolescencia, capaz que los límites de la separación del mundo adulto conflictivos, que también eran como gestionados medio mal por el mundo adulto, la dificultad más grande la encontraba en la comunicación con los papás. Una confrontación que necesita de un límite amoroso y ahí vuelvo a pensar en la clínica en esto de las posibilidades de acompañar a los papás también en esto que a veces me parece que les cuesta de la comprensión del mismo proceso adolescente.*

Por último, se señalan consultas con adolescentes por temas vinculados a la construcción de la propia identidad. En este punto se interjuegan elementos relacionados a la asunción de la identidad sexual de los adolescentes, y en algunos casos, demandas en cuanto a la asunción de identidades de género diversas.

*M5: La exploración, el descubrimiento, el salir al mundo, necesidades más personales también, de relacionamiento, y mucho con la identidad sexual, también, de género, con los adolescentes estuvo muy presente.*

*M6: Siempre está el tema del estado de humor, el cambio de humor, la rebeldía con los padres, o, últimamente me han llegado muchos más, sobre todo chicos trans, que está este tema de la aceptación de la familia, también los prejuicios y todo el tema vincular, el sexo opuesto, el estudio, la desmotivación, y lo que es enfrentarse al*

*adulto, tanto ser familiar como no, los docentes, esta ruptura con la imagen del adulto como figura de autoridad, que parece como íntegra y no comete errores empiezan a romper con la fantasía del adulto perfecto y se encuentran con problemas personales, que bueno, también necesitan idear, y ahí también hace el acompañamiento.*

Si bien las problemáticas clínicas descritas fueron expuestas de forma diferenciada, importa señalar que entre ellas converge una relación compleja, de mutua interdependencia y reciprocidad. Las entrevistadas destacan el valor del trabajo grupal con adolescentes para abordar las problemáticas, en sus puntos comunes, de convergencia, y en sus puntos disímiles. A su vez, a diferencia del trabajo con infancias, señalan como elemento distintivo del trabajo con adolescentes la circulación de la palabra.

*F2: Pero por ejemplo para la adolescencia es espectacular. Los grupos terapéuticos están re buenos. Y esto de los abordajes en conjunto a veces está bueno, porque los gurises tienen a veces las mismas problemáticas, y sobre todo en la adolescencia que se potencia todo como las sensaciones, las emociones, encontrar que tienen un par que les pasa lo mismo, y bueno, está muy bueno.*

*M2: Bueno, en relación al trabajo, pensando en la franja en la que se mueve la infancia y la adolescencia, el trabajo es distinto, pasa por otro lado. Capaz que en la infancia pasa más por el juego, en la adolescencia pasa más por la palabra. Son dos manifestaciones del discurso en ambas, pero es como eso.*

*F1: Empezamos nosotras a trabajar en ese grupo de adolescentes, que en realidad dentro del grupo la dinámica un poco nosotros proponemos, como algunos temas puntuales, otros traen ellos, y otros muchas veces es a través de la palabra, porque son tantos y les encanta hablar, y a veces llevamos alguna propuesta para hacer y cuando queremos ver ya se fue la hora*

### **5.2.1 Concepciones de Adolescencia**

La adolescencia es referida por las profesionales entrevistadas como un proceso de cambio y necesidades que muchas de las veces puede resultar dificultoso. Cambios corporales, identitarios, psíquicos, sexuales y vinculares. Cambios que implican una exigencia importante desde un punto de vista afectivo para los adolescentes, y que demandan ser acompañados por el mundo adulto para su tránsito. Señalan el lugar de la salida exogámica, la búsqueda de autonomía, y la confrontación generacional como elementos inherentes a una etapa difícil para los propios adolescentes y demandante para su entorno. Se resalta la importancia del acompañamiento y el sostenimiento por parte del mundo

adulto como fundamentales para el desarrollo de los adolescentes. Un mundo adulto disponible, que habilite, de lugar a la diferencia, tolere la confrontación y acompañe el proceso adolescente.

*F10: Y la adolescencia creo que tiene que ver con ese adolecer y esa transición de la infancia a ese tipo de etapa, y tiene que ver con esto de la construcción de identidad, y esto de que el cuerpo está cambiando y que hay cambios hormonales y cambios psicológicos, y creo que esto más importante de la adolescencia es esto de adquirir autonomía, y cómo el chico lo conlleva, y la relación con sus padres, que de repente empieza esa confrontación con el padre, esto de cuestionar al adulto.*

*F3: El cambio ahí sigue siendo como un proceso de mucho cambio de mucho aprendizaje y necesidades.*

*M2: Tiempo de cambio, tiempo de crisis, tiempo de adolescencia. Sí, como una transformación. Cambio, sí.*

*M1: Y la adolescencia, y bueno, sí, también como una etapa cronológica en la vida de los sujetos, donde te enfrentás a cambios constantes, ya sea corporales, psíquicos, que necesitan de, bueno, creo que necesitan de, en el espacio también, pero necesitan de un otro como soporte para también poder prepararte hacia la adultez.*

## **6. Vivencias y Percepciones sobre la Práctica**

En esta categoría se describen las principales percepciones y vivencias de las psicólogas entrevistadas en torno a sus prácticas con niños y adolescentes en las clínicas en convenio con BPS (AYEX). Con fines expositivos se presentan las valoraciones en dos apartados diferenciados: por un lado se describen los elementos señalados por las entrevistadas como puntos de satisfacción o gratificación vinculados a la práctica en las mencionadas clínicas. Y, por otro lado, se exponen los elementos mencionados en las entrevistas generadores de insatisfacción, malestar, desgaste o sufrimiento en las profesionales.

Matriz categorial Vivencias y Percepciones sobre la Práctica

Vivencias y Percepciones sobre la Práctica					
Valoraciones Positivas			Valoraciones Negativas		
Vínculo Terapéutico y Evolución	Atención a poblaciones vulnerables	Estabilidad-económica/tratamientos	Frustración sobre los tratamientos	Insatisfacción sobre las condiciones de trabajo	Malestar en los vínculos profesionales

## 6.1 Valoraciones Positivas

A pesar de los desafíos y limitaciones que implica el trabajo en estos dispositivos de atención, las psicólogas entrevistadas expresan múltiples fuentes de satisfacción sobre sus prácticas. Los puntos mencionados giran en torno a tres dimensiones: 1. el vínculo terapéutico con los usuarios y sus familias, y la visualización de la evolución de los pacientes, el acompañamiento en su desarrollo, y el impacto positivo de las intervenciones. 2. la atención a poblaciones vulnerables, el aprendizaje y desarrollo profesional, así como la realización personal de las profesionales, a nivel formativo y humano. 3. la posibilidad de encontrar estabilidad laboral en lo que refiere a la llegada de pacientes y a los tiempos para el trabajo.

### 6.1.1 Vínculo terapéutico y evolución

En primer lugar, se destaca como gratificante para las profesionales el plano vincular y afectivo, la satisfacción del encuentro con los pacientes, así como la posibilidad de atestiguar la evolución de los usuarios con quienes se trabaja. Distinguen como reconfortantes las expresiones de cariño y confianza por parte de los niños y adolescentes, al igual que el reconocimiento del trabajo realizado, el agradecimiento y las muestras de afecto manifestadas por parte de las familias.

*F1: El encuentro con cada familia, con cada niño, o, no sé, pasa el tiempo y los ves que van chiquitos y cuando egresan del centro, es como decir está, ¿no?, bueno, algo se pudo hacer. O te traen un dibujito de mirá, esto es para vos. O familias que sabés, por ejemplo en fin de año, que hay familias que sabés que a veces ni siquiera tienen para el boleto, y llega fin de año y te traen un regalo. Y que sabés que capaz que se gastaron lo que no tenían, o incluso lo hicieron. Esto es como, me genera como satisfacción de pensar el vínculo que se generó con esa familia.*

*F9: Creo que ver que se sienten a gusto ahí los pacientes, y que valoran ellos el espacio. Que nada, como que sí, creo que eso es lo que me genera, poder brindar eso, y que ellos te digan, me gusta venir, qué bueno que me escuchás, o que cuando sea fin de año decir, ah, pero no quiero dejar de venir, ¿y cómo va a ser?, y te voy a ver el año que viene, ¿no?, como eso sí me genera como satisfacción. Porque de todo este cansancio, como que parece que por momentos, ¿qué estoy haciendo acá?, y cuando viene el niño, niña, adolescente, te dicen que generaste ese espacio de escucha, y que se sintió escuchado, y dices, ah, bueno, estaba bien, estaba valiendo, qué suerte.*

*F8: Me parece eso que es muy gratificante el trabajar con familia. Las familias son súper agradecidas también, como el estar cerca el poder orientar, un poco eso me gusta. Si bien la consulta con los niños también, pero el poder trabajar con las familias me gusta.*

De los testimonios de las entrevistadas, se evidencia una fuente de gratificación para las profesionales en los momentos en que constatan avances significativos en los procesos terapéuticos, y la valoración de un impacto positivo en la vida de los pacientes y su entorno familiar. Emerge satisfacción cuando visualizan mejoras, logros, evolución o resultados visibles de los procesos terapéuticos en la vida de los pacientes con quienes trabajan. El dar el alta terapéutica y el cierre de los tratamientos debidamente trabajados y de forma cuidada, también es señalado por las entrevistadas como un elemento reconfortante y significativo de sus prácticas clínicas en los institutos.

*F3: Cuando habían procesos que se podían ver los resultados y que de repente, esto es un tema, las altas las famosas altas pero bueno, sí cuando los ceses de tratamiento no sé cómo decirlo, pero se daban de forma cuidada y no por la interrupción de la prestación y cuando eso podía tener como una evolución de un sufrimiento menor la ausencia de sufrimiento es algo que es medio loco pensar pero sí que la persona se siente mejor.*

*F10: Y mayor satisfacción me generan los cambios, más que nada eso, los avances, los cambios, eso es lo que más me genera satisfacción.*

*F5: Sí. Las mayores satisfacciones que tengo es verlos avanzar. A mí se me llenan los ojos de lágrimas. Porque a mí me emocionan mucho los logros de ellos. Y ver que ellos logran avanzar, para mí es hermoso, porque también es la entrega que uno le pone. Y me impulsa a seguir. Y me impulsa a seguir encontrando herramientas. Me impulsa muchísimo. Eso. Y bueno, cuando la familia te agradece, otra. A fin de año cuando vienen con esto de muchas gracias, no sé qué hubiésemos hecho, también eso. Y no es el regalo, es la palabra de gracias. Y cuando la familia te abraza y te da ese abrazo de gracias, no hay nada más que decir. Quizá los avances no fueron tan como hubiéramos planeado, porque nuestro enfoque va cambiando y mutando. Pero que la familia te diga gracias, ya está.*

*F7: Bueno, cuando uno nota que el malestar se va aliviando, y que aparece bienestar, eso genera mucha satisfacción. También, algo que es un poco más egoíco, pero cuando de repente te consultan, o vienen derivados por un paciente tuyo, no sé, una amiga de un paciente, me dijo tal que viniera contigo, pero como ahí hay algo que*

*está bueno, como un reconocimiento a que lo que está trabajando contigo está funcionando, eso genera satisfacción. O de repente, no sé, un niño que no estaba logrando ir a la escuela y empieza a lograr ir a la escuela. Esos momentos generan mucha satisfacción.*

También emerge gratificación del encuentro con otros colegas y compañeros de trabajo, y la formación de vínculos personales, de acompañamiento, sostén y apoyo personal y profesional. En contraste a la “soledad del consultorio”, algunas de las profesionales entrevistadas destacan como un aspecto positivo la construcción de redes de apoyo y compañerismo al interior de los centros, tanto para afrontar situaciones de exigencia desde el punto de vista profesional, como para encontrar apoyo anímico y personal en la práctica ante situaciones diversas. Asimismo se resalta el compañerismo como un espacio de apoyo y procesamiento de malestares vinculados a las disposiciones institucionales de los centros y del BPS.

*F1: En este centro en el que estoy, si bien somos un montón de técnicos, hay como una red de contención, de compañerismo.*

*F5: Y después tenemos, obviamente, el acompañamiento de los compañeros. Tenemos un grupo de los psicólogos de [localidad], que hablamos, que nos juntamos. O sea, siempre estamos en el intercambio, ¿viste? Y eso es un tremendo sostén para todos. Vos sabés que tenés un problema y sabés que alguien siempre te va a acompañar y alguien te va a saber guiar. Y eso está genial.*

*F7: Beneficios, esto de que te contaba recién, como de no estar solo, que estás con otros compañeros. Yo tengo justo una clínica en la que hablar con quienes coordinan, siempre te sentís escuchado, contar con alguien más, que te ayude en caso de que la situación sea más difícil, o que te ayude a ponerte en contacto con.*

### **6.1.2 Atención a poblaciones vulnerables**

Tanto en el plano profesional como personal, las entrevistadas señalan valorar el trabajo que implica intervenir con poblaciones en situaciones de vulnerabilidad social, como una forma de retribución social y realización personal. Valoran positivamente el impacto que pueda tener su trabajo en las vidas de los pacientes, así como el contacto y apoyo que puedan brindar ante realidades sociales adversas, y muchas veces ajenas a las propias.

