



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

**Acompañamiento Terapéutico y
Desmanicomialización: algunos interrogantes**

Autora: Martinez, Virginia

Legajo: M-3133/0

Graduada responsable: Cánaves, Agustina

Año: 2018

Índice:

● Resumen y palabras claves.....	2
● Introducción.....	3
● Contexto histórico.....	4
● El nacimiento de un nuevo agente en Salud Mental.....	5
● Medicalización. Disciplina. Control.....	6
● Actualidad. Leyes. Lógicas.....	8
● Sobre la práctica del acompañante terapéutico.....	10
● Más allá de la teoría, algunas reflexiones.....	13
● Referencias bibliográficas.....	15

Resumen

El presente ensayo tiene como objetivo principal trabajar sobre los entrecruzamientos entre, por un lado, la práctica del acompañamiento terapéutico y, por el otro, el movimiento de desmanicomialización. Teniendo en cuenta que la práctica del acompañamiento terapéutico nace en un contexto marcado fuertemente por el movimiento de desmanicomialización, cabe indagar qué lugar ocupa actualmente el acompañante terapéutico en el campo de la Salud Mental. Lejos de encontrar respuestas que tiendan a cerrar la cuestión, lo que se pretende es abrir preguntas que permitan tomar una actitud crítica frente al tema.

Palabras claves: Desmanicomialización, Acompañamiento terapéutico, Ley Nacional de Salud Mental, Control.

Acompañamiento terapéutico y desmanicomialización: algunos interrogantes

Introducción

Si hay un campo difícil de definir, es justamente el del acompañamiento terapéutico. Entre otras cuestiones, esto se debe, a la diversidad de ámbitos donde puede desarrollarse dicha práctica y la multiplicidad de formulaciones teóricas que respaldan su quehacer.

El acompañamiento terapéutico como práctica nace a fines de 1960, en medio de lo que se podría llamar una revolución intelectual y política en lo que a Salud Mental respecta. Hoy, medio siglo después, cabe preguntar que queda de esos anhelos de subvertir los lineamientos del modelo manicomial entre los cuales nace un nuevo agente, el acompañante terapéutico.

En los últimos años, la demanda de acompañantes terapéuticos fue en aumento, no solo en cantidad, sino también en relación a los ámbitos en los cuales se desarrolla su labor.

Actualmente no se cuenta con una Ley Nacional que regle la práctica del acompañante terapéutico, sin embargo, en varias provincias existen leyes que la regularizan. Asimismo, existe un proyecto de ley a nivel nacional presentado en senadores en el año 2017.

Más allá de esto, hay que tener en cuenta la trascendencia de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, ya que es la primera vez que en una Ley Nacional aparece el acompañamiento terapéutico como una práctica legítima. Esto se ratifica en el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en 2013, donde aparece de modo explícito la legitimidad del acompañamiento terapéutico.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, resulta, por lo menos necesario, interpelar qué lugar ocupa actualmente un acompañante terapéutico en el campo de la Salud Mental.

Contexto histórico

El surgimiento de una nueva práctica es siempre el resultado de movimientos histórico-sociales. En este sentido, teniendo cuenta el objetivo del siguiente ensayo, se considera de suma relevancia realizar una breve reseña acerca del contexto que dio lugar a la aparición de un nuevo agente: el del acompañante terapéutico.

Movimientos de intensa convulsión política y social tanto en Argentina como en distintos países del mundo occidental, fueron el terreno propicio para la puesta en marcha de toda una serie de experiencias que, a partir del fuerte impulso de la Psiquiatría Dinámica, la Antipsiquiatría y, fundamentalmente, el Psicoanálisis, comenzaron a dar consistencia a la idea de que era posible avanzar en el tratamiento de aquellos pacientes afectados de diversos modos por padecimientos psíquicos severos, más allá del mero control social en que derivaron, indeseadamente, los objetivos terapéuticos de la internación hospitalaria. (Pulice, 2011: 17)

Luego del fin de la segunda guerra mundial (1939-1945), la humanidad logró reorganizarse en varios aspectos, siendo el ámbito de la psiquiatría uno de ellos. Antes de la guerra, y durante la misma, la psiquiatría estuvo marcada por el movimiento de la Higiene Mental. Sus referentes comenzaron a pensar la enfermedad como consecuencia de condiciones ambientales, la enfermedad mental dejó de estar ligada únicamente a factores biologicistas. "Sus protagonistas buscaban el cambio de la situación de las terapias, de los hospitales y de los enfermos internados en las instituciones asilares, enfatizando la necesidad de la prevención" (Vainer 2007: párr. 3).

Una vez finalizada la guerra, con la influencia del psicoanálisis y el desarrollo de la industria psicofarmacológica, se comenzaron a gestar movimientos que buscaron ir más allá de un *mejoramiento de las condiciones de vida*. Poco a poco se empezó a contemplar la dimensión social, cultural y subjetiva de la enfermedad mental. Las ciencias sociales adquirieron una nueva autonomía y su crecimiento coincidió con la puesta en cuestión del modelo biológico positivista. Los psiquiatras se encontraron frente a problemas sociales inéditos que los pusieron en contacto con una dimensión pública, antes ignorada. "Si el movimiento de la Higiene Mental (...) había cargado las tintas sobre el manicomio con el fin de transformarlo, el nuevo concepto de la Salud Mental sólo podía cobrar toda su significación fuera del hospicio" (Wolfson 2009: 40).

