

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: ENTRE LÓGICAS DESHUMANIZANTES Y LA LEY DE SALUD MENTAL

Modalidad: Ensayo

Autor: Lina Paula Morán

Legajo: M-2678/6

Docente Responsable: Antonela Plaza

- 2020-

Índice:

1 –	
Introducción.....	2
2 – ¿Una ley rompe un paradigma?.....	3
3 – La Ley de Salud Mental N° 26.657: un nuevo paradigma.....	4
4 – El acompañamiento terapéutico	
a) Acompañamiento terapéutico como dispositivo.....	5
b) ¿Cómo intervenir? Lo artesanal del espacio terapéutico.....	6
c) Diagnóstico, interdisciplina y subjetividad.....	7
5 – Un dispositivo de acompañamiento terapéutico: ‘El joven F’.....	9

a) La transferencia.....	10
b) Una lectura en transferencia.....	13
6 – El acompañamiento terapéutico y el rol del psicólogo.....	14
7 – A modo de	
cierre.....	17
8 –	
Bibliografía.....	19

Resumen:

En este ensayo se procura dar cuenta de como la lógica manicomial cohabita en las prácticas del acompañamiento terapéutico en el marco de la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657. Partiendo de una distinción entre los paradigmas, se da cuenta de conceptos tales como el proceso de salud-enfermedad, diagnóstico e intervención y se plantea como los supuestos que establecen su construcción generan efectos en los sujetos que padecen sufrimiento psíquico. Se presenta una viñeta clínica en la cual se realizan lecturas de la transferencia, ello para visibilizar modos de intervención sostenidos desde diferentes lógicas. Finalmente, se analizan similitudes y diferencias sobre el trabajo del psicólogo y el acompañamiento terapéutico.

Palabras claves: paradigma – lógicas – diagnóstico

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: ENTRE LÓGICAS DESHUMANIZANTES Y LA LEY DE SALUD MENTAL. ¹

1 – Introducción

Lo que motoriza la escritura del presente ensayo fue mi experiencia como trabajadora de la salud, desempeñándome como acompañante terapéutica en una institución privada. Si bien allí trabajé en diferentes acompañamientos, será una situación en particular la que motive el desarrollo de este escrito. De este modo, a partir de las experiencias transitadas, comienzo a reflexionar sobre mi formación como psicóloga y repensar en relación a mi posicionamiento frente al padecimiento mental. En el mismo, se

intenta problematizar el modo en que las lógicas manicomiales cohabitan en el marco de la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 promulgada en el año 2010. Esta ley se implementa con el fin de romper con dichas lógicas, aplicando novedosas formas de intervenir en las prácticas de Salud Mental. En este sentido, conceptos tales como salud-enfermedad, diagnóstico e intervención serán redefinidos, dado que la ley implica un nuevo paradigma, ya que se posiciona desde una visión del mundo socio-histórico como multideterminado, que se apoya sobre el pensamiento complejo (Morín, 1994), el cual plantea que la realidad es inalcanzable y el conocimiento ilimitado. Asimismo, la ley se ancla en un principio desmanicomializador y una visión de sujeto de derecho, siendo estos uno de sus pilares más importantes, sostenidos desde un trabajo de intervención de enfoque interdisciplinario con base comunitaria. No obstante, pese al tiempo de vigencia con que ya cuenta la misma, veremos como el discurso de la lógica manicomial sigue aun operando en las prácticas de Salud Mental. El acompañamiento terapéutico es un trabajo que se sostiene dentro del área de Salud Mental, que a través de los años operó de modo diferente de acuerdo a cual sea el momento histórico. En este sentido, decimos que la figura del acompañamiento terapéutico ha funcionado ya sea como un chaleco humano, es decir, a partir de una lógica manicomial: controlando y vigilando al paciente o desde una perspectiva de sujeto de derecho, que en consonancia con la Ley de Salud Mental N° 26.657, promueve que los sujetos fortalezcan y restituyan sus lazos sociales y seas tratados con igualdad en el pleno goce de sus derechos. La práctica del acompañamiento terapéutico será entendida entonces como un hacer con un otro, en un lugar y en un tiempo singular, dando lugar a crear un espacio para construir nuevas significaciones.