*F5: La clínica que estamos nosotras es en [localidad], entonces fue toda una alegría ver que toda esa gente estaba recibiendo una ayuda para poder recibir tratamientos,*

*para mí fue como muy lindo en ese momento conocerlo, y fue una impresión súper positiva.*

*F6: Hay algo de acercarme a otros barrios, a otros contextos, que me gusta mucho, que parece que está bueno, no me quiero perder de todo. Cada vez que voy lo sufro un poco, pero a la vez digo que bueno poder estar recorriendo otras zonas de Montevideo acercarme a eso por más de que bueno pasó justamente [localidad] zona roja hace un tiempo fue re difícil para los chiquilines. Muchos estaban con miedo, no querían ir. Para mí también, salía tarde de trabajar. Pero hay algo de eso que lo sufro, pero es como ese amargo. Además tengo la posibilidad de trabajar también en [localidad] en un colegio entonces me gusta encontrarme con esa diversidad y tratar de atender a eso. Cuáles son las demandas, en qué hay una diferencia en relación a las crianzas, a cómo se entiende la crianza en cada uno de los contextos.*

También señalan valorar las posibilidades de aprendizaje y formación del encuentro con situaciones clínicas de características diversas, que en la clínica particular serían difíciles de encontrar. Ante la alta demanda, la diversidad de casos y la complejidad que muchos de ellos presentan (casos judicializados, violencia doméstica, etc.) las entrevistadas valoran que el trabajo en estos institutos ofrece la posibilidad de encontrarse con experiencias que quizás no se encontrarían en el consultorio particular. Casos que “exceden al manual y lo teórico”, que enriquecen la práctica y proporcionan la posibilidad de intercambio con otras instituciones.

*F4: Al recibir porque a veces recibís casos judicializados, a veces motivos de consulta de violencia doméstica, a veces motivos de consulta de abuso, entonces creo que es como una amplia gama que quizás en el consultorio particular te ves un poco más limitado con cómo llega el paciente o qué motivos de consulta llegan. Es complejo pero bueno, sí es cierto, creo que es una gran enseñanza profesional como para poder abarcar diferentes ámbitos y bueno, también capaz que el contacto con asistente social, con INAU, con club de niños, maestras creo que también te da otra impronta en tu trabajo y otra enseñanza de otras miradas y de participación de conocer un poco más también de lo que son los otros tratamientos de valorar derivaciones con otro tipo de conocimientos también esto puedo verlo como muy favorable.*

*M4: Para mí es un trabajo que me ha dado mucha experiencia, y la capacidad de ver muchos pacientes y distintas presentaciones, digamos, lo cual ha sido muy positivo a nivel de carrera y de formación.*

De las entrevistas se desprende que las profesionales encuentran en su trabajo un valor social, personal, humano, profesional, clínico y formativo. A la vez que se reconoce el trabajo como una fuente de realización personal, desde la valoración de un aporte a la sociedad, también se reconoce la exigencia y las posibilidades de adquisición de experiencia frente a situaciones clínicas de alta complejidad.

### **6.1.3 Estabilidad**

Uno de los puntos de satisfacción en cuanto al desempeño de las psicólogas en los centros interdisciplinarios, tiene que ver con la posibilidad de encontrar cierta estabilidad económica en el trabajo clínico. A diferencia de la clínica particular, que suele ser fluctuante e incierta, en los institutos en convenio con BPS los ingresos y derivaciones son permanentes. Si bien los profesionales deben dar atención a un amplio caudal de pacientes para poder construir un salario que les permita afrontar el costo de vida, las clínicas representan un medio que tiene el potencial de brindar estabilidad económica a las trabajadoras.

*F4: Es un contexto también que si bien capaz, no sé, se te dio de baja un paciente, capaz que la semana siguiente tenés otro. Entonces mal o bien hay cierta estabilidad económica*

*F6: En estas clínicas hay algo que se asegura que va a ser un tratamiento que se rige un poco como por el año calendario, sabes que van a ir todo ese año completo. En ese sentido a mí me da como una estabilidad mayor, me da como una tranquilidad. Creo que eso obviamente sigue en el tratamiento y en el trabajo particular nosotros tenemos esa dificultad de la inestabilidad de que la clínica funciona de esa manera. Llegan muchos pacientes, y de repente, después no tenés tantas entradas de pacientes, tenés que terminar el tratamiento por alguna razón y no importa si tenés que pagar el mes siguiente algo. En ese sentido las clínicas [de BPS] tienen esto de que te garantizan que va a haber como un trabajo continuo todo el año por más que a veces deje algún paciente. Y está también eso, hay como eso que parece que está bueno para nosotros y para que sea un trabajo también más calmo.*

*F3: Dentro de las condiciones de trabajo que generaban satisfacción sí la posibilidad de prolongar de los tratamientos más prolongados, que nunca eran mucho tampoco porque con niños y adolescentes de repente trabajás dos años, trabajás re bien, y la persona se siente bien y está todo bien aunque se termine el tratamiento.*

Por otra parte, en relación a los tratamientos, las entrevistadas señalan como un elemento de valor la posibilidad de contar con las condiciones para la viabilidad de los tratamientos en el tiempo. A diferencia del sistema mutual, que suele aprobar los tratamientos psicológicos por períodos breves de tiempo, las AYEX permiten abordajes prolongados, lo cual brinda tranquilidad a las familias, y continuidad a las técnicas para la realización de sus prácticas.

## **6.2 Valoraciones Negativas**

En esta dimensión se exponen las valoraciones que hacen las entrevistadas de aquellos elementos que les generan insatisfacción, malestar, desgaste o sufrimiento en el marco del ejercicio de sus prácticas en los institutos. Los núcleos de malestar señalados en las entrevistas giran en torno a tres ejes: el curso de los tratamientos, las condiciones de trabajo, y las posibilidades de diálogo y vinculación con otros actores, tanto al interior de las instituciones como con otras instituciones.

### **6.2.1 La frustración sobre los tratamientos**

Como contraparte de la gratificación que señalan las entrevistadas en la visualización de evoluciones en los tratamientos, el encontrarse con limitantes en las intervenciones o puntos de conflicto persistentes son señalados como fuentes de malestar y frustración en su trabajo clínico. También señalan como movilizante el encontrarse con situaciones sociales adversas, sobre las cuales enfrentan limitantes, horizontes que no pueden traspasar y que exceden las posibilidades de intervención de los abordajes psicológicos. Limitantes que muchas veces tienen que ver con condiciones sociales y estructurales sobre las cuales las terapeutas no tienen posibilidad de injerencia alguna.

*F9: Darte cuenta que hace un montón que estás, y que a veces hay cosas que siguen y permanecen, y que es difícil ir contra eso muchas veces, o sí, encontrarte con que hay situaciones de necesidades, que no puedes hacer mucho con eso, como que eso frustra un poco. O ver que llega el niño y nada, no sé, le pegaron, y que vos ya tuviste varias instancias con los padres, intentaste, pero bueno, después de eso va más allá de vos, ¿no? Nada, sí, como situaciones más como de violencia quizás, o de agresividad, o de situaciones de encontrarte con eso, por más que trabajes todo lo que puedas, hay cosas que van más allá, y sí, eso te encontrás con que nada, sí, no sé, por ahí capaz.*

*M5: Yo he tenido chiquilines que atendía que tenían sed, o sea, ya ni siquiera podemos hacer un tratamiento psicológico si no tomas agua, no tenés agua potable en tu casa. Me acuerdo en [nombre clinica], me llegaban chiquilines donde no hay*

*saneamiento, y realidades donde capaz que nunca, por suerte nunca las viví. Pero si no las contemplás, no te enterás, uno está trabajando desde el punto de vista psicológico, pero chiquilines que se les llueve el rancho y tienen el colchón mojado, o sea, trabajar eso es muy complejo*

*F5: Bueno, frustraciones he tenido muchas veces. Amo mi trabajo, pero he tenido muchas veces estas frustraciones. Y bueno, ahí se relaciona con el no avance. Y cuando el avance no viene de la mano mía, sino que no me acompaña un poco el entorno. Ahí yo me frustro muchísimo.*

También, vinculado al curso de los tratamientos, se señala malestar ante la intromisión de otros técnicos que puedan realizar intervenciones opuestas, que obturen o dificulten el proceso terapéutico llevado adelante con los usuarios y sus familias. Intervenciones que no se corresponden con la valoración profesional de las psicólogas, e incluso intervenciones que, en algunos casos, dan lugar a la interrupción forzada del tratamiento. En este sentido, se señala como un elemento de malestar en la práctica la intrusión en el trabajo de actores ajenos al tratamiento del “día a día” con los usuarios, como pueden ser funcionarios del BPS, médicos, o directivos de las propias instituciones. Este punto se relaciona directamente con el lugar que tiene la psicología en las AYEX: un lugar secundario, de apoyo y acompañamiento, que queda supeditado a la valoración que realicen los médicos firmantes de los formularios para la solicitud de la prestación. Valoraciones que en algunos casos no contemplan la perspectiva profesional de las terapeutas tratantes, y las necesidades de los usuarios.

*F5: Me ha pasado que AYEX suspenda tratamientos y quizá no estuve de acuerdo, ya me pasó dos veces eso. Porque a veces no había una dificultad cognitiva, pero sí, habían otras dificultades emocionales muy potentes y se cancelaba la prestación. Me pasó ya dos veces eso y fue como pa, pucha.*

*F1: O no sé, o hablás con la psiquiatra, y no, para mí no, para mí esto no. Y en realidad nosotros nos vemos semana a semana. Y es como, o me preocupa esto, y es como, bueno, está.*

*F2: Por ejemplo, tengo una nena que se va a intervenir quirúrgicamente, una adolescente, 15 años, se va a intervenir quirúrgicamente y va a estar, porque es una cuestión en la espalda, una cosa compleja, va a estar como un mes certificada. Entonces yo dije, bueno, mirá lo que podemos hacer, certificada en la cama porque es terrible operación, ¿no? Entonces yo dije, bueno, vamos a hacer por Zoom, por lo*

*menos, o sea, por videollamada, te llamo y, no, BPS no autoriza. Te voy a decir, una adolescente, con todo lo que eso la adolescencia conlleva, que vos no puedas seguir el tratamiento, no, hay que darle baja, porque BPS no autoriza. Entonces hay como cosas como muy complejas, ¿no? Y bueno, todo este tema de esta rigidez ahí como con BPS, esto de mi paciente nomás es adolescente, me generó mucha frustración, y yo dije, bueno, yo te voy a llamar igual, por más que no me lo paguen, cero estrés, pero te voy a llamar para ver cómo estás, por lo menos, ¿entendés? Obviamente le darán la baja BPS, pero bueno, me parece que lo ético y lo humano está ahí, que no nos podemos perder con esas cuestiones.*

### **6.2.2 La insatisfacción en torno a las condiciones de trabajo**

Como se mencionó en los apartados anteriores, del análisis de las entrevistas se desprende que las condiciones laborales en las que las psicólogas llevan a cabo su práctica profesional, se enmarcan en dinámicas de precarización, sobre las cuales se constituyen fuentes de malestar, desgaste e insatisfacción, tanto en el plano personal como profesional. Los magros salarios, las exigencias institucionales desmedidas y no recompensadas, la falta de autonomía y de garantías laborales -como seguridad social, vacaciones y aguinaldo- la invisibilización de horas y días de trabajo no remunerados -como en el caso de las 5tas sesiones o la imposición de reposición ante las inasistencias de los usuarios- hacen a un contexto de trabajo exigente, sobre el cual las profesionales entrevistadas manifiestan descontento e insatisfacción laboral.

*F10: Sí, bueno insatisfacción por ejemplo a veces el encuadre, el encuadre que a veces tiene cada clínica, porque no es igual en cada clínica. Por ejemplo hay clínicas que no le ponen los límites a las familias. Por ejemplo, yo hago evaluaciones psicodagnósticas, entonces la evaluación, si viene el paciente me lo pagan, si no viene no, y a mí han pasado pacientes que me han faltado 3, 4 veces y yo he ido y a la familia no le dicen nada, lo siguen agendando y es como que no se ponen un poco en mi lugar.*

*F7: Los honorarios generan más insatisfacción, capaz que es algo más banal pensar solo en eso, pero en comparación al arancel del psicólogo en el ámbito privado está como muy por debajo. Y hace que a futuro a veces uno piense en, bueno, si el consultorio privado empieza a funcionar de forma más estable, que empiezan a llegar pacientes y uno va dejando el lugar en estos otros espacios, lo he visto en otras compañeras. Y a veces eso me genera insatisfacción, porque el trabajo que yo hago*

*en la clínica me gusta, porque justo es una clínica en la que uno se siente escuchado, que está ubicada en un barrio que lo recontra necesita, no es que todos los barrios necesitan, pero justo en [localidad] toma otra dimensión que exista, una clínica, es lo mismo que las policlínicas, tienen más peso cuando están en barrios más vulnerables. Yo creo que hay algo que no puede crecer porque los honorarios son bajos.*

*F6: El pago me parece. El pago que se cierre un mes y que no haya ingresos, lo que tiene que ver con eso principalmente. Y después este lugar que se le da al tratamiento psicológico. Eso también me genera como insatisfacción, como en ese lugar secundario para reforzar este otro tratamiento.*

### **6.2.3 El malestar en el ámbito de los vínculos profesionales**

Una de las fuentes de insatisfacción o frustración señaladas en las entrevistas se vincula con las relaciones profesionales y la valoración de algunas de las entrevistadas de encontrarse con limitadas posibilidades de intercambio, articulación y trabajo conjunto, tanto con técnicos de otras disciplinas dentro de la misma institución, como con actores intervinientes de otros ámbitos, tales como escuelas, hospitales o clubes barriales, entre otros. En este punto se conjugan dimensiones múltiples, que no necesariamente tienen que ver con falta de simpatía o afinidad hacia los otros actores o compañeros de trabajo, sino más bien con cuestiones vinculadas a las condiciones en que se desarrolla la tarea: masividad, demanda de atención de pacientes en serie, técnicos cansados y desgastados, etc. También se señala malestar a partir de la rotación o el cese de compañeras de trabajo que deciden dejar sus puestos por las condiciones de precarización ya descritas.