En este sentido, el campo de la Salud Mental es heredero del higienismo. Retomando a Vainer (2007), se puede decir que el pasaje del higienismo a la Salud Mental implicó el pasaje de la hegemonía de la psiquiatría clásica al reconocimiento del trabajo interdisciplinario y con ello permitió el reconocimiento de un conjunto de teorías; llevó a plantear el cierre de los manicomios y la necesidad de la apertura de dispositivos comunitarios de atención y fue el puntapié inicial para pasar de una atención exclusivamente psiquiátrica del padecimiento mental a contemplar la necesidad de contar con políticas de Salud Mental. "La oposición aquí no es salud mental/enfermedad mental, sino de sistemas: Salud Mental/Psiquiatría Manicomial" (Vainer 2007: párr. 6)

Es en este contexto que a fines de la década del 50 y principios de los 60, en distintos países del mundo, comenzaron a realizarse experiencias basadas en nuevas formas de pensar la *locura*. Estas experiencias, junto a desarrollos teóricos congruentes a las mismas, dieron lugar al movimiento denominado *antipsiquiatría*. Una nueva corriente que pretendía superar el manicomio como forma de asistencia.

En el corazón de la antipsiquiatría está la lucha con, en y contra la institución. Cuando a comienzos del siglo XIX se pusieron en marcha las grandes estructuras manicomiales, se las justificaba mediante la existencia de una maravillosa armonía

entre las exigencias del orden social —que debía ser protegido frente al desorden de los locos— y las necesidades de la terapéutica —que implicaba el aislamiento de los enfermos— (...) Ahora bien, es precisamente contra la institución en tanto que lugar, forma de distribución y mecanismo de esas relaciones de poder, contra el que presenta sus ataques la antipsiquiatría. (Foucault, 1996: 37)

Las experiencias pioneras fueron: en Londres la llamada *Villa 21*, llevada adelante por Cooper (1962) y el *Kingsley Hall*, en el que participaba Laing (1965); en Italia el *hospital de Trieste* que tuvo como uno de sus principales exponentes a Basaglia (1971); y en Argentina, la experiencia del *Lanús*, liderada por Mauricio Goldenberg.

Es interesante pensar, retomando a Galende (1990), cómo la sociedad de la post guerra fue capaz de someterse a interrogantes sobre sí misma, característica que le dio al psicoanálisis un terreno propicio para penetrar en las instituciones psiquiátricas. "Freud no contaba con que la sociedad capitalista, luego de la Segunda Guerra Mundial, se hiciera no sólo receptiva a toda crítica, sino profundamente ávida de interrogaciones sobre ella misma" (240)

En Argentina durante el año 1957, se producen tres hechos determinantes para reafirmar el campo de la Salud Mental. Se instaura el Instituto Nacional de Salud Mental; se crea la carrera de Psicología en la facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (permite una gran influencia del psicoanálisis en los profesionales que se iban formando); y Mauricio Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, que por primera vez, la atención en Salud Mental se vuelve posible fuera de un hospital psiquiátrico.

Por otro lado, hay que tener en cuenta el desarrollo de la industria psicofarmacológica en el siglo XX, sin el cual no hubiese sido posible pensar en el movimiento de desmanicomialización. El uso de psicofármacos fue una condición necesaria para concebir como posible la atención en dispositivos ambulatorios. Al respecto, el observatorio europeo de políticas y sistemas sanitarios sostiene que

La introducción de los psicofármacos modernos provocó cambios espectaculares en todo el sistema asistencial psiquiátrico a partir de la segunda guerra mundial. Estos medicamentos indudablemente han facilitado la reducción del número de camas hospitalarias psiquiátricas y con frecuencia han contribuido al cierre de los hospitales psiquiátricos. La utilización de psicofármacos fue indispensable en el pasaje del hospital psiquiátrico a sistemas alternativos basados en la comunidad. (Knapp, McDaid, Mossialos, Thornicroft, 2007: 147)

El surgimiento de un nuevo agente en Salud Mental

El movimiento de desmanicomialización implicaba, más allá de las diferencias que se dieron en los distintos países, la salida del *loco* a la comunidad, el reemplazo progresivo de las instituciones psiquiátricas por espacios comunitarios como centros de día o el uso de camas psiquiátricas en hospitales generales. No es casualidad, entonces, que entre los años 60 y 70 se diera lugar a un nuevo agente en Salud Mental.

La figura del acompañante terapéutico aparece, en Argentina, en el siglo XX, a fines de los 60 y principio de los 70, en un momento histórico particularmente marcado por la influencia del psicoanálisis, la antipsiquiatría, la industria psicofarmacológica, y el modelo de comunidad terapéutica de Maxwell Jones. Durante la experiencia realizada por Goldenberg en el Lanús, los psiquiatras más jóvenes fueron introducidos al psicoanálisis, lo cual generó un gran rechazo a políticas asilares.

Sin lugar a dudas, se puede pensar la década del 60 como una década marcada por la "aventura colectiva de repensar y transformar la atención en Salud Mental" (Barenblit, 2011: 7). Y para esa transformación, que implicaba la salida del manicomio al hospital general, a los servicios basados en la comunidad, era necesario que *alguien* responda por aquellos pacientes con trastornos más *severos*. El acompañante

terapéutico aparece como aquel agente mediante el cual se posibilitaría la inserción del *loco* en dispositivos comunitarios.

Intentar delimitar la figura del acompañante terapéutico implica inevitablemente meterse en cierta encrucijada que plantea muchas preguntas y pocas respuestas. A fines de comprender su complejidad, es necesario entender esta práctica teniendo en cuenta "la diversidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de nuestra experiencia para establecer un marco conceptual propio y distintivo" (Pulice, 2011: 22)

A partir de su nacimiento, se distinguieron distintas situaciones en las que la inclusión de un acompañante terapéutico resultaría pertinente. Principalmente, se ubicó al acompañante terapéutico como apoyo en los procesos de externación, ubicándolo en la tarea de reinserción social, pero también fue pensado como aquel agente capaz de generar las condiciones fundamentales para sostener tratamientos en situaciones de crisis severas, o como aquel capaz de crear el escenario necesario para relanzar un tratamiento estancado.

Como se dijo anteriormente, desde un comienzo se plantearon dificultades a esta práctica. Más allá de esto, es fundamental retomar la noción de dispositivo de Foucault para pensar el acompañamiento terapéutico como tal.

Lo que trato de reparar con este nombre es (...) un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes (...). En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. (...) Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante. (Foucault, 1977 en Agamben 2011: 249-250)

Evidentemente, Foucault entiende al dispositivo como una formación que responde a una emergencia en determinado momento. Es posible pensar que la emergencia del momento en que nace la figura del acompañante terapéutico era ocupar un lugar en aquellos tratamientos psiquiátricos excedidos en sus posibilidades de contención.

Medicalización. Disciplina. Control.

Sabemos que la salida del *loco* a espacios comunitarios no hubiera sido posible sin el uso de psicofármacos; ahora bien, con la aparición de los mismos, también aparecieron los intereses de una de las industrias más grandes del mundo, la farmacéutica.

En el capítulo 7 de *La vida de los hombres infames*, "Historia de la medicalización" Foucault (1996) plantea que "el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina" (55).

Cada sociedad define lo que es normal y lo que no. Desde el siglo XX, las sociedades definen como patológico o anormal situaciones que en otro momento no hubiesen formado parte de la medicina. De este modo, se pretende resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas, sino sociales.

Foucault afirma que, en el siglo XX, los médicos inventaron una sociedad de la norma. "Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad" (Foucault, 1996: 49).

Las sociedades disciplinarias fueron descritas por Foucault como aquellas sociedades del siglo XIX y XX en donde predominaban los espacios cerrados, de

vigilancia. El castigo corporal público, propio de la época anterior, quedaba reemplazado por la disciplina. Los *lugares de encierro*, mediante la vigilancia, disciplinaban los cuerpos. La máxima de las sociedades disciplinarias era *hacer vivir, dejar morir*. Hay un control sobre el cuerpo individual que tiene como objetivo principal, aumentar la productividad. Foucault usa el término *biopolítica* para referirse al control político de los cuerpos.

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1996: 56)

Por su parte, Deleuze (2013) en la conferencia *¿Qué es el acto de creación?*, explica que el mismo Foucault no creía que las sociedades disciplinarias fueran eternas, e introduce un nuevo concepto, el de sociedades de control. Las sociedades de control, ya no necesitan de los lugares de reclusión y encierro, porque de algún modo, pueden controlarlo todo igual. Sociedades de control que se corresponden con una nueva forma de capitalismo, globalizado y postindustrial.

El poder de vigilar y castigar sufre una mutación y ya no se trata de castigar sino de reeducar, resocializar, reconciliar. Todos estos “re” funcionan como imperativos que desconocen los límites de la reeducación, de la resocialización, de la reivindicación y, también, del perdón. Ese poder político se ejerce a través de dispositivos discursivos y no discursivos (como las cámaras de vigilancia). Ya no se trata solo de un poder policial represivo sino de un ojo que nos mira y un discurso que nos evalúa. (Greiser, 2017: 150)

Nuevamente, se puede pensar que la salida del loco a la comunidad es funcional a un nuevo tipo de sociedad y no un producto de políticas públicas que tengan en consideración los derechos de los sujetos *enfermos*. Al respecto, Deleuze en *Posdata sobre las sociedades de control*, sostiene que la crisis del hospital como lugar de encierro, y lo que esto conlleva, pudo marcar en un comienzo nuevas libertades, pero estas *nuevas libertades*, “participan igualmente de mecanismos de control que no tienen nada que envidiar a los más terribles encierros” (Deleuze, 1999: 6).

Deleuze entiende este nuevo modo de sociedad como el nacimiento de nuevas relaciones de poder y saber.

En la sociedad posindustrial las técnicas de poder son cada vez menos evidentes, pero más sutiles y eficaces. Con el avance de la tecnología, cada vez más se utilizan técnicas que permiten ejercer un control total aún en espacios abiertos. Hay una crisis de los espacios cerrados (crisis de la industria, de la escuela, del hospital, del asilo), se *quiebran* las sólidas paredes de los viejos edificios, pero así como se disuelven las paredes, también se pierden los límites del alcance de la vigilancia, o como se diría ahora, del control. “La lógica de funcionamiento vinculada a los nuevos dispositivos de poder es total y constante, opera con velocidad y en corto plazo. Su impulsividad suele ignorar todas las fronteras: atraviesa espacios y tiempos, devora el 'afuera'” (Sibilia, 2005: 27)

En estos nuevos modos de control, la medicalización, y por ende, la psiquiatría clásica, ocupan un lugar preponderante en lo que a Salud Mental respecta.