*F7: Cuando tenés una compañera que lleva seis años trabajando ahí, seis años de experiencia, seis años en el barrio también, y se va, eso me genera insatisfacción porque se pierde una experiencia y de repente siempre termina lo mismo, es una cuestión de que el pago es insuficiente.*

*F1: A veces como la no respuesta y también creo que como la frustración de, no sé, hay una situación muy compleja, que sabés que está pasando algo, y que te comunicás con determinadas instituciones y no tenés respuesta. Eso como que a mí en lo personal me enoja de una manera enormemente.*

## **7. Beneficios, Críticas y Propuestas de mejora**

En esta categoría se abordan los beneficios, críticas o propuestas de mejora que las entrevistadas mencionan en relación a sus prácticas clínicas, los institutos y las AYEX en general.

Matriz categorial Beneficios y Críticas

Beneficios				Críticas		
Accesibilidad a los tratamientos	Sostenimiento de los procesos terapéuticos	Aprendizaje Profesional	Estabilidad económica	Condiciones de trabajo	Abordaje Terapéutico	Condiciones institucionales
-Atención a sectores excluidos -Derecho a la salud/equidad acceso	-Condiciones para la continuidad en el tiempo -Profundidad abordajes/vínculos	-Crecimiento profesional, experiencia, desafío	-Ingresos estables	-Alta demanda/exigencia -Baja remuneración -Precarización	-Rigidez/conflictos -Interrupciones por cuestiones administrativas -Estandarización	-Administrativo -vs- clínico -Desconocimiento de la perspectiva técnica -Social-vs-institucional

### **7.1 Beneficios**

Se identifican una serie de beneficios percibidos que atraviesan tanto la dimensión asistencial como la experiencia subjetiva del trabajo profesional. Los beneficios descritos en este apartado entran en relación directa con aspectos ya detallados en los apartados anteriores, en los que se expusieron las características de las prácticas con niños y adolescentes en los centros en convenio con BPS (AYEX). Los beneficios percibidos por las entrevistadas no se restringen a aspectos técnicos o económicos, sino que abarcan dimensiones éticas, sociales, políticas, subjetivas y formativas del ejercicio profesional. Emergen cinco núcleos que articulan los sentidos otorgados a la práctica en las instituciones en convenio con BPS: accesibilidad al tratamiento, sostenimiento de los procesos terapéuticos, aprendizaje profesional y estabilidad económica.

En primer lugar, las entrevistadas destacan el valor que tiene la prestación AYEX en cuanto a la posibilidad de brindar atención a sectores históricamente excluidos del sistema de salud. La dimensión de la universalidad en el acceso es percibida como un elemento central del trabajo en las clínicas en convenio con BPS, especialmente en relación con poblaciones en situación de vulnerabilidad social y económica. En este sentido, estos dispositivos de

atención adquieren un carácter ético y político, en tanto promueven el derecho a la salud y la equidad en la atención.

*F4: Yo creo que tiene que ver y entendiéndola como lo beneficioso quizás es esto de un acceso un poco más universal y abarcativo a distintas poblaciones. Yo creo que puede venir por ahí universalizar un poco más ese acceso pensando que yo trabajo también con esto con población vulnerable que hay listas que las familias te dicen yo quizás me acerqué al centro de salud pero hay muchas listas de espera, hay muy pocos casos de niños que vengan particular que le paguen a la clínica*

*M3: Me parece tan bueno que se ofrezca un servicio así. Que para los trabajadores, que el Estado se haga cargo y que también se involucre en este tipo de espacios. Creo que puede ser una buena pieza de un programa en relación a la salud mental o a lo social.*

En segundo lugar las entrevistadas reconocen como beneficioso las condiciones institucionales que permiten la continuidad de los tratamientos a lo largo del tiempo. Esta posibilidad se traduce en una mayor profundidad de los abordajes clínicos y en un vínculo estable con los usuarios, que repercute positivamente en los procesos de subjetivación y en los resultados terapéuticos.

En tercer lugar de las entrevistas se reitera el valor formativo y experiencial de las prácticas en los institutos, como espacios de aprendizaje, donde las complejidades del trabajo con poblaciones heterogéneas, con necesidades, problemáticas y demandas diversas, da lugar al desarrollo de competencias clínicas, institucionales y vinculares de los profesionales. El carácter desafiante del dispositivo es interpretado como una oportunidad de crecimiento profesional, en tanto habilita procesos de reflexión crítica y demanda formación continua.

Por último, de las entrevistas se desprende como beneficioso para los profesionales la posibilidad de contar con ingresos fijos y cierta estabilidad económica.

*M4: Sí, para los profesionales, en la medida que vos trabajás, podés acceder a mayor cantidad de pacientes, porque hay muchas personas que utilizan este beneficio. Entonces es cierto que ves más cantidad de pacientes, entonces te garantiza como un ingreso fijo dentro de todo, si no te enfermas, no te pasa nada, tenés como un ingreso fijo, y bueno, no mucho más. Después creo que la mayoría de beneficios son para los usuarios, porque poder acceder a un servicio de psicoterapia, que hoy en día, bueno, si tomamos en cuenta la arancel, es un disparate, pero es muy difícil acceder, teniendo un ingreso promedio acá, un servicio de psicoterapia, psicopedagogía. Un*

*BPS que a través de las AYEX da dos tratamientos, sería muy difícil acceder para muchísimas personas, entonces creo que desde el lado de accesibilidad y garantizar este derecho como a la población, es un servicio que está muy bueno, que es necesario y en línea general funciona bien, funciona bien para la gente.*

## **7.2 Críticas**

De las entrevistas realizadas se pone en evidencia un conjunto de críticas que atraviesan las prácticas de las psicólogas entrevistadas, y que están vinculadas al funcionamiento asistencial brindado por las clínicas en convenio con BPS (AYEX). Al igual que en el apartado anterior, estos puntos de crítica entran en relación con elementos desarrollados en categorías anteriores. Las apreciaciones problematizadoras de las entrevistadas giran en torno a tres dimensiones que a su vez están interrelacionadas entre sí: condiciones de trabajo, abordaje terapéutico, y disposiciones institucionales.

En cuanto a las condiciones de trabajo, se destaca una combinación de alta demanda y exigencia laboral con una baja remuneración, que configura un escenario de sobrecarga y precarización de las trabajadoras. A este punto, se le suma la modalidad de contratación, en régimen de contratación de servicios personales, que implica que las trabajadoras deban abonar una serie de impuestos, que encarecen el ejercicio profesional independiente, a la vez que esta modalidad de contratación, no contempla derechos laborales para las trabajadoras, como pueden ser seguros por enfermedad, aguinaldo, seguro de paro y vacaciones. Se valora un sistema que prioriza la eficiencia económica y administrativa, tanto del BPS como de los centros, sobre la dignificación del trabajo de los profesionales.

Paralelamente emergen cuestionamientos acerca del modo en que se desarrollan los tratamientos dentro del esquema del convenio. Se subrayan como conflictivas las interrupciones abruptas de los tratamientos, tanto por cuestiones administrativas como por criterios médicos ajenos a los procesos, en los que no se consideran ni los criterios de las técnicas, ni las singularidades de las personas con las que se trabaja o los efectos subjetivos que puedan tener las interrupciones en los usuarios. Se critican las lógicas de estandarización sobre la prestación AYEX, en tanto entra en tensión directa con la naturaleza misma del trabajo clínico, que requiere flexibilidad, seguimiento sostenido y capacidad de adaptación a las necesidades singulares de cada paciente.

Respecto al BPS, las profesionales entrevistadas perciben una marcada rigidez en los procedimientos, así como una falta de conocimiento sobre las dinámicas y especificidades de los abordajes en psicología. Visualizan una distancia entre lo administrativo y lo clínico,

que refuerza una estructura que opera con criterios ajenos a la realidad de los usuarios y de quienes trabajan con ellos, evidenciando una falta de cohesión entre la política pública y la práctica profesional.

En cuanto a las clínicas se denuncia una creciente mercantilización de los tratamientos, en la cual prima la rentabilidad por sobre el cuidado terapéutico de los usuarios. Las exigencias impuestas por estas instituciones se describen como desmedidas, al tiempo que se evidencia una ausencia de garantías laborales, y en muchos casos, una falta de reconocimiento del trabajo profesional y una reproducción acrítica de las rigideces impuestas por el BPS

### 7.3 Propuestas de Mejora

En el siguiente apartado, se exponen las principales propuestas de mejora manifestadas por las psicólogas entrevistadas en el marco de su trabajo desde las AYEX. Con fines expositivos, las propuestas o sugerencias recogidas se organizan en una tabla que presenta las principales dimensiones y subdimensiones que emergen de las entrevistas.

Categorías	Propuestas	Citas
Flexibilización Normativa (BPS)	-Flexibilizar criterios frente a inasistencias de pacientes	<p>F2: Me parece esta rigidez que ha manejado BPS en los últimos años con la asistencia, con esto de las cuatro sesiones, me parece que ahí tendría que haber más flexibilidad.</p> <p>F3: Capaz que nosotros específicamente hay como una lectura de las inasistencias que podemos hacer muy distinta al resto de los técnicos que no es contemplada en este tipo de prestaciones quiero decir, para los psicólogos yo trabajamos con la inasistencia esa obligatoriedad me parece que obtura como algunas cuestiones de nuestro trabajo específico como eso para los procesos pensando en los procesos de la gente</p>
	-Permitir tratamientos psicológicos sin necesidad de otro abordaje	<p>F9: Bueno, creo que esto de poder acceder al espacio psicológico sin la necesidad de otro espacio o tratamiento. De que pueda, por ejemplo, un niño o niña continuar con la terapia psicológica, por decir, sin tener que continuar con algo que quizás no necesita</p>

	<p>-Ampliar el número límite de tratamientos cubiertos, y también permitir tratamientos de abordajes únicos</p>	<p>F4: Bueno, hay una gran limitante, que justo hoy tuve reunión con un equipo de INAU que es esto de poder brindar únicamente dos tratamientos por la ayuda extraordinaria. A veces un tercer tratamiento es como sumamente importante, porque si no tenés un INAU que te respalde y te pague el tratamiento, hay familias que en particular no lo pueden costear entonces esto de tapar y apagar incendios vas priorizando qué área.</p>
	<p>-Adaptar normas que contemplen contextos vulnerables</p>	<p>M3: BPS debería singularizar el contexto de cada clínica, y flexibilizar algunas normas porque si no las clínicas corren el riesgo, el temor de que los sancionen, o mienten todo el tiempo, o expulsan y esas situaciones vulnerables pierden la prestación y la clínica es referencia muchas veces para muchas familias. Debería haber otro tipo de respaldos para esas situaciones que las clínicas a veces no lo dan porque corren el riesgo de que BPS es como el gran hermano.</p>
<p>Condiciones laborales</p>	<p>-Aumentar la remuneración básica</p>	<p>F10: El área psicológica tiene que ser más paga que las otras. Porque siento que la responsabilidad de nosotros es mayor.</p>
	<p>-Pagar el trabajo realizado fuera de la sesión (informes, coordinaciones, entrevistas con padres, etc.). Contabilizar sesiones de coordinación externa, como pueden ser reuniones e intercambios con escuelas, o médicos tratantes</p>	<p>F7: Que se contabilicen sesiones que uno pueda destinar a conversar con la escuela, y yo no tenga que suspender la sesión de un niño o una niña, para poder hablar con su psiquiatra. Que muchas veces uno lo termina haciendo de forma gratuita, porque por lo general con el niño, o con el adolescente, o con quien sea, que te tenés que comunicar, con el psiquiatra, suele ser al que no le querés suspender, que está como en plena necesidad de tener ese espacio. Eso cambiaría, o propondría</p> <p>M4: Cambios que podrían ser beneficiosos tienen que ver con esto, con flexibilizar un poco a veces, con reconocer las horas de trabajo que le dedicamos los profesionales por fuera de la consulta</p>