En este sentido, no hay que perder de vista, que la medicalización es uno de los pilares fundamentales del potencial normalizador y mortífero de las políticas liberales y neoliberales. La medicina avanza sobre el hombre mediante el poder normalizador.

Podemos decir que la crítica antipsiquiátrica, y también la foucaultiana, a los hospitales psiquiátricos fue utilizada por el sistema para legitimar científica y socialmente una medida política que, en realidad, se había tomado por motivos

económicos: los hospitales psiquiátricos eran muchísimo más caros que los nuevos fármacos, infalibles 'camisas de fuerza químicas' (Martín y Bernal, 2009: 299)

Actualidad. Leyes. Lógicas

Las experiencias desmanicomializantes no quedaron más que en eso, experiencias. Sin negar la importancia de las mismas, en tanto permitieron hacer visible la deshumanización propia del manicomio y el avasallamiento de los derechos fundamentales de las personas institucionalizadas, tampoco es posible dejar de ver que incluso hoy en día aún existen instituciones asilares en nuestro país y sobre todo, que se sostienen *lógicas manicomiales* más allá de las paredes del manicomio.

Nos resulta claro que la ideología asilar, la que segrega, encierra y custodia al enfermo mental, no es sólo la del psiquiatra alienista, forma parte de la conciencia y el comportamiento social, y requiere para su abolición definitiva actuar sobre los conjuntos humanos y las configuraciones de poder. Esto es clave ya que cualquier política en Salud Mental que se proponga alternativas a la institución manicomial, debe actuar simultáneamente sobre el aparato estatal, la conciencia social espontánea y su producción imaginaria, y el dispositivo psiquiátrico-profesional. (Galende, 1990: 18)

Hablar de lógicas manicomiales significa comprender que lo manicomial no está delimitado por lugares y espacios físicos. Implica advertir que es la expresión de lógicas implícitas en diversas prácticas sociales, que pueden ser jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, etcétera y que contribuyen a la medicalización, el silenciamiento y la exclusión social de padecimientos subjetivos graves. Además tienden a borrar la singularidad y obturar la inclusión social. Es palpable que estas lógicas van más allá de las paredes de los manicomios. Al respecto, Alejandro Vainer (2007) da algunos ejemplos que ayudan a comprender a que se hace referencia cuando se habla de lógicas manicomiales:

- Una internación puede ser manicomial en un Hospital General si solamente se interna al paciente para custodiarlo, darle la medicación y tener algunas entrevistas con un psicólogo. (...)
 - Una guardia en el mismo Hospital General es manicomial cuando se deriva a los manicomios todo paciente que haya tenido una internación previa.
 - Un centro de salud o un Servicio de consultorios externos es manicomial cuando se convalidan listas de espera de seis meses o un año. O si se cierran directamente las admisiones y las listas de espera. (...)
- (Carpintero Et al. 2007: Párr. 27)

A las experiencias desmanicomializantes siempre se opusieron los intereses de la denominada psiquiatría clásica, de la psicofarmacología, y sin dudas, del Estado. Teniendo esto en cuenta, es indispensable visibilizar los discursos que atraviesan las leyes, en este caso, las que a Salud Mental respecta. Foucault (1996) sostiene que puede haber discursos diferentes e incluso contradictorios en el interior de una misma estrategia, y aquí se puede agregar, en el interior de una misma ley.

Es por esto, que cuando las leyes parecen estar en sintonía con ideologías desmanicomializantes, hay que hurgar para reconocer si esto no coincide, de algún modo, con puros intereses económicos.

En la historia siempre hay avances y retrocesos, idas y vueltas, y la historia del acompañamiento terapéutico no es la excepción. Por ello, es indispensable tener en cuenta el golpe militar del año 1976 ocurrido en Argentina, y sus consecuencias en el campo de la Salud Mental, que bien podrían considerarse catastróficas. "Se produce en

ese momento el liso y llano desmantelamiento de todas esas experiencias que veníamos describiendo, por calificarlas de ‘subversivas’” (Pulice 2011: 24).

La desaparición del llamado Estado de Bienestar dio lugar a una transformación del campo de Salud Mental acorde con las necesidades del capitalismo imperante que tuvo varias consecuencias; las más importantes, según Vainer (2007) fueron: el abandono de los pobres y los locos, ya que las políticas de salud se transformaron en un gasto que había que recortar; y la influencia de los laboratorios medicinales que se convirtieron en uno de los mejores negocios, lo cual llevó a entronizar a la medicación como la forma privilegiada del abordaje en Salud y Salud Mental. “Su administrador, el psiquiatra, de nuevo aparece hegemonizando este campo, que más que un campo político se convirtió en un shopping de la Salud Mental, a tono con la época” (Vainer, 2007: párr. 9)

Durante la dictadura y con el recrudescimiento del capitalismo, el acompañante terapéutico encontró su lugar en prácticas psiquiátricas privadas. Con la vuelta de la democracia, poco a poco fueron resurgiendo las ideas del periodo anterior, que aún hoy se encuentra en un largo proceso de maduración.

En este sentido, cabe preguntarse ¿qué características definen la sociedad actualmente? Y en relación a ello, ¿cuál es la función del acompañante terapéutico?

La salud mental nunca fue un asunto prioritario en nuestro país, sin embargo, en el 2010 se aprobó la conocida Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) N° 26.657. Esta ley está basada en gran medida -y entre otras cosas- en las políticas desmanicomializadoras llevadas adelante en Italia por Franco Basaglia. Ahora bien, siguiendo a Enrique Carpintero, resulta conveniente reparar en los diferentes contextos en los cuales surgen tanto la ley 26.657 en Argentina, como la 180 en Italia. Ésta última es el resultado de movimientos y luchas sociales, se implementa en 1978, y ya en 1980 se habían abolido los manicomios, que fueron reemplazados por espacios en la comunidad. En Argentina, por su parte, la normativa es el corolario de múltiples disputas, por supuesto, pero su reglamentación no implicó la creación de las condiciones necesarias para la aplicación de la misma en todo su alcance. De hecho, muchos profesionales de la salud mental se enteraron de su sanción después de la aprobación de la ley.

Otro antecedente decisivo fue la reforma reconocida internacionalmente que ha impulsado la provincia de Río Negro a partir del año 1985. En el año 1991, se sanciona la ley de Río Negro, Ley de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental N° 2.440. Ya en el nombre mismo de la ley se puede vislumbrar un cambio en lo que refiere al modo de nombrar -y pensar- el padecimiento mental. Hablar de *personas que padecen sufrimiento mental* no sólo implica un cambio de nominación, sino que deja abierta la posibilidad de modificación en lo que refiere a la forma de concebir dicha problemática. Se puede decir, entonces, que mediante la implementación de la normativa comienzan a darse lugar algunos cambios importantes en la concepción misma del sujeto con padecimiento mental, tomando como ejes principales la singularidad, la identidad y la reinserción comunitaria.

Más allá de la ley, la experiencia de Río Negro impulsó la creación de servicios de Salud Mental en hospitales generales, la conformación de equipos interdisciplinarios, la realización de trabajos comunitarios y el fortalecimiento de los lazos sociales de las personas con padecimiento mental; demostrando de este modo, que otro paradigma en Salud Mental es posible.

Además, en el resto de América Latina, también se replica este movimiento, por el cual se crean marcos legales en concordancia con los antecedentes anteriormente expuestos.

En este contexto, se da origen, en un comienzo a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, y luego, el 25 de noviembre de 2010 se sanciona la Ley Nacional N° 26.657.

Teniendo en cuenta la importancia de la LNSM en lo que respecta al campo del acompañante terapéutico, es fundamental resaltar, brevemente, aquellos artículos que de una u otra forma, inciden en su práctica.

Puntualmente, en el artículo 3, se da una definición de Salud Mental, que la ubica como un tema de derechos humanos, en tanto la describe, ya no como un estado, sino como un proceso en donde se traman componentes históricos, socioculturales, biológicos y psicológicos.

Respecto a la modalidad de abordaje, en los artículos 8 y 9, la ley indica que la atención en Salud Mental debe ser interdisciplinaria; se deben evitar las internaciones en instituciones hospitalarias, orientándose hacia el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Además, en lo que refiere a prescripción de medicación, en el artículo 12 se señala que "sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales" (Ley Nacional de Salud Mental, 2010: 21).

No obstante, se considera que no es suficiente la sanción de una ley para que se lleve a cabo la aplicación de la misma. Para la puesta en marcha son necesarios recursos económicos, edilicios, humanos, y por supuesto, políticas públicas que sostengan los cambios que el texto de la ley promueve.

El caso de la LNSM no es la excepción. A pesar de encontrarse múltiples dificultades en su implementación, no se puede ignorar que ha significado un avance sin precedentes en el contexto de políticas públicas de inclusión social: "su reglamentación y la puesta en marcha de las nuevas estructuras institucionales previstas representaron avances importantes para la vigencia de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental" (Giglia, Et al. 2015: 468).

Teniendo en cuenta esto, es que Maricel Costa (2017) en el libro *Acompañamiento terapéutico, clínica en las fronteras*, se pregunta

¿Qué mejor, sino el AT, para constituirse en el dispositivo capaz de crear y recrear las condiciones para promover el mantenimiento de vínculos del sujeto con su entorno y del equipo tratante con el entorno del sujeto?

¿Quién sino el AT es el agente con posibilidades de prevenir las reiteradas internaciones, capaz de reconocer la inminencia de una crisis, capaz de desalentar las internaciones indefinidas? (242)

Sobre la práctica del Acompañante terapéutico

Vale la pena reflexionar acerca de los rasgos distintivos del acompañamiento terapéutico a través de una mirada eminentemente psicoanalítica, aún a sabiendas de que no es la única posible. En razón de esto, conviene aclarar que la heterogeneidad que circula alrededor de esta práctica, parafraseando a Mauer (2011), se concibe como constitutiva. Es inherente a la formación misma, debido a la diversidad de ámbitos donde puede desarrollarse, y sobre todo, a la multiplicidad de formulaciones teóricas que sustentan su quehacer. En este sentido, que un acompañante trabaje desde una u otra posición teórica, necesariamente traerá aparejadas consecuencias en su labor.