	<p>-Reconocer la hora de trabajo ante la inasistencia de los pacientes.</p>	<p>F7: Después, el cambio que haría es que si un paciente falta, el técnico no pierda su hora de trabajo, porque, buscar otra forma de comprobar que el técnico sí estuvo ahí trabajando, porque después además está la obligación de reponer, y a veces es imposible. Porque uno ya tiene las horas de trabajo semanales asignadas, y bueno, es tiempo que uno estuvo ahí, que no le dedicaste a otra cosa, no lo dedicaste a recrearte, no lo dedicaste a estudiar. Y lo que hablábamos, es que muchas veces igualmente uno le pone un pienso, a por qué ese paciente no está viniendo, si son resistencias, uno también las trabaja.</p> <p>M6: Cuando yo voy y el BPS me pide que yo esté, pero aunque esté, la familia falta y no me pagan, a mí eso me choca un poco, debo ser sincero. Yo digo en broma, parece como que somos robots guardados hasta esperar el siguiente día y no, tenemos nuestras vidas y venimos acá los técnicos a trabajar y es nuestro tiempo también.</p>
	<p>-Regular la carga laboral (límites en la cantidad de pacientes, horarios máximos, pausas entre sesiones)</p>	<p>F8: Yo creo que podría estar bueno reglamentar un poco la cantidad de pacientes. El horario por ejemplo máximo 8 horas. También el corte, capaz de unos 10 minutos creo que sería bueno,</p>
<p>Formación y supervisión profesional</p>	<p>-Supervisión formal por disciplina a partir de referentes de área, paga y reconocida.</p>	<p>F5: Siempre me gustó la idea que haya un encargado de cada rama, que no hay, ¿viste? Que haya un psicólogo que sea como el encargado de todos los psicólogos y nosotros tener como un supervisor ahí a disposición.</p>
	<p>-Formación específica en niñez, adolescencia, neurodesarrollo, abuso, crisis.</p>	<p>F8: Estaría bueno también capacitaciones de niñez, adolescencia, espacio de supervisión de casos donde se pueda supervisar con otros compañeros pero que haya un tiempo destinado para eso, bueno creo que un poco por ahí</p> <p>F9: Y creo que se necesitaría más capacitación para poder trabajar con poblaciones que están en situaciones más vulnerables. Cómo brindar atención en crisis, porque llega eso también, como poder tener, sí, más capacitación, no sé cómo decirlo, pero más herramientas para trabajar pensando también como en el sistema de salud.</p>
<p>Relación con BPS</p>	<p>-Comunicaciones directas, ocasionales o eventuales, de los profesionales con</p>	<p>M3: Intentar establecer otra cercanía entre los técnicos trabajando y BPS. Nosotros no tenemos contacto con BPS, nos contrata la clínica y la clínica tiene un convenio con BPS. Pero el puente</p>

	BPS, superando la intermediación exclusiva de la clínica	entre el técnico y el BPS no existe.  M5: Los profesionales que también puedan ser escuchados y puedan ser parte de esas normativas reguladoras de las clínicas y del servicio de AYEX
	-Personal de BPS con experiencia clínica que puedan mejorar la implementación desde el conocimiento del trabajo de campo y de las especificidades de cada disciplina	M5: Estaría bueno que dentro de AYEX, de BPS, hayan técnicos profesionales que hayan trabajado en clínica, que conozcan de distintas áreas. Que no sean funcionarios públicos solamente administrativos o por concurso, sino también profesionales que tengan la experiencia y que puedan entender el funcionamiento de las clínicas y las necesidades para incluirlas en esas normas.
	-Espacios de formación, ateneos ofrecidos y coordinados por BPS	M3: Espacios de formación que nos pudiera ofrecer BPS a las clínicas ganan un margen muy pequeño es muy difícil costear ese tipo de cosas. BPS, ¿no puede ofrecer otra cosa? ya que trabajamos para ellos.
Trabajo con familias	-Prever la posibilidad de implementar talleres para padres, o espacios de acompañamiento familiar	F1: Yo creo que el trabajo con padres es fundamental, creo que también tendría que habilitar las AYEX para talleres de padres, por ejemplo. Eso me parece como algo que se tendría que rever. El trabajo con padres es un debe muy grande.
	-Contemplar entrevistas con familias en horarios separados al de los usuarios, que sea reconocido como parte del abordaje integral a los pacientes.	M3: me gustaría poder tener como más entrevistas con familias, tener como otra flexibilidad en ese sentido
Trabajo Interdisciplinario	-Prever desde la normativa del BPS espacios formales de intercambios entre los técnicos dentro de los institutos, que sirvan como reuniones interdisciplinarias planificadas y reconocidas formalmente como parte de la práctica	F6: Que haya algún espacio más de formación, digo para los técnicos que se piensen en algunas reacciones más con sentido, planificadas entre los técnicos para poder hacer un trabajo interdisciplinario. Pero obviamente que sea remunerado, que se dé más valor a eso

	<p>-Inclusión de trabajadoras sociales, médicos psiquiatras y neuropediatras como actores estables y activos dentro de los equipos de trabajo.</p>	<p>F1:Creo que sería fundamental que en el equipo haya una trabajadora social, y que todos los equipos cuenten con neuropediatra o psiquiatra. Porque eso no está contemplado.</p> <p>F7: Que los médicos no queden por fuera, y también poder intercambiar.</p>
--	--	--

## **9. Discusión**

### **9.1 La trayectoria y la formación**

Las clínicas trabajando en convenio con BPS mediante la prestación AYEX, representan un medio de salida laboral importante para psicólogos y psicólogas recientemente recibidos. Constituyen una oportunidad para la adquisición de experiencia de trabajo clínico, a partir de la alta demanda de atención, y la circulación permanente de pacientes. En ese sentido, los mencionados institutos, son valorados como un medio para las recién iniciadas profesionales de formarse desde la práctica, a partir de la atención a múltiples usuarios, en situaciones y contextos diversos.

Frente a la incipiente práctica profesional, las psicólogas participantes de este estudio, valoran como fundamental los espacios de supervisión con colegas con mayor experiencia y formación, así como el intercambio con colegas con trayectorias y en situaciones similares. La formación se sustentaría, no solo desde la práctica y la adquisición de experiencia en la atención, sino también a partir del intercambio y la puesta en común con otros. Este punto entra en consonancia con investigaciones desarrolladas en el medio, que abordan la problemática de la formación en psicología clínica. Prieto y Protesoni (2016), a partir de un estudio que indaga en la perspectiva de docentes de Facultad de Psicología acerca de sus concepciones para el ejercicio en la clínica, señalan: “La clínica psicológica requiere del desarrollo de cualificaciones personales y competencias que se conforman mediante la práctica y la reflexión sobre la acción, siendo estos elementos indispensables.” (p.88)

Ferry (1997) refiere que el formarse implica la construcción de una determinada forma de ser, de actuar y de reflexionar, que no solo orienta la práctica, sino que también da lugar a su revisión y perfeccionamiento. Esta noción de formación se define por la búsqueda y apropiación de modos específicos de hacer y pensar, necesarios para asumir con

responsabilidad y competencia el ejercicio de un oficio o una profesión. De este estudio, de acuerdo a lo manifestado por las participantes, se infiere que las competencias para la clínica se construirían mediante la experiencia práctica -experiencia valorada de la inserción en las clínicas del BPS- y el ejercicio reflexivo sobre la propia acción- ejercicio en el que el encuentro y el intercambio con otros tiene un lugar fundamental. Si bien este estudio no se centró en la práctica de psicoanalistas, resulta oportuno recuperar las palabras de Hornstein (2018) quien manifiesta: “Como un ingeniero o un pintor, un psicoanalista [*o un psicoterapeuta*]<sup>5</sup> no se fabrica en un día. Es alguien que se inscribe en una trayectoria, cuando procesa sus lecturas, su clínica, su análisis.” (p.106)

En consonancia con otras investigaciones en Uruguay (Perea, 2017; Gimenez, 2014), y a nivel regional (Minoletti et al, 2018; Simon y Mattos, 2009; Scharager y Loreto, 2007), surge que la formación universitaria en psicología, si bien es valorada por las psicólogas entrevistadas, es percibida como insuficiente para el ejercicio de sus prácticas profesionales en los centros de atención vinculados a las AYEX. Señalan vacíos formativos en cuanto al trabajo con poblaciones vulnerables, y en cuanto al uso de herramientas clínicas para el psicodiagnóstico, como pueden ser tests y técnicas proyectivas. Como se expuso anteriormente, el diagnóstico ocupa un lugar protagónico en los centros de atención de las AYEX, por lo que estas herramientas son demandadas en las prácticas cotidianas de las profesionales. También señalan vacíos en la formación para el trabajo en contextos institucionales caracterizados por una alta demanda de atención, y frente a los cuales se exigen modificaciones en los encuadres de trabajo aprendidos en la universidad.

Otro punto de carencia señalado en torno a la formación, tiene que ver con el ejercicio de la interdisciplina: de la investigación emerge la valoración de los técnicos de una limitación de carácter formativa para el trabajo interdisciplinar. Se señala una dificultad para la interdisciplina, no solamente por el contexto institucional en el que se enmarca la práctica (punto que será abordado más adelante), sino por la percepción de una falta de adquisición de aptitudes para el trabajo interdisciplinar. En otras palabras, se señala la falta de práctica y preparación en la formación de grado para el encuentro con otras disciplinas. Una limitación en la formación para el diálogo con otras especialidades y campos de saber, con el fin de construir representaciones comunes necesarias para abordar la complejidad de las problemáticas humanas (Stolkiner, 1999).

Este punto se visualiza como reiterativo en distintas investigaciones realizadas en el medio académico nacional (Rydel et. al, 2022; Perea, 2017). Rydel (2022) señala: “las dificultades

---

<sup>5</sup> El agregado entre corchetes es propio.

planteadas por los psicólogos que actualmente trabajan en el PNA, son atribuidas a la falta de un espacio de aprendizaje en la formación académica referido al funcionamiento en equipo y al trabajo en interdisciplina específicamente.” (p.151). Por su parte, en su investigación acerca del quehacer de las psicólogas en el primer nivel, Perea (2017) menciona: “Las competencias necesarias que cada disciplina tenga para trabajar en equipo, están estrechamente relacionadas con la formación académica, la capacitación recibida y el apoyo institucional” (p. 92).

## **9.2 Marcos referenciales, herramientas y acciones**

Con respecto a las herramientas utilizadas en sus intervenciones, emerge que más allá de la especificidad de cada corriente disciplinar, la entrevista se erige como la principal herramienta de trabajo de las psicólogas en sus intervenciones con los niños, los adolescentes y sus familias. También cabe destacar que señalan modificar sus marcos de referencia teórico técnicos en sus prácticas en los institutos. Manifiestan incorporar herramientas provenientes de corrientes teóricas diversas, por más que dichas herramientas puedan entrar en conflicto con las concepciones teórico epistemológicas de las teorías a las que adhieren.

Autores en el medio (Contino, 2025; Casal y Contino 2023; Ambrois, 2020) señalan la necesidad de sostener un pensamiento crítico frente a postulados teórico-técnicos formulados en otras épocas y contextos sociohistóricos, para poder adecuarlos y ajustarlos a la luz del intercambio interdisciplinar y las necesidades de los momentos sociales, históricos y políticos actuales. En este sentido, señalan como importante la necesidad de mantener una posición crítica y de reflexión permanente “acerca de cuánto de lo que se tiene o se maneja como herramienta teórico-técnica corresponde a modos de subjetivación propios de otros momentos” (Contino, 2025, p. 42). Contextualizar las herramientas con las que se cuenta de acuerdo a las condiciones de producción de subjetividad, y advertir qué elementos pueden ser inertes o limitados para el trabajo con las realidades contemporáneas (Bleichmar, 2001; Carrasco; 2006).

Investigaciones anteriores (Gimenez, 2014; Perea 2017; Chavez 2024) dan cuenta de este aspecto crítico, flexible y creativo en torno a las intervenciones. Acerca de las prácticas de los psicólogos en el Hospital de Clínicas, Gimenez (2014) señala: “se observa que es relativamente frecuente una perspectiva abierta a distintos aportes e incluso integrando en la práctica perspectivas que a nivel teórico se plantean como muy diferentes” (s/n). Por su parte, Chavez y colaboradores (2024) mencionan la utilización por parte de los psicólogos

de técnicas de diversas procedencias valoradas como eficaces, sin que estas respondan a un modelo clínico específico. En esta misma línea, Perea (2017) refiere:

“Las herramientas que utilizan las psicólogas son de una amplia variedad, lo que infiere la existencia de un fuerte componente metodológico y de producción del mismo. También emergen los aspectos creativos en la construcción y uso de éstos frente a las diversas situaciones que se les plantea.” (p.91).

Este aspecto creador, integrador y adaptativo de los marcos de referencia para la práctica, lleva a rescatar la noción de “caja de herramientas”, la cual implica en palabras de Fernandez (2007):

“desmontar las teorías evitando su cristalización en cuerpos de doctrinas; abrir visibilidad y consiguiente enunciabilidad, permitiendo nuevas teorizaciones; pensar problemas y no instituir sistemas; pensar sin anular los aportes unidisciplinarios pero relativizando los efectos de verdad que éstos suelen instituir, y recuperar la potencia enunciativa de nociones teóricas que la certeza de sus sentidos comunes disciplinarios pudiera haber erosionado” (p.33-34)

Se infiere en este sentido, una clínica en construcción permanente, a partir de las demandas y necesidades de las personas con quienes se trabaja. Una “clínica móvil” (Nebot, 2004), heredera del paradigma de la complejidad (Morin, 2001) que intenta acompañar procesos en un “devenir de micro acontecimientos que emanan y emergen de las circunstancias de los contextos sociales y no de la demanda del aparato de dominación de turno” (Nebot, 2004, p. 59). Este enfoque entra en contacto con una posición ética de la praxis que se alinea con los desarrollos de Carrasco (2006) en torno a la Psicología Crítica Alternativa: en pocas palabras, implica reformular las concepciones teóricas, a partir de la confrontación con la realidad. Presupone una práctica situada, atenta a la influencia del contexto social sobre el funcionamiento psíquico, y los mecanismos de dependencia y vulneración.

Con respecto a los enfoques de intervención, si bien las valoraciones de las participantes fueron variadas, se visualiza cierta dificultad para la delimitación del enfoque de intervención desde el que se trabaja. Aunque algunas participantes señalan un trabajo caracterizado por una perspectiva de atención comunitaria o de atención en salud, parece prevalecer un enfoque de trabajo clínico, congruente con los modos tradicionales de ejercicio profesional, como lo es el consultorio privado. Se repiten las caracterizaciones de un trabajo “en solitario”, y las manifestaciones de dificultades para el trabajo comunitario y en red.

Las mencionadas dificultades responden no sólo a limitaciones que se presentan en la práctica, sino a limitaciones que se presentan desde los marcos institucionales y normativos que atraviesan el ejercicio de los profesionales trabajando en estos dispositivos de atención. Desde la normativa que sustenta las AYEX, parece prevalecer un paradigma hegemónico de atención clínico-individual, centrado en la enfermedad y la patologización, más que en la integralidad de los componentes que se ponen en juego en el proceso de salud-enfermedad (Saforcada, 1999). Este paradigma hegemónico instituido en las normativas- de las AYEX y de los centros- se visualiza en al menos tres aspectos: 1. frente al lugar protagónico que se les brinda a los diagnósticos, sin los cuales los beneficiarios no pueden acceder a la prestación. 2. frente a la subordinación al criterio médico 3. ante la invisibilización y la falta de contemplación del trabajo intersectorial y las intervenciones en red.

Los mencionados aspectos, entran en consonancia con investigaciones en el medio que abordan las prácticas de psicólogos en diversas instituciones. Acerca de las prácticas de los psicólogos en el sistema mutual, Fernandez Castrillo (2018) manifiesta:

“se advierte cierta preocupación por la tendencia a la reproducción de la lógica de consultorio en el espacio institucional, por experimentar allí condiciones de aislamiento profesional, con escasas posibilidades de intercambio y fragilidad de la red de referencia y contrareferencia con el resto del sistema y con la comunidad” (p.100).

Este es otro aspecto de convergencia con investigaciones en nuestro medio que abordan las prácticas de los psicólogos en diferentes ámbitos. Al respecto de la práctica de los psicólogos en el Hospital de Clínicas, Gimenez (2014) señala: “Las intervenciones psicológicas (...) estarían ampliando el repertorio de respuestas del modelo biomédico dentro de un enfoque básicamente clínico, individual, limitado al ámbito hospitalario (casi sin conexiones puertas afuera) y en continuidad relativa con la lógica del consultorio particular” (s/n). También es un punto en común con la investigación de Perea (2017):

“En relación a los tipos de modelos existentes surge una definición de modelo recurrente que es denominado por las entrevistadas como modelo clínico, caracterizado por la atención individual, cuyo principal impacto se identifica en su peso negativo para desarrollar actividades de promoción en salud o acciones de tipo comunitario.”(p.44)

Este aspecto, pone sobre la mesa nuevamente el problema de la interdisciplina. Siguiendo lo propuesto por Stolkiner (1999) el abordaje interdisciplinario exige no solo que los

profesionales compartan una concepción integral y compleja del proceso salud-enfermedad, sino también que asuman una disposición abierta al diálogo, la colaboración y la construcción en conjunto del conocimiento y de las prácticas a implementar. Esta modalidad de trabajo implica la valorización y el respeto de espacios formales de encuentro como instancias fundamentales para la coordinación, el intercambio y la construcción en forma conjunta de acuerdos. En esta línea, el funcionamiento efectivo de los equipos interdisciplinarios implica la realización de reuniones orientadas a la exploración teórica, la definición de líneas de acción comunes y el diseño de estrategias de intervención comunitaria. Lo interdisciplinar implica una posición epistemológica y metodológica (Contino, 2025). Epistemológica en cuanto supone una posición de apertura frente a la incompletud de la propia disciplina respecto a la causalidad de los fenómenos, y la naturaleza artificial y situada de la perspectiva desde la que son objetivados. Y metodológica en tanto el ejercicio de la interdisciplina implica un trabajo de elaboración conceptual compartido acerca del problema, objeto, fenómeno o situación a ser abordado.

Ahora bien, ¿qué sucede en los centros interdisciplinarios en convenio con BPS? Como se expuso anteriormente, la interdisciplina aparece como un debe, un punto flojo del trabajo en los institutos, por diversos motivos. El primero y principal, refiere a la falta de espacios de encuentro formales, pautados y remunerados para la construcción interdisciplinar. Ante la alta demanda asistencial, los magros salarios, la rigidez de la normativa y, en muchos casos, de los propios centros, las posibilidades de trabajo interdisciplinar se ven mermadas. Las prácticas se reducen al espacio del consultorio de cada técnico, o en el mejor de los casos a breves intercambios por teléfono o “en los pasillos”. Por su parte, las psicólogas entrevistadas con experiencia de trabajo en ASSE, señalan otras posibilidades para la práctica interdisciplinar en las instituciones de salud pública, a partir de la atención y valoración en conjunto de los técnicos intervinientes. Este punto entra en consonancia con lo expuesto por Fernandez Castrillo (2018) en torno a un relevamiento llevado adelante con psicólogos en torno al PIPSM (Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental):

“prácticamente no existen las reuniones de equipo y en caso de haberlas son esporádicas; mientras que en ASSE se llevarían a cabo en forma semanal, pero esta periodicidad no resultaría suficiente para consolidar la interdisciplina, apenas serviría para establecer coordinaciones entre algunos miembros de los equipos, en forma personalizada, espontánea e informal que se da en “[...] los pasillos o telefónicamente ante casos puntuales, graves o de mayor complejidad”. Al parecer, el tiempo necesario para coordinar actividades, discutir material clínico o alguna

instancia de intercambio entre los integrantes de los equipos, no suele estar contemplado dentro de las pautas institucionales ni de los honorarios.” (p.100)

La limitación para el trabajo interdisciplinar y la reproducción de la lógica individualista del consultorio particular, son elementos asociados tanto a la normativa de la prestación como a las condiciones de trabajo en que se desarrollan las prácticas en las clínicas en convenio con AYEX. Pareciera que estos elementos se vinculan con un paradigma de atención basado en un modelo clínico individual, de atención a la enfermedad, heredero del modelo hegemónico médico. Este aspecto será abordado con detenimiento más adelante.

### **9.3 La práctica y el marco institucional**

El trabajo en los centros, implica la posibilidad de adquirir un salario a partir de la práctica profesional clínica, lo cual no es menor, teniendo en cuenta la incertidumbre y dificultad que implica el establecimiento de la clínica particular, sobre todo al inicio de la práctica profesional. En este contexto, se configura cierta lógica de mercado: hay una importante demanda de atención, a la vez que hay un gran número de psicólogos y psicólogas que necesitan el trabajo. Se reproduce un escenario neoliberal, de competencia, que genera tensión entre los técnicos y las directivas, y posiciones de sumisión frente a la precarización. Sumisión de los centros ante las rígida normativa frente a las posibles sanciones económicas, y de los técnicos ante los centros frente a la posibilidad de pérdida del trabajo.

El funcionamiento del Banco de Previsión Social como dispositivo de control sobre las prácticas y los usuarios, es tangible en las entrevistas. También es manifiesto cómo ese control se reproduce en las propias clínicas, impactando a su vez, en las prácticas de las y los psicólogos trabajando. Las disposiciones institucionales de las clínicas, y el control permanente a las están sometidas por parte del BPS, desemboca de igual manera en formas de regulación, vigilancia o supervisión sobre el desempeño de los profesionales, lo cual afecta su autonomía y prácticas, y sus vivencias en torno a las mismas. Por otra parte, como se vio en el capítulo anterior, la pretensión de control y de funcionamiento sin fisuras, conlleva lógicas de evasión, de omisión o transgresión por parte de algunas de las instituciones y sus trabajadores, que “maquillan” planillas de asistencias, informes, faltas. Escudero (2015), en su tesis de maestría acerca del papel emergente de la psicología en las organizaciones sanitarias, entrevista como informante calificado a Luis Gimenez, quien expresa:

“Es una mirada excesivamente economicista del cambio de modelo. Pensando que las organizaciones van a buscar cumplir las metas porque eso los beneficia

económicamente. Es un razonamiento típicamente tecnocrático. Presupone que el otro va a hacer lo que yo supongo que tiene que hacer para lograr el resultado. En cambio, el otro, es un sujeto que tiene sus propios planes, sus propias lógicas y sus propias prioridades. Entonces en la disyuntiva de decir la verdad de la dificultad que tiene el cumplimiento de las metas o presentar las cosas de tal manera que parezca como que cumple las metas aunque en realidad no se esté avanzando en el modelo, no hay ninguna duda de cuál va a ser la opción. Los datos van a ir diciendo que cumplió con las metas prestacionales, a veces desfigurándolo o a veces desvirtuándolo” (Luis Giménez, 2014, informante calificado) (p.46)

La lógica de mercado que los profesionales visualizan en las clínicas se materializa en la exigencia de una amplia disponibilidad para la atención en serie, “uno tras otro”, en jornadas de 8 o más horas ininterrumpidas, al estilo de una fábrica fordista de producción masiva y estandarizada. Lógica de mercado que visualizan en su reemplazabilidad y en criterios vinculados a la atención que no responden a valoraciones técnicas sino a valoraciones económicas, como lo son las agrupaciones indiscriminadas de pacientes o el trabajo en duplas. En concordancia con lo planteado por Fernández Castrillo en su tesis doctoral (2014) el problema parece radicar en una lógica de gestión que se traslada de los principios de organización sin fines de lucro, a una racionalidad empresarial orientada a la reducción de costos y la maximización del capital. La mercantilización del sistema de salud implica la incorporación de lógicas y principios propios de la economía al ámbito sanitario, mediante relaciones explícitas y deliberadas de análisis costo-beneficio en la prestación de servicios. Esta perspectiva promueve formas cuantitativas de evaluación y medición de la productividad profesional que resultan discordantes con los objetivos de la práctica.

Este punto converge con algunas reflexiones de Muniz en torno a las condiciones de producción de subjetividad actuales (2013,2015): la salud se vuelve una mercancía caracterizada por una demanda inabarcable, a la cual niños y adolescentes no escapan. Niños y adolescentes que muchas veces quedan “capturados” en tratamientos eternos, o en lógicas de derivación o “paseo” por distintas disciplinas, con el fin de mantenerlos en el radar de la institución o, en el mejor de los casos, con la voluntad de poder sostener los tratamientos psicológicos que, como se expuso en el capítulo de resultados, dependen de otros tratamientos para su continuidad.

Tampoco escapan los técnicos, quienes subsumidos en las lógicas neoliberales, y vulnerados por las exigencias del mercado, enfrentan el trabajo clínico en los institutos con la posibilidad latente de un reemplazo inminente o una sustitución inmediata. Como se

abordó en el capítulo de análisis y resultados, es habitual la rotación de personal técnico que trabaja en los centros. Tanto por decisiones personales, como por despido. Contratos precarios, altas demandas de atención, remuneraciones magras, horas de trabajo no remuneradas e invisibilizadas, falta de garantías laborales y derechos para los profesionales, son algunas de las características que configuran las condiciones laborales de los profesionales en psicología trabajando desde las AYEX.

Si bien los centros se nuclean en una Red de Centros, no hay al momento de la escritura del presente trabajo, ningún tipo de asociación civil de profesionales trabajando en los institutos en convenio con AYEX. Los profesionales en estos dispositivos de atención no cuentan con sindicato que abogue por sus condiciones laborales. Si bien hay asociaciones de psicólogos como la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) o el Sindicato de Psicólogos y Psicólogas del Uruguay (SIPPU), el trabajo desde las AYEX se presenta como un punto invisible.

En las distintas entrevistas realizadas, persiste una valoración de precarización en cuanto a las condiciones salariales y las disposiciones contractuales de los institutos. Aspectos que se relacionan con el recambio en los equipos técnicos ante la decisión de muchos de los profesionales de dejar estos trabajos. Esta característica, emergente del trabajo en los centros, parecería estar vinculada al hecho de que la mayoría de los profesionales psicólogos en ejercicio por las AYEX son personas recientemente egresadas. Este aspecto es congruente con lo expuesto por Fernández Castrillo (2018) en torno a las valoraciones de los psicólogos trabajando en Montevideo desde el PIPSM:

“Se insiste en el reclamo por mejores condiciones de trabajo, tanto a nivel salarial como en las condiciones contractuales, que estarían basadas en la desregulación y flexibilidad laboral (...) Las bajas remuneraciones que perciben los técnicos por la atención psicoterapéutica tendrían como consecuencia que los profesionales con más trayectoria migren hacia otros trabajos mejor remunerados, por lo que la psicoterapia quedaría bajo la responsabilidad de jóvenes recién recibidos y con escasa experiencia.” (p. 100)

Por su parte, se menciona como característica de los profesionales desempeñándose en estos ámbitos el multiempleo, lo cual se presentaría como una necesidad frente a las responsabilidades que implica el trabajo como profesional independiente en contextos donde los salarios son bajos.