Coherentemente con la lógica del caso por caso que intenta sostener la perspectiva psicoanalítica, un acompañante terapéutico se ve confrontado siempre con la problemática de la subjetividad, con lo irreductiblemente singular del padecimiento psíquico de cada sujeto.

Definir qué hace o *quién* es un Acompañante terapéutico nunca fue sencillo. Asimismo resulta complejo dar cuenta acabadamente de una práctica clínica que se caracteriza por la permanente variación, a través de la sola formalización conceptual.

Muchas veces las limitaciones para explicar y definir qué es concretamente un AT, entorpecieron su integración con los demás colegas de un equipo. La imagen de ser el comodín del mazo, que interviene con voluntad y entusiasmo llenando huecos, sin encuadre (aparente) ni reglas del juego, incrementaron la desconfianza en los posibles aciertos de la indicación terapéutica. O más aún debilitaron la valoración y el reconocimiento de lo original de su aporte. (Mauer y Resnizky, 2011: 21)

Un modo posible de comenzar a pensar esta práctica es tomar en consideración dos vertientes: por un lado, el eje de lo clínico; y por el otro el asistencial, sosteniendo la praxis sobre una paradoja: "podría pensarse la labor del Acompañante en términos de tarea clínico asistencial. Ello significa que la tarea no es exclusivamente clínica (psicoterapia psicoanalítica, trabajo con la transferencia) ni tampoco exclusivamente asistencial, sino la resultante del atravesamiento entre ambas" (Dozza, 2015: 81). La tarea del acompañante terapéutico se inserta en el ámbito de la vida cotidiana. Sin embargo, esto que puede considerarse como del orden asistencial, siempre debe mediatizarse por el manejo clínico del vínculo. Si bien, la presencia de ambos aspectos es ineludible, se trabajará de un modo más clínico o más asistencial dependiendo de la situación específica, del diagnóstico del paciente, su entorno, el encuadre global del tratamiento y del vínculo que se pueda generar con el acompañante.

Ahora bien, hay situaciones en que la balanza se desnivela volcándose hacia uno u otro extremo. "Cuando no es posible sostener la paradoja el Acompañante puede oscilar entre convertirse en una especie de psicoanalista ambulante o bien limitarse a una tarea asistencial. Esto último caracteriza un estereotipo asistencial relativamente común en salud mental" (Dozza, 2015: 82).

Asistencial, ¿y de control? En relación a lo que se viene planteando, es posible pensar que esa tarea que muchas veces se torna puramente asistencial, es también un modo disimulado e incluso, muchas veces, imperceptible por aquel que lleva adelante la labor, de sostener el control sobre aquel que con sus comportamientos, se podría salir de la *norma*.

En torno a la práctica del Acompañante terapéutico siempre sobrevuela la inquietud acerca de sobre qué encuadre se sostiene, y cómo es posible compatibilizar el modo de trabajo en la comunidad, abordado desde una perspectiva psicoanalítica.

Silvia Bleichmar (2011) en la conferencia brindada en el marco de la jornada por los diez años del *campo psi*, plantea que "un psicoanalista donde esté es psicoanalista y piensa entonces en términos de las subjetividades en riesgo" y agrega: "ética es el reconocimiento de la existencia del semejante." (El campo psi, 2011)

Desde una perspectiva psicoanalítica, de lo que se trata, es de ofrecer un lugar de escucha que apunte a la construcción del sujeto como deseante. Lo que un psicoanalista pretende mediante sus intervenciones es no responder a la demanda del sujeto que pide a gritos una respuesta que tapone su sufrimiento, y esto es posible -incluso- fuera de las paredes del consultorio privado. Desde el psicoanálisis, justamente se busca partir del sufrimiento, del síntoma, e intentar desde ahí tejer lazos.

Hay dos conceptos fundamentales en la práctica del psicoanálisis que se ponen en cuestión en la labor del acompañante terapéutico. Por un lado, lo que se refiere a la abstinencia, y por otro, como se nombró anteriormente, lo que respecta el sostenimiento del encuadre. Es fácil discernir que la práctica del acompañante, encuentra en sí misma, dificultades para sostener ambos criterios.

La regla de abstinencia "implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle [al analista]" (Laplanche, 2004: 3)

Freud, hablando sobre la neutralidad en un congreso de 1918, esclarece el tema y declara qué lo que un analista no debe hacer es imponerle al paciente sus ideales y de este modo, formarlo a su imagen y semejanza.

En el contexto de un acompañamiento terapéutico, de lo que se trataría es de poder advertir que, además del propio, existen otros ideales. Es decir, un acompañante deberá abstenerse de ofrecer su modo como EL modo.

Respecto al sostenimiento del encuadre, es preciso tener en cuenta que si bien en los trabajos de acompañamiento los acuerdos pueden ser más flexibles que en los tratamientos clínicos, no por esto son menos necesarios, de hecho, es necesario establecer una serie de puntos que puedan funcionar como referencia legal, como terceridad en ciertos momentos de impasse entre acompañante y acompañado. Un acompañante no es ni un analista ni un amigo, puede existir una relación afectuosa y espontánea entre acompañante y acompañado, pero constantemente marcada por un encuadre y una actitud profesional que sostenga esa relación.