#### **9.4 Sobre el trabajo con niños y adolescentes**

“Preguntarse acerca de qué infancia llega a la consulta y acerca de qué adolescencia se produce hoy se hace imprescindible dada la discrepancia entre los textos y las operatorias de intervención. En primer lugar, está la clínica, luego su teorización. Pero si se abdica en favor de los manuales que generan la ilusión de una rápida respuesta a las necesarias preguntas que no siempre hay que responder, se subvierten los términos: primero el manual y luego el sujeto.” (Muniz, 2015, p.26)

La escuela se estructura como la principal institución de derivación a tratamiento de los niños que llegan por las AYEX. Siguiendo una perspectiva de análisis foucaulteana, se erige como la principal institución de gobierno sobre los cuerpos de los niños, como un organismo de regulación sobre el “conjunto de prácticas a través de las cuales se pueden constituir, definir, organizar, instrumentalizar, las estrategias que los individuos en su libertad pueden establecer unos en relación a otros” (Foucault, 1991, p.141). De esta forma, las principales demandas de atención identificadas por las entrevistadas en sus prácticas responden a cuestiones vinculadas al ámbito académico, ya sea por un desfasaje en el desempeño, como por conductas disruptivas o inadecuadas en el medio social, con los otros niños o con referentes de crianza. Este aspecto se corresponde con resultados de otras investigaciones en nuestro medio, en las que las principales consultas en psicología por niños y adolescentes se vinculan con desajustes relacionados al ámbito académico liceal y escolar. Perea (2017), acerca de las prácticas en servicios de salud, manifiesta:

“Surgen descripciones de problemáticas de salud referidas a desajustes conductuales de niños y adolescentes, que son derivados en su mayoría de las instituciones educativas, con diferentes nomenclaturas: desde hiperactividad a violencia y delincuencia, fuertemente asociadas a problemáticas sociales, vulnerabilidad y exclusión social. Asociación que a la vez explica y estereotipa los modelos sociales imperantes, primando una visión más restringida de las problemáticas individuales y familiares.” (p.45)

En el plano manifiesto, a la consulta de las profesionales llegan niños diagnosticados con “dificultades en el aprendizaje”, “hiperactividad” o “trastornos de comportamiento”. Sin embargo, las problemáticas identificadas son bastante más profundas: niños con derechos vulnerados, niños pobres, descuidados, que viven en condiciones de vulneración y en entornos de maltrato y violencia. En este sentido, se recupera lo expresado por Fraga (2016):

“Muchas veces se consulta por niños con diversos síntomas que encubren situaciones de violencia familiar, dificultades de aprendizaje, inquietud, enuresis, encopresis, agresividad, hiperactividad, impulsividad, quejas somáticas inespecíficas, trastornos del sueño, conductas de riesgo. Como todo síntoma denuncia no solo situaciones personales sino también familiares, lo cual, es más fuerte en la infancia, ya que los niños por su indefensión, inmadurez y dependencia, son más vulnerables a las dificultades vinculares familiares.” (p.20)

Bajo esta perspectiva, las concepciones de niñez que emergen del discurso de las entrevistadas en este estudio, la sitúan como etapa de desarrollo y estructuración, poniendo énfasis en las necesidades de cuidado y protección de esta población, y en la concepción de los niños como sujetos de derecho. Al respecto, Fraga (2016) señala cómo en el siglo XX -considerado el siglo del niño- se reconoce la infancia como una etapa clave del desarrollo y crecimiento para la conformación futura de adultos íntegros. Se comienza a pensar a los niños como sujetos de derecho, y en 1989 se firma la Convención de los Derechos del Niño, colocando a esta población en un lugar social y políticamente reconocido.

Con respecto al trabajo con adolescentes, se reiteran los motivos de consulta vinculados a elementos “desadaptativos” acerca de sus desempeños académicos, y en relación a sus vínculos con el entorno familiar y social. Exclusión, inhibición, violencia, deserción académica, y conflictivas identitarias son los principales motivos por los que asisten a consulta desde las AYEX. Estos motivos manifiestos, suelen estar acompañados de entornos poco continentales y sostenedores. Padres y madres fragilizados ante las exigencias que impone el mercado, muchas veces ausentes o desbordados, sin posibilidad de ejercer las funciones de corte y sosten necesarias para la constitución del psiquismo (Muniz, 2015) “Adultos exigentes, adolescentes desorientados y niños trastornados pueblan los consultorios de especialistas del ámbito de la Medicina, la Psicología, la Psicopedagogía y otros que ofrecen algún tipo de medicina, técnica o sanación para los males de la época.” (Muniz, 2015, p. 21)

En este punto, cabe profundizar acerca del lugar del diagnóstico en estos dispositivos de atención. De acuerdo a la normativa de las Ayudas Extraordinarias, para que los tratamientos psicológicos sean aprobados por el BPS, debe existir un psicodiagnóstico avalado por el médico tratante del usuario. El diagnóstico opera en sentidos que exceden a su funcionalidad clínica. En tanto vía de acceso a la prestación, el diagnóstico adquiere una función administrativa: sirve de pase o de boleto, sin el cual la asistencia no puede ser otorgada. Este elemento entra en contacto con lo denominado por Escudero (2015) como

“problemas inerciales de gestión sanitaria” en los que “la dimensión administrativa y la dimensión profesional se encuentran disociadas a nivel de sus propósitos, donde se percibe incluso una prevalencia de los criterios administrativos por sobre los profesionales” (p. 126).

A su vez, el diagnóstico cumple una funcionalidad enmarcada en un modelo clínico individual restrictivo, en el que los procesos vinculados al continuo salud-enfermedad, son subsumidos a una concepción de enfermedad individual y fácilmente identificable. Se disipa la dimensión compleja de las distintas aristas que atraviesan y confluyen en el problema, a la vez que se delimitan las posibilidades de intervención (Saforcada, 2010; Fernandez, 2016). En esta línea, de acuerdo a lo planteado por las psicólogas entrevistadas, en los centros interdisciplinarios, pero sobre todo desde la normativa que sostiene la prestación AYEX, parece reproducirse una lógica de atención vinculada al modelo de la medicina clínica, individual-restrictiva, situando al sujeto alrededor de la enfermedad, y desmarcado del medio en que se produce. Si bien el espíritu de la prestación pareciera radicar en un modelo social expansivo que incluya la atención a la salud desde distintas disciplinas y prácticas integrales (Saforcada, 2010), las posibilidades de intervención estarían limitadas al trabajo en el consultorio, sin estar contempladas las intervenciones o intercambios a nivel comunitario e intersectorial. Tampoco están contempladas las posibilidades de trabajo con padres y referentes de los usuarios, lo cual resulta muy cuestionable teniendo en cuenta la importancia de estos actores en el trabajo con niños y adolescentes. Desde la normativa, se reproduce un enfoque individual donde lo psicológico aparece escindido de lo social, lo histórico y lo comunitario, y donde se reproduce un sesgo patologizante.

De acuerdo a las lógicas de los dispositivos de control (Foucault, 1991) el diagnóstico operaría como referencia de lo disruptivo, como un punto de radar sobre lo que “hace ruido” y sobre lo que se debe intervenir para normalizar (Muniz, 2013; 2015; Janin; 2011). “Padres e hijos se han producido en torno a condiciones diversas que presionan por ajustarse a lo establecido considerando como falla (déficit) todo lo que se aparte de ese esperable” (Muniz, 2015, p. 22). Siguiendo lo expuesto por Bleichamar (2001), lo “patológico” en una sociedad emerge del entrecruzamiento entre las condiciones de producción de subjetividad, es decir, las condiciones de posibilidad pautadas por una época en cuanto a las posibilidades de realización o no de ciertos deseos, y la estructuración psíquica, como aquellos universales relativos a la construcción del psiquismo. En otras palabras, lo que se concibe como patológico en un momento socio histórico diferirá de lo considerado patológico en otro. Lo “patológico” dependerá de los parámetros de un contexto histórico, político, social, etc. “Aquello que se espera de los niños, lo que se considera sano o

patológico, lo que se les propone como ideal, será diferente en las distintas épocas y en los diferentes grupos sociales” (Janin, 2011, p.60).

En una época marcada por el exitismo, la individualidad, el imperativo de la eficiencia y el rendimiento, y los procesos rápidos y estandarizados, lo problemático se sitúa en aquel o aquella niña, niño o adolescente que se aparta de lo exigido por la norma. En este sentido, se reconocen demandas de atención, o preocupaciones de una época: la inquietud, la desatención, los berrinches, entre otros, aparecen como elementos difíciles de tolerar en las sociedades actuales. Comportamientos que históricamente han existido, y sobre los cuales hoy recaen las miradas. Sin embargo, lo patológico parece no sólo tener que ver con el padecimiento o la desadaptación individual del sujeto que llega a la consulta, sino con un medio social expulsivo y demandante. Expulsivo desde la exclusión social que engendra rencores y desilusiones, y demandante en cuanto al bombardeo de información y estímulos externos e internos. Janin (2011) se pregunta: “¿No produciremos, como sociedad, niños a los que no podemos contener, a los que no toleramos, que nos molestan?”.

Es claro el lugar que ocupa el modelo médico hegemónico en el diagnóstico, y en la práctica de los profesionales. Barrán (1995), analiza el lugar del médico como figura de autoridad en el campo público y del Estado. El “poder médico” asume una categoría social, política y cultural, en tanto no solo define lo relacionado a la salud/enfermedad, sino también a lo permitido/prohibido, y lo normal/desviado. De acuerdo con Menéndez (1998), el denominado "Modelo Médico Hegemónico" se consolida a partir de los inicios del siglo XIX, otorgando a la medicina una posición privilegiada en la producción de conocimiento sobre la enfermedad, sustentada en una biologicista e individualizante del sujeto. La presencia de la jerarquía médica es invisible, en tanto los médicos no participan directamente de las prácticas ni de la cotidianidad en las clínicas del BPS. Sin embargo, es una presencia tangible y permanente en tanto la continuidad de los abordajes dependen de las valoraciones del médico. Persiste un modelo de atención centrado en la influencia del modelo médico hegemónico. Este es un elemento que se repite en múltiples investigaciones que abordan la perspectiva de los psicólogos y psicólogas trabajando en instituciones de salud. Al respecto, Giménez (2014) -acerca de la investigación realizada en el Hospital de Clínicas-, menciona: “de las 19 entrevistas se plantea una jerarquía vinculada a la decisión médica de la derivación” (s/n). Por su parte, Perea (2017) señala:

“El Modelo Médico Hegemónico (...) sigue prevaleciendo a pesar de fuertes críticas al mismo, imponiendo dificultades en múltiples sentidos. Una de ellas se refiere a la posibilidad o no del trabajo en equipo, y la primacía de los mandatos verticales, de las

lógicas impositivas, sobre aquellas que promueven el diálogo y el reconocimiento de las diferencias” (p.42)

Si bien el SNIS implica un cambio en el modelo de atención en salud, en el que se posiciona a la psicología como una disciplina independiente, los centros integrales y la prestación AYEX, parecen funcionar con una lógica de atención contraria al SNIS, y consecuente con los modelos hegemónicos de poder médico. La psicología en las Ayudas Extraordinarias queda posicionada como una disciplina subordinada al criterio médico, y como una disciplina de segundo orden, de apoyo a otros tratamientos. En las AYEX, el lugar del tratamiento psicológico no solo queda supeditado a la valoración del médico, sino que queda en segundo lugar detrás de los otros abordajes, lo cual conlleva una serie de repercusiones sobre los tratamientos que ya fueron descritos anteriormente.

Este punto entra en consonancia con diversas investigaciones en nuestro medio (Gimenez, 2014; Escudero, 2015; Perea, 2017; Casas, 2023). Al respecto Escudero (2015), menciona: “el lugar de las prácticas psicológicas era reducido y limitado, dando lugar a relaciones de poder que reproducen el clásico lugar hegemónico de la figura del médico en los ámbitos sanitarios.”(p.51). En esta línea, en su investigación acerca de las prácticas psicológicas en la salud pública, Casas (2023) reflexiona:

“Ya no se trata simplemente de un asunto de orden organizacional, de jerarquías o de ordenamiento histórico donde se vislumbra la primacía de una disciplina por sobre la otra por su fuerte recorrido dentro de la historia de la salud mental, sino que habría que poder instalar y sostener fuertes interrogantes respecto de cómo esto afecta a las prácticas psicológicas clínicas dentro del campo de la salud mental” (p.105)

Entran en contacto diversas instituciones que, aun sin mantener intercambios y coordinaciones entre sí, operan de manera alineada. BPS, la escuela, el hospital, e incluso las clínicas trabajando con niños desde las AYEX, operan como instituciones normalizadoras. Con esto no se quiere decir que las mencionadas instituciones no ayuden o promuevan salud, sino que hay diversas líneas de poder en juego en estos dispositivos que importa tener presentes para que no obturen las prácticas, o para no incurrir en prácticas inertes o iatrogénicas. A su vez, importa pensar cómo las lógicas descritas no sólo son sostenidas por las instituciones mencionadas y por el modelo imperante de atención, sino por los mismos profesionales de las distintas disciplinas sociales y del ámbito “psi”. Es importante no perder de vista la dimensión política y social en el trabajo, para que más que

funcionalidad a las demandas de un sistema, las intervenciones psicológicas recuperen la dimensión de la singularidad y el deseo, y se orienten a intervenir sobre el padecimiento y sufrimiento humano.

## **10. Consideraciones finales**

Es indudable que las prestaciones sociales y las políticas orientadas a la atención de las infancias y las adolescencias, son fundamentales para el desarrollo social y la protección de las poblaciones más vulnerables. En este sentido, las Ayudas Extraordinarias brindadas por el Banco de Previsión Social, se erigen como una política pública de marcada relevancia a nivel social en lo que respecta a la atención a los niños y adolescentes en todo el país.

Este trabajo se propuso poner sobre la mesa distintas dimensiones que atraviesan las prácticas de atención en psicología a los usuarios, niños, adolescentes y familias beneficiarias de la mencionada prestación. Dimensiones que hacen a un panorama complejo, donde convergen y entran en contradicción puntos diversos, vinculados al propósito del programa, a las condiciones de producción de subjetividad actuales, a las condiciones de la atención, al lugar de los profesionales y a las condiciones de posibilidad de los tratamientos.

Limitaciones, tensiones y potencialidades confluyen en las prácticas de las psicólogas trabajando en los mencionados dispositivos. De las entrevistas realizadas se puso de manifiesto el lugar de los centros como ámbitos que representan la posibilidad de inicio a la práctica clínica para psicólogos noveles. Suelen ingresar mediante contactos cercanos o por medio de red de contactos profesionales, generalmente sin conocimiento acerca de las normativas y las dinámicas que conllevan el trabajo en las instituciones. De acuerdo a lo emergente de las entrevistas, los centros representan la posibilidad de obtener un salario desde el trabajo clínico, así como la posibilidad de adquirir experiencia y consolidar la formación profesional a partir de la atención de casos con características y situaciones diversas. También representan un medio laboral definido por condiciones de trabajo precarias, bajos salarios y escasa (o nula) seguridad social, exigencias considerables en cuanto a la disponibilidad para la atención, y en algunos casos rigidez en las disposiciones institucionales frente a las condiciones para la práctica. Elementos que muchas veces conllevan malestar y desgaste por parte de las profesionales, y que estarían relacionados a la fluctuación del personal técnico en estos ámbitos.

Por su parte, la posibilidad del trabajo clínico y la dimensión vincular, tanto con usuarios como con las compañeras de trabajo, se remarcan como los principales aspectos de satisfacción de las profesionales. Asimismo, destacan como gratificante el reconocimiento recibido por la atención brindada, así como la percepción de estar realizando un aporte socialmente significativo. En este sentido, se hace hincapié en la accesibilidad a tratamientos a los cuales poblaciones carenciadas históricamente han estado privadas de acceso. A su vez, se valora como positivo el aprendizaje y la experiencia de trabajo clínico como la posibilidad de desarrollo profesional y personal.

En cuanto a las herramientas y acciones llevadas adelante por las psicólogas, se destaca la versatilidad y creatividad para la incorporación de herramientas provenientes de marcos teóricos y epistemológicos diversos, a partir de las demandas y necesidades singulares de las personas con quienes trabajan. También se pone de manifiesto la realización de trabajo no remunerado ni reconocido institucionalmente, como lo son entrevistas con padres, maestras o actores de la comunidad. Aspecto que conlleva, en algunos casos, movimientos de evasión frente a la rígida normativa -como puede ser la coordinación en los horarios de las sesiones o manipulación de las planillas de asistencias-, así como limitaciones en las prácticas en cuanto a la disponibilidad y el alcance de las intervenciones.

A nivel técnico, de las entrevistas emerge como un punto fuerte de la prestación la posibilidad de realizar tratamientos de frecuencia semanal prolongados en el tiempo. Sin embargo, se señalan como dificultades la rigidez o inflexibilidad de la normativa, frente a la diversidad de situaciones y contratiempos que puedan presentarse en el ámbito clínico como lo son las inasistencias de los usuarios por cuestiones de fuerza mayor. También frente a la especificidad disciplinar de cada área de trabajo, lo que conlleva implicaciones en el ejercicio de la atención, como por ejemplo en lo que respecta a las disposiciones vinculadas a la limitación del trabajo con padres o a la ausencia de reconocimiento del trabajo interinstitucional, con escuelas, liceos, u otros actores profesionales o comunitarios. Se visualizan prácticas congruentes con un modelo clínico individual, enfocado en problemáticas o demandas singulares, descontextualizadas del ámbito social y el contexto que habitan los usuarios que llegan a la consulta. En este sentido emergen dificultades u obstáculos para el trabajo interdisciplinario y comunitario, en tanto no estarían contemplados en el marco normativo que sustenta las prácticas en psicología.

Por su parte, factores como la falta de supervisión reglamentada o prevista desde los marcos institucionales, el trabajo en contextos de alta vulnerabilidad, la ausencia de trabajo

interdisciplinario y la sobrecarga asistencial, entre otros, podrían no solo impactar en detrimento de la calidad del abordaje terapéutico, sino también operar como elementos perjudiciales para la salud de las propias psicólogas. Si bien este aspecto excede los objetivos del estudio, fueron numerosas las manifestaciones por parte de las profesionales entrevistadas de desgaste, cansancio, angustia y malestar frente a las prácticas en estos contextos.

En cuanto al proceso de trabajo de campo, cabe destacar que las entrevistas realizadas fueron valoradas positivamente por las participantes, tanto como espacios de reflexión sobre sus prácticas, como por la posibilidad de dar cuenta de los aspectos involucrados en sus trabajos en los centros interdisciplinarios. En este sentido se destaca también la disponibilidad de las colegas para participar del estudio, así como su disposición a difundir y poner en contacto con otras profesionales trabajando en estos ámbitos, lo que facilitó en gran medida la construcción de la muestra.

*F2: Bueno, sí, ojalá que esta investigación, que hoy o mañana con las conclusiones, con las cosas que sabía, bueno, ojalá que se tengan en cuenta todas estas cosas.*

*F9: Me hiciste pensar un montón, traté de ser sincera con la realidad, con lo que es, a veces frustra un poco porque no es lo como uno quisiera trabajar y tal, pero creo que no queda nada por fuera. Creo que las preguntas dan para tener como una noción de cómo es el trabajo ahí, y están buenas creo que está bueno pensar, hay cosas que, bueno, si respondiendo con lo que salió ahora, capaz que si lo pienso mejor con más tiempo tendría otras respuestas, pero sí, no, bien, bien.*

*M5: Muy ameno, Rafael, la verdad, muchas gracias. Ojalá te haya servido y sumo mi experiencia. Cualquier cosa también quedo a disposición.*

Se considera que los propósitos establecidos para el estudio han sido alcanzados en términos generales; no obstante, ello no implica que se hayan agotado o concluido en su totalidad. En consonancia con los objetivos de esta investigación, el presente trabajo tiene entre sus fines favorecer procesos de discusión y reflexión crítica sobre el campo problemático construido, evitando la producción de un conocimiento cerrado sobre sí mismo. Asimismo, este estudio no pretende representar la totalidad de las miradas

existentes en el campo, dado que la muestra no es representativa en términos estadísticos, sino significativa en cuanto a la profundidad y relevancia de los aportes.

## **11. Referencias Bibliográficas**

- Acevedo, M. J. (2002). *La implicación: Luces y sombras del concepto lourauniano*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Equipo de Cátedras Prof. Ferrarós.
- Albajari, V. (2007). *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca.
- Allegro, F., Beltrán, F., Benmergui, S., Molina, J. L., Oszlak, C., Panelo, A., & Pérez, I. (2007). *Propuesta para la formación de equipo interdisciplinario en salud: facilidades e inconvenientes*. *Boletín Científico, Asociación de Médicos Municipales de la CBA, Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud*, 12(56). Disponible en <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pasteur/pdf/PropParaLaFormacion.pdf>
- Almagro, M. F., & Caporale, M. L. (2018). El cuerpo en psicoanálisis: Sufrimiento adolescente en la clínica actual. *Anuario Temas en Psicología*, 15, 15–35. Disponible en <https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8479/7085>
- Amador, J. C. (2012). Condición infantil contemporánea: Hacia una epistemología de las infancias. *Pedagogía y Saberes*, 37, 73–87.
- Arévalo Plá, C. (2021). A modo de balbuceo. *Equinoccio: Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 2(2), 47–62. <https://doi.org/10.53693/ERPPA/2.2.3>
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación: Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Banco de Previsión Social. (2022). *Reglamento sobre ayudas extraordinarias (AYEX)*. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/9370/4/33-3-2022-reglamento-y-anexos-ayudas-extraordinarias.pdf>
- Baremlitt, G. (2005). *Compendio de análisis institucional*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Barrán, J. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Tomo III: La invención de cuerpo*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Beatriz Fernández Castrillo, A. Moreira, & C. Palombo. (2018). Políticas de salud mental en el Uruguay actual: Algunos resultados de investigación. [Documento no publicado].
- Bernardi, R. (2015, abril). *La evaluación de los cambios del paciente: El modelo de los tres niveles (3-LM)*. *Mentalización. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*.

- Bleichmar, S. (1988, 2 de julio). *Diagnóstico: Una perspectiva metapsicológica*. 7ª Jornada Interna de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes, Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados, Buenos Aires.
- Bleichmar, S. (1996). Conferencia sobre estructuración psíquica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 83, 53–77.  
<http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1401>
- Bleichmar, S. (2001). *La infancia y la adolescencia ya no son las mismas. Qué se conserva hoy de la infancia que conocimos*. Conferencia pronunciada en el marco del curso “La niñez y la adolescencia ya no son las mismas, lo que todavía no se dijo”, Centro Cultural San Martín, Buenos Aires, 4 de octubre de 2001. Disponible en  
<http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num3/autores-bleichmar-infancia-adolescencia.php>
- Bleichmar, S. (2002). *La fundación de lo inconsciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carrasco, J. C. (2006). Seminario: Psicología Crítica Alternativa (1983). En Benitez, L., Sosa, M., Varela, A (Comp.) Juan Carlos Carrasco. Textos escogidos. Ed. Juan Carlos Carrasco.
- Casal, P., & Contino, S. (2023). *Conceptos teóricos y herramientas metodológicas en psicología clínica para las intervenciones psicológicas en servicios de salud*. En A. Tortorella (Coord.), *Teorías y técnicas de las intervenciones psicológicas en servicios de salud* (pp. 21–33). Comisión Sectorial de Enseñanza, Universidad de la República.  
<https://www.cse.udelar.edu.uy/wp-content/uploads/2024/02/Teorias-y-tecnicas-de-las-intervenciones-psicologicas-en-servicios-de-salud-.pdf>
- Casas Álvarez, F. (2023). *Las prácticas psicológicas clínicas dentro de la salud pública: Efectos de una relación compleja* (Tesis de maestría). Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Castoriadis, C. (1987). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- Castoriadis, C. (2002). *Sujeto y verdad en el mundo histórico social. Seminarios 1986-1987. La creación humana I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cecchini, S., & Rico, M. N. (2015). El enfoque de derechos en la protección social. En *Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización* (pp. 331–365). Santiago: CEPAL.
- Chávez, J., et al. (2024). *Prácticas psicológicas y culturas terapéuticas en Uruguay: Un análisis de sus alcances, características y aplicaciones* [Investigación en curso].

- Cisterna, C. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61–71.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Contino, S. (2015). *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario* [Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Colibrí.  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2c%20Silvana.pdf>
- Contino, S. (2023). El análisis de proceso (AP) como instrumento metodológico en una investigación sobre la construcción de la vivencia del problema en adolescentes consultantes. *Revista Itinerario*, 16.
- Contino Nigro, S. (2025). *Intervenciones psicológicas en servicios de salud pública: Revisión teórico-técnica*. *Equinoccio. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 6(2), 27–46. <https://doi.org/10.53693/ERPPA/6.2.2>
- Dallorso, N. S. (2012). Notas sobre el uso del concepto de dispositivo para el análisis de programas sociales. *Espiral (Guadalajara)*, 19(54), 43–74.
- Deleuze, G. (1989). *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Dunker, C. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: Uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume.
- Escudero, E. (2015). *Papel emergente de la psicología en organizaciones sanitarias en Uruguay: Estudio de las prácticas psicológicas en el mutualismo montevideano a partir de las nuevas prestaciones en salud mental* (Tesis de maestría). Universidad de la República (Uruguay), Facultad de Psicología.
- Fernandes, J., & Simon, C. (2009). Psicología na atenção primária à saúde: Reflexões e implicações práticas. *Paideia*, 19, 167–175.  
<https://www.scielo.br/j/paideia/a/B9wFXXF8j5gRdjQPJSTFC8r/?lang=pt>
- Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos, multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández Castrillo, B., Moreira, A., & Palombo, C. (2018). Políticas de salud mental en el Uruguay actual: Algunos resultados de investigación. [Documento no publicado].
- Ferry, G. Pedagogía de la formación (1997) Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/doc/220031556/Ferry-Concepto-de-Formacion>
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.

- Foucault, M. (1991). *El sujeto y el poder*. En H. Dreyfus & P. Rabinow (Eds.), *Michel Foucault: Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Fraga, Margarita (2016). Análisis de las respuestas al "Test de Pata Negra" en niños maltratados [en línea] Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología
- Giménez, L. (2014). *Intervenciones psicológicas en el Hospital de Clínicas*. Ministerio de Salud Pública.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Intervenciones%20psicologicas%20Hospital%20Universitario%20-%20Gim%C3%A9nez%20-%20Su%C3%A1rez.pdf>
- Goldenberg, J., et al. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149–159. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n3/149-159>
- González Castañón, D. (2001). Déficit, diferencia y discapacidad. *Revista Topia*, 5. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/5cl-casta.htm>
- González Rey, F. (2000). *Investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos*. México: International Thomson Editores.
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Heidegger, M. (2014). *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Hornstein, L. (2018). Escucha y práctica analítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 126, 106–121.  
<https://www.apuruquay.org/apurevista/2010/16887247201812608.pdf>
- Ibáñez, T. (2001). ¿Fondear en la objetividad o navegar hacia el placer? *Athenea Digital*, 1, 31–37. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n0.3>
- Janin, B. (2011). El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva. *Novedades Educativas*.
- Kaës, R. (1989). *La institución y las instituciones: Estudios psicoanalíticos*. Barcelona: Paidós.