Para sostener un trabajo en equipo y posibilitar la función de un encuadre, es necesario contar con una estrategia. Por lo menos, hay dos modos de considerar el concepto de estrategia, uno es a partir de pensar que ésta supone un saber previo por parte del equipo acerca de la dirección que debe seguir un tratamiento. Es decir, a través de un diagnóstico principal, el equipo y por ende, el acompañante, sabrá cuales son los pasos a seguir, porque también presupone qué es lo que va a suceder en el paciente en cuestión, de modo que al paciente le es impuesto un tratamiento, como si habláramos de un objeto. Hay, sin embargo, otra forma de pensar en una estrategia y es la que se condice con considerar al sujeto en su singularidad. De este modo, no es posible para el equipo, ni para el acompañante, anticipar cual sería el mejor modo de tratar tal o cual malestar. De este modo, las estrategias se irán esbozando teniendo en cuenta la singularidad del sujeto y según los distintos momentos del tratamiento.

¿Cuándo un dispositivo es eficaz? En primer lugar, es eficaz cuando puede dar una respuesta adecuada a una situación de crisis, sería ineficaz cualquier abordaje que desconociera esa situación. Pero es eficaz también, y fundamentalmente, cuando esa intervención deja lugar, da tiempo para que, en algún momento, ese sujeto pueda pronunciar, al menos, una palabra propia relativa a su deseo. (Pulice, 2011: 82)

Como se dijo anteriormente, hay dos formas de pensar una estrategia, lo que hace deducir que no siempre se trabaje con la segunda. Es aquí donde vuelve a penetrar una pregunta, ¿el acompañamiento terapéutico forma parte de una lógica desmanicomizante o es un modo actual de sostener una lógica que sigue siendo manicomial, aún fuera de las paredes del manicomio?

El acompañamiento terapéutico suele ser indicado en forma indiscriminada, como parte de una *propuesta terapéutica* diseñada específicamente para la atención de tal o cual patología. Es bastante habitual que allí donde no se sabe muy bien cómo insertar a determinado paciente en tales *programas*, según el caso, se lo *enchaleque* con psicofármacos o se le imponga un acompañamiento terapéutico, o ambas cosas a la vez, como parte del plan de tratamiento. (Pulice, 2011: 65)

De este modo, ocurre que muchas veces el acompañante terapéutico pasa a ser un *guardián*, que con su cuerpo debe sostener el desborde de un sujeto en crisis, sin tener la posibilidad de *hacer hablar* a ese sujeto, de poner en juego algo de su *deseo*.

Más allá de la teoría, algunas reflexiones.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se pueden advertir ciertas cuestiones en relación a los dispositivos de acompañamiento terapéutico que suelen operar actualmente y su relación con lógicas desmanicomializantes.

En la actualidad, se cuenta con el marco legal en lo que a Salud Mental respecta, la ley 26.657, esta sancionada ya desde el 2010. La práctica del acompañante terapéutico, pensada desde una perspectiva psicoanalítica, puede ser considerada como funcional al enfoque de dicha normativa, qué además, está en concordancia con la denominada lógica antimanicomial.

En este sentido, se puede decir que se cuenta con ciertos recursos indispensables para pensar como posible un nuevo paradigma en Salud Mental.

Ahora bien, sucede que la ley no cuenta con las políticas públicas necesarias para su aplicación. Si bien abre un panorama donde una Salud Mental diferente es posible, la hegemonía de la medicina sigue siendo indiscutible. Como dice el director del Departamento de Salud Mental de la OMS, Benedetto Saraceno: "Alguien puede creer que hace psiquiatría comunitaria si cierra un hospital psiquiátrico de 500 camas y las distribuye en 10 lugares de 50, pero eso no es más que repartir la lógica y la cultura del manicomio" (Benedetto 2009, en Giglia, Et al. 2015: 474)

Un estudio realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en 2015, indica que, hasta ese momento, la normativa no contaba con políticas públicas que modifiquen efectivamente la realidad, y es fácil discernir, que eso no ha cambiado en la actualidad. En este sentido, no se avanzó en un programa orientado al cierre de los manicomios, no se ampliaron los cupos para disponer internaciones en los hospitales generales, ni se desarrolló una política de viviendas asistidas para quienes podrían ser externados.

Por otro lado, la sociedad actual demanda cada vez más respuestas rápidas a los problemas, siguiendo una tendencia del quererlo todo, del *todo es posible*, respondiendo a demandas de *ser feliz, ser libre*. Sin dejar un espacio para la falta, para lo desconocido, para lo inalcanzable. El saber es puesto en un otro que debe dar la solución lo más rápido posible, si es posible, mediante alguna *pastilla* que lo resuelva todo, y si es sin preguntar, mejor. Y aquí, además se ponen en juego los intereses de la industria psicofarmacéutica, por un lado, y de la psiquiatría clásica, por el otro.

Los trabajadores en Salud Mental en general y, en este caso, los acompañantes terapéuticos en particular, se ven tentados a responder a esta demanda, es decir, caer en la utopía del *todo es posible*. "Al actuar en esta perspectiva reforzamos la tendencia del hombre actual: la dificultad a apoyarse en su falta. Su tendencia a eliminar toda pérdida, toda mediación; ilusión de poder hacer desaparecer la pérdida inherente a toda mediación" (Lafleur-Dincq, 2003 en Egas y Salao 2011: 903)

La función actual del acompañante terapéutico, en muchas oportunidades sigue siendo la de ser el *comodín del mazo*, aquel estudiante de psicología o recién recibido que busca una salida laboral que, por lo menos, se encuentre dentro del campo de la Salud Mental. Práctica llevada adelante por jóvenes, entusiastas, dispuestos a trabajar más allá de las condiciones contractuales que se les ofrezcan. Los espacios de inserción del acompañante se van ampliando, actualmente hay acompañantes en las escuelas, en los jardines de infantes, acompañantes que llevan a niños a las terapias, jóvenes que acompañan al supermercado a su acompañado, otros que salen a correr, van al cine o a tomar un café. Y aquí es donde se debe prestar atención. Quizá todas estas prácticas pueden formar parte de una lógica desmanicomializante, si son pensadas dentro de un dispositivo, si el acompañante puede pensar y repensar porque hace tal o cual actividad, qué lugar le da al sujeto, y -principalmente- si durante esos encuentros, se pone en juego algo de la subjetividad del otro.

Pero si esto no sucede, si el acompañante simplemente va al supermercado como un *guarda espaldas*, o está en el jardín de un niño como único responsable de ese chico,

que *tiene* que estar ahí, porque así lo indica la ley, entonces es posible vislumbrar una práctica que invisibiliza una lógica manicomial que aún hoy, sigue presente. De lo que se trata es de hacer visible cierta dicotomía en la que el campo de la Salud Mental se encuentra inmerso, hacer visible que en la actualidad, el manicomio y sus lógicas sobreviven y conviven con los denominados procesos de desmanicomialización.

En la práctica del acompañante, no es sencillo, sostener el límite difuso entre asistencia y control. Por eso, es necesario, por lo menos, poner en evidencia estas dificultades.

Referencias bibliográficas

- Agamben, Giorgio (2011) *¿Qué es un dispositivo?* Visita 11 de octubre de 2018 en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Carpintero, E ; Vainer, A; Barraco, A; Kazi, G(2007). "Desmanicomializar, pasado y presente de los manicomios". *Revista Topía*. Visita 25 de septiembre de 2018 en: <https://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>
- Deleuze, Gilles (1999). *Conversaciones*. Valencia: Pre-textos. Visita 15 de Octubre de 2018 en: http://www.oei.org.ar/edumedia/pdfs/T10_Docu1_Conversaciones_Deleuze.
- Egas, Veronica y Salao, Emilio (2011). *Trabajo comunitario desde una perspectiva psicoanalítica. Un acompañamiento en la construcción grupal de saberes*. Visita 10 de octubre de 2018 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v9n2/v9n2a27.pdf>
- El campo psi (2011). *Silvia, Bleichmar. Conferencia en las jornadas 10 años de el campo psi. 2006*. [archivo de video]. Visita el 12 de septiembre de 2018 en: <https://www.youtube.com/watch?v=IL45iwRz6nw&feature=share>
- Foucault, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira
- Frank, L y Costa, M (2016). *Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras*. Córdoba: Brujas.
- Galende, Emiliano (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Giglia, L, Matilde, R, Mieres, S y Sabin, M (2015). *El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental*. Centro de estudios legales y sociales. Visita 10 de octubre de 2018 en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/IA2015-12-El-desafio-de-implementar-la-Ley-Nacional-de-Salud-Mental-1.pdf>
- Greiser, Irene (2017). *Sexualidades y legalidades*. Buenos Aires: Paidós
- Knapp, McDaid, Mossialos, Thornicroft (2007). *Salud Mental en Europa: políticas y práctica*. Observatorio Europeo de políticas y sistemas sanitarios. Visita 26 de septiembre de 2018 en: https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=06944c4e-b3f6-4658-952b-eef87252b753&groupId=7294824
- Laplanche, Jean y Pontalis, Jean (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Los dependientes (2013). *Gilles Deleuze ¿Qué es el acto de creación?* [Archivo de video]. Visita el 17 de octubre de 2018 en: <https://www.youtube.com/watch?v=dXOzcexu7Ks>
- Martín, Juan y Bernal, Anastasio (2009). *Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico*. Universaidad de Valencia. Visita 15 de octubre de 2018 en : <file:///C:/Users/benjamin/Downloads/Dialnet-HistoriaDeLaLocuraEnLaEpocaClasicaYMovimientoAntip-3043321.pdf>
- Pulice, Gabriel (2011). *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Resnizki, Silviay Kuras de Mauer, Susana (2011). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rocca, Adolfo (2011). *Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica"*. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. Visita 11 de octubre de 2018 en: <https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/viewFile/36823/35644>
- Sibilia, Paula (2005). *El hombre postorgánico: cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Vainer, Alejandro (2007). "De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental". *Revista Topía*. Visita 25 de septiembre de 2018 en:

<https://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablam-when-hablam-when-de-salud-mental>.

- Vainer, Alejandro (2012). "Las dos luchas en Salud Mental". *Revista Topía*. Visita 27 de septiembre de 2018 en: <https://www.topia.com.ar/articulos/dos-luchas-salud-mental>
- Wolfson, Mariano. (2009). *Mauricio Goldenberg: una revolución intelectual*. Buenos Aires: Capital intelectual