- Lapassade, G. (2008). *Grupos, organizaciones e instituciones: La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.
- Laplanche, J. (1997). La teoría de la seducción generalizada y la práctica: Metas del proceso analítico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 1056(894). Disponible en <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1056/894>
- Lourau, R. (2007). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud: 30 de abril al 7 de mayo de 1988*. Buenos Aires. Disponible en [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el SNIS*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020–2027)*. Montevideo: MSP.
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irarrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: Una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(136). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Morales Calatayud, F. (1997). *La psicología y los servicios de salud: Experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC.
- Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatun.
- Morin, E. (2001). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Muniz, A. (2005). *Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica*. En *Diagnósticos e intervenciones* (Tomo III). Montevideo: Facultad de Psicología - Psicolibros.
- Muniz, A. (2013). Abordajes clínicos de las problemáticas actuales en la infancia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 135–154.
- Muniz, A. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M. N. Míguez (Comp.), *Patologización de la infancia en Uruguay: Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp. 19–28). Montevideo: Estudios Sociológicos.
- Muniz Martoy, A. (2017). *Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares: Un estudio de caso múltiple* (Tesis de doctorado). Universidad del Salvador, Buenos Aires. Disponible en <https://n9.cl/srut>

- Parra, M. (2017). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: Un desafío actual para la salud mental en el contexto de la atención primaria de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1).  
<https://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n1/v34n1a04.pdf>
- Pedernera García, M. (2021). *La promoción de la inclusión social a través de una prestación económica orientada a la infancia y adolescencia en situación de discapacidad: El caso de AYEX en Uruguay* (Tesis de maestría en curso). Universidad de la República. Inédito
- Perea, J. (2017). *Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud* (Tesis de maestría en Salud Comunitaria). Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Montevideo.
- Protesoni, Ana; Prieto, Gabriela (2016). *Enseñanza de la clínica psicológica: Concepciones docentes*. En: InterCambios, Vol. 3, no2.
- Red de Centros. (2023). *Nuestro trabajo*. Recuperado de <https://reddecentros.org/nuestro-trabajo/>
- Ricoeur, P. (1991). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- Rodríguez Nebot, J. (2004). *Clínica móvil: El socioanálisis y la red*. Buenos Aires: Psicolibros.
- Rodulfo, M. (2016). Acerca de la especificidad de la psicopatología infanto-juvenil: Diagnóstico diferencial – Diagnóstico de la diferencia. En *Bocetos psicopatológicos: El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología* (pp. 23–51). Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz Olabuenaga, J. L., & Ispizua, M. A. (1989). *La decodificación de la vida cotidiana: Métodos de investigación cualitativa* (p. 126). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Rydel, D., et al. (2022). *El psicólogo en el Primer Nivel de Atención de Salud: Desafíos para Uruguay*. Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262022000100129](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262022000100129)
- Saforcada, E. (1996). *Psicología comunitaria: problemas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2002). *Fundamentos en Psicología de la Salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada (2010) *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Santos, S (2017) *Evolución de las Ayudas Extraordinarias (AYEX)*. Periodo 2006-2015. Análisis de algunos indicadores. En línea

- Salud Mental en la Emergencia Social y en el Nuevo Modelo Asistencial. (s.f.). *Documento programático de la Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental*. Uruguay: DIGESA, MSP.
- Santos, K. L., Quintanilha, B. C., & Dalbello-Araujo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção da saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 181–196. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100015&lng=pt&tlng=pt)
- Scharager Goldenberg, J., & Molina Aguayo, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149–159.
- Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 3(7), 123–146.
- Siquier de Ocampo, M., García Arzeno, M., & Grassano, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico* (Tomo I, Cap. 1). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, 7(1), 114–136. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol7-issue1-fulltext-54>
- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: Entre la epistemología y las prácticas. *Revista El Campo Psi*. Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner et al. (Comps.), *Los sufrimientos: Diez psicoanalistas, diez enfoques* (pp. 211–239). Buenos Aires: Psicolibro. [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner\\_2013\\_medicalizacin\\_d\\_e\\_la\\_vida\\_sufrimiento\\_subjetiv\\_2014.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_d_e_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf)
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Urribarri, F. (2012). André Green: El pensamiento clínico — Contemporáneo, complejo, terciario. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 154–173. <https://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211412.pdf>
- Viñar, M. (2002). Sobre encuadre y proceso analítico en la actualidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (96), 31–36.
- Victor, R. M., & Aguiar, F. (2011). *A clínica psicanalítica na saúde pública: Desafios e possibilidades*. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/pcp/a/XYmFfxRFXTKM8VFrWfBykgJ/?format=pdf&lang=pt>

## **12. Anexos**

### **12.1 Pauta de Entrevista**

#### **1. Describir las trayectorias de los psicólogos trabajando en clínicas en convenio con BPS y su relación con sus prácticas profesionales.**

¿Hace cuánto comenzaste a trabajar en instituciones en convenio con BPS? ¿Conocías la existencia de estos centros?

¿Cómo llegaste a trabajar allí? ¿Cómo fue el primer contacto con estas instituciones? ¿Con quién?

¿Trabajas en más de una institución? ¿Encontrás diferencias entre ellas? ¿Cuáles?

¿Cuál fue tu primera impresión al comenzar a trabajar en estos centros? ¿Esa impresión cambió con el paso del tiempo? ¿En qué cambió? ¿Por qué crees que cambió?

#### **2. Conocer las herramientas y acciones a las que apelan los psicólogos trabajando en institutos en convenio con BPS (AYEX).**

¿Cómo es para vos trabajar en estas instituciones?

¿Hay reglas o pautas establecidas a nivel institucional para el trabajo? ¿Cuáles? ¿Qué opinión tienes sobre ellas? ¿Afectan de alguna manera tus prácticas? ¿Implican repercusiones técnicas?

¿Conoces la normativa del Bps para el trabajo desde las Ayex? ¿Qué te parece o qué opinión tienes sobre esta normativa?

¿Cómo trabajan? ¿Cuáles son las técnicas terapéuticas específicas? Emplean entrevistas de juego, talleres, entrevistas grupales, binomio, o con padres?

¿Influye en la práctica que estos pacientes sean beneficiarios de la prestación y que no haya un pago de honorarios directo? ¿Cómo?

¿Qué dirías que es la interdisciplina?

¿Cómo se presenta el trabajo interdisciplinario en estos institutos? ¿Tienen espacios específicos o preestablecidos para el diálogo interdisciplinar?

#### **2. Indagar sobre los marcos referenciales que sostienen la tarea de los psicólogos trabajando en institutos en convenio con BPS (AYEX).**

¿Qué enfoques teóricos (ej.: psicoanalítico, cognitivo-conductual, sistémico) utiliza en sus intervenciones con niños/adolescentes en AYEX?

¿Cuál es el enfoque de intervención principal con el que trabajas? clínico, comunitario, o de atención en salud? ¿Crees que hay relación o convergencia entre ellos? lo logras? ¿Podrías dar algún ejemplo específico?

¿Cómo integra en su práctica conceptos de salud mental comunitaria o atención primaria en salud?

¿Ha modificado sus marcos teóricos iniciales al trabajar en este contexto institucional? ¿Por qué?

### **3. Indagar cómo conciben la infancia y la adolescencia los psicólogos trabajando con niños y adolescentes desde las AYEX (BPS)**

¿Qué dirías que es la infancia? ¿Cómo la definirías? Y la adolescencia?

¿Cuáles son las principales problemáticas o necesidades de atención que identificas en la consulta por niños y niñas? Y por adolescentes?

¿Qué lugar tiene el diagnóstico en tu trabajo?

¿Cómo piensan que se conciben las infancias desde estas instituciones? ¿Si encuentran similitudes o diferencias en las concepciones institucionales y sus propias concepciones?

¿Hay diferencias en el trabajo con infancias o adolescentes en los centros de bps, y en otros ámbitos? Por ejemplo con el ámbito privado, u hospitalario.

En tu trabajo, ¿mantienes algún diálogo con otras instituciones? Por ejemplo con la escuela o club de niños... ¿Cómo convive ese diálogo con el espacio terapéutico?

### **4. Indagar en torno a fortalezas y tensiones que los técnicos identifican en su trabajo en el marco de la prestación AYEX de BPS**

¿Qué potencialidades puedes encontrar para el trabajo en estos centros? ¿Y limitaciones o dificultades?

¿Qué aspectos de su trabajo generan mayor satisfacción profesional? e insatisfacción?

¿Hay barreras institucionales afectan su trabajo? ¿cuales? ¿Cómo afectan su trabajo?

¿Hay malestar entre lo que consideran que deberían hacer y lo que efectivamente hacen?

¿Se han enfrentado a situaciones en los que las disposiciones de ayex o instituciones entran en conflicto con sus criterios profesionales, como las resolvieron?

¿Qué lugar dirías que tiene la psicología en estas instituciones? ¿Cuál es el lugar que se le da a la psicología en relación a otros tratamientos? ¿Es un lugar importante, o más bien secundario?

¿Qué beneficios o complejidades tiene el trabajo psicoterapéutico enmarcado en estas instituciones?

¿Cómo describirías las condiciones en las que se llevan adelante los procesos psicoterapéuticos? ¿Hay aspectos a mejorar o que te parezca que deben cambiar?

**5. Identificar desafíos técnicos y propuestas de mejora en el marco de la implementación de la prestación AYEX (BPS).**

¿Cuáles serían las sugerencias para las políticas públicas y/o para la formación profesional? ¿sienten que tienen carencias en la formación para trabajar en las ayex? ¿Qué propuestas se podrían hacer para mejorar la formación profesional?

Si pudieras proponer cambios a las prestaciones de ayex.. ¿Cuáles serían?

¿Qué formación o capacitación considera necesarias para trabajar en este ámbito?

Además de los profesionales de otras disciplinas, ¿contás con espacios de diálogo con otros colegas psicólogos? ¿Y de grupos de formación o supervisiones?

¿Qué lugar tienen estos intercambios para tu práctica? ¿La institución otorga posibilidades de cursos de formación permanente o espacios de supervisión?

¿Identificas algún tipo de modificación que debas hacer para adecuar los procesos a la normativa de las Ayex o de las instituciones? En relación a las modalidades de trabajo, los encuadres, etc.

## **12.2 Consentimiento Informado**

Acepto participar en la investigación “Estudio exploratorio sobre las prácticas de psicólogos trabajando con niños y adolescentes en Institutos en convenio con BPS (AYEX) en Montevideo.”, llevado adelante por el Lic. Rafael Bonilla en el marco de la Maestría en Psicología Clínica (Facultad de Psicología, UdelaR). Como participante, acepto la realización de una entrevista grabada por audio con el investigador a cargo.

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha \_\_\_\_\_ y localidad \_\_\_\_\_:

Firma del/de la participante: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

### **12.3 Hoja de Información**

Título: Estudio exploratorio sobre las prácticas de psicólogos trabajando con niños y adolescentes en Institutos en convenio con BPS (AYEX) en Montevideo.

Institución: Facultad de Psicología, Universidad de la República, Dr. Tristán Narvaja 1674, 11200 Montevideo, Departamento de Montevideo

Centro/grupo de investigación: Problemáticas clínicas de infancias y adolescencias. Instituto de Psicología Clínica.

Número de constancia de registro ante el MSP: 9337525

Número de expediente del Comité de Ética de Investigación: 191175-000025-25

Datos de contacto del investigador principal:

Lic. en Psicología Rafael Bonilla Grebe.

Teléfono: 091520165

Mail: r.bonillagrebe@gmail.com

La presente investigación tiene como objetivo explorar y describir las prácticas que desarrollan los profesionales psicólogos que trabajan con infancias y adolescencias en centros en convenio con BPS (AYEX), en la ciudad de Montevideo.

Se espera que la información resultante sea de utilidad en la elaboración de políticas públicas que aborden esta temática. Con el fin de lograr este objetivo estamos solicitando a usted la participación en una entrevista, de una duración aproximada de 45 minutos. La entrevista será grabada por audio para un mejor tratamiento de la información. La misma será luego transcrita para su análisis. El investigador guardará en forma confidencial toda la información que usted brinde. Se tomarán todos los recaudos necesarios para proteger la identidad de las personas que participen en el estudio y no serán identificados en ningún reporte ni publicación posterior. Toda la información obtenida será almacenada y procesada en forma confidencial y anónima. Solo el investigador tendrá los registros que se realicen, y en ningún caso se divulgará información que permita la identificación de los participantes. Su participación no tendrá beneficios directos para usted, aunque contribuirá a la comprensión científica de los elementos involucrados en las prácticas de psicólogos y psicólogas trabajando con niños y adolescentes desde las AYEX (BPS). La participación en este tipo de estudios presenta riesgos bajos en tanto la técnica a utilizarse cuenta con una larga tradición en las ciencias sociales que respalda su empleo. En caso de que la entrevista genere algún tipo de malestar, el investigador se compromete a coordinar consulta con los servicios de atención de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y/o al servicio de salud al que usted esté asociado/a. La participación en la investigación es voluntaria y libre, por lo que puede abandonar la misma cuando lo desee, sin necesidad de dar explicación alguna. Si existe algún tipo de dudas sobre cualquiera de las preguntas o sobre cuestiones generales acerca del cuestionario y/o la investigación,

puede consultar directamente al investigador responsable. También puede realizar preguntas luego del estudio, llamando al teléfono o escribiendo al mail que figura en el encabezado de la presente hoja de información.

Nombre del investigador responsable \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_