Ahora bien, el acompañamiento terapéutico como una figura de control, pensado como una opción a la internación manicomial, esto es, siendo solo una extensión de ella, sigue operando hoy día en el marco de una ley que lo contradice. Es por ello que la primera pregunta que puede plantearse es, ¿una ley rompe un paradigma? Lo cierto es que la ley también implica un paradigma, sin embargo aún se avizora la presencia de las lógicas manicomiales en las prácticas de Salud Mental. En este sentido, es que comparto un recorte de una situación de un acompañamiento terapéutico del que forme parte, ya que permitió reflexionar respecto de ello.

En dicho acompañamiento el dispositivo funcionaba a partir de objetivos, los que contenían ciertas características de control y vigilancia pertenecientes a una lógica manicomial. A partir de allí, realizo lecturas en relación a la transferencia lo que da lugar a reflexionar sobre el concepto de construcción diagnóstica y repensar sobre los diferentes modos intervención. La elección de la viñeta que nombraré 'El joven F' es debido a sus particularidades, que serán retomadas a los fines del presente trabajo.

He de mencionar que inicialmente mi labor como acompañante terapéutica fue para contar con una primera aproximación a la práctica clínica, ya que la misma me

2

generaba cierta incertidumbre. Esta misma incertidumbre es la que lleva a comprender la complejidad del campo, dando lugar a pensar sobre el entrecruzamiento de la práctica del psicólogo y del acompañante terapéutico en un espacio de trabajo, permitiendo también reflexionar sobre las representaciones en relación al padecimiento psíquico.

2 – ¿Una ley rompe un paradigma?

Entre los profesionales de Salud Mental mucho se ha escuchado de la ya nombrada Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, que como es sabido,

apunta fundamentalmente a resguardar los derechos de las personas con padecimiento mental.

La ley ya cuenta con diez años desde su promulgación, pero su total implementación sería un proceso mucho más lento, que podemos decir hoy día aún lo estamos atravesando. Hay que tener en cuenta que el contexto político y social en el cual se aplica es en el marco de una lógica manicomial, donde impera el modelo médico hegemónico y es allí donde se intenta hacer una ruptura o al menos una fisura. Dicha lógica en nuestra sociedad cuenta ya con muchos años y se caracteriza por la creación de hospitales-asilos, donde las personas con sufrimiento psíquico permanecían en estado de aislamiento, ello en un contexto de discurso higienista que ubica a la salud pública y a la medicina como la principal práctica legitimada para ejercer el control sobre la sociedad.

Pues bien, diremos entonces que la ley intenta hacer una ruptura o al menos una fisura sobre la lógica manicomial, ello me conduce a la siguiente pregunta, ¿puede una ley romper o cambiar un paradigma? La ley es una norma emanada de las Cortes en el ejercicio de su potestad legislativa y sus características son la validez, la bilateralidad, la protección institucionalizada, la eficacia y la legitimidad (Soriano, 2000), entonces una ley, a rasgos generales valida, legitima y protege, pero si hacemos una reflexión en relación a ello parece no ser suficiente para cambiar un paradigma, entendiendo por este último como un modelo o arquetipo de investigación que tiene vigencia por un tiempo determinado dada su capacidad para resolver o solucionar problemas dentro del campo de la investigación científica (Kunh, 1971). Aun así, la Ley de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (en adelante LNSMyA) implica algo más que una ley, ya que es nueva mirada sobre el padecimiento mental, es decir, nos habla de un nuevo paradigma, que prioriza el derecho de las personas con sufrimiento psíquico para que reciban atención integral, que garantice su libertad, su inclusión social y su derecho a vivir en la comunidad, ello sostenido sobre un modelo de atención con base comunitaria. De este modo, estaríamos hablando de dos paradigmas que se contraponen, por un lado, la lógica manicomial sostenida sobre el paradigma normativo que busca neutralizar, corregir o moldear cuerpos desde un modelo que no tendrá en cuenta las singularidades, el contexto o la historia del sujeto; mientras que la LNSMyA viene a responder y a intentar resolver aquello que este paradigma por mucho tiempo ha pretendido silenciar mediante mecanismos opresivos. La LNSMyA piensa al sujeto desde una perspectiva de derecho, como sujeto activo, histórico y social; siguiendo a Ana Bloj (2009) desde este paradigma:

Se interviene dando lugar a las particularidades de cada experiencia, reconstruyendo la historicidad, dando lugar a la emergencia del sujeto en su singularidad y dimensión social, proponiendo o recuperando de los otros nuevos modos de mirar, pensando nuevos modos de leer e interpretar determinada realidad o experiencia y formulando modos de interrogar e interpretar (pág. 27).

Esto permite reflexionar acerca de la idea de crisis de un paradigma, que se refiere a la incapacidad de este para resolver problemas, es decir, a la imposibilidad del

paradigma para responder a las nuevas realidades que han surgido. En este último tiempo hemos asistido a innumerables cambios sociales y con ello nuevas narrativas de padecimiento psíquico, lo que ha dejado traslucir la inoperatividad del modelo manicomial. Esto lleva a la necesidad de la creación de nuevos métodos, que aun luego de tantos años de la implementación de la ley que trae estas nuevas y necesarias metodologías, el

discurso de la lógica manicomial todavía cohabita en el marco de la LNSMyA, persistiendo en los espacios de intervención en donde la ley intenta funcionar. De esta manera, en el marco de la ley vigente aún encontramos expresiones de estas otras prácticas, propias de las lógicas manicomiales.

3 – La Ley de Salud Mental N° 26.657: un nuevo paradigma

La LNSMyA nos trae entonces la necesidad de un cambio de un modelo asilar, instalado en la sociedad, que entendido desde la perspectiva de Foucault (2006), ha sido vinculado históricamente con alguna forma de incorrección moral, legal o social.

Ahora bien, bajo la luz de la nueva ley muchos conceptos se re-definen, partiendo ya desde el concepto de padecimiento o sufrimiento mental, el cual se concibe como un proceso multideterminado, dejando traslucir componentes históricos, sociales, económicos, culturales y psicológicos en el proceso salud-enfermedad que va a contrastar con la antigua concepción de enfermedad o trastorno, la cual hacía referencia a un determinismo biológico. Las nuevas concepciones planteadas van a exigir un cambio en la mirada sobre la locura y sobre las necesidades de las personas, y con ello un cambio en todo el mundo psi, un cambio que no solo alcanza a quienes trabajan en Salud, sino que también comprende a todo el universo social. Y es que esta ley nos invita a repensar sobre las representaciones que tenemos en relación al sufrimiento mental, ello conduce a la siguiente pregunta, ¿qué representaciones emergen al encontrarme frente a quienes padecen un sufrimiento psíquico? En esa respuesta se pondrán en juego supuestos y métodos que darán lugar a una modalidad de intervención. Resulta importante reflexionar sobre esto, sobre todo porque la base de nuestros supuestos al realizar un diagnóstico, serán determinantes para generar en quien padece un sufrimiento psíquico una fuerza tal que pueda causar su estigmatización. Esta pregunta surge posterior a ciertas lecturas realizadas en mi trabajo como acompañante terapéutica, donde percibo lógicas que se contradicen y que hacen a la necesidad de estos planteos.

La LNSMyA también prohibirá la apertura de nuevos manicomios, con el objetivo último de poder adaptar los que actualmente existen, hasta sustituirlos por dispositivos alternativos. A este proceso desmanicomializador se le suma un modo de trabajo que permitirá el intercambio de conocimiento entre diversas disciplinas, a saber, el abordaje desde un enfoque interdisciplinario que será siempre desde una perspectiva de sujeto de derecho. La ley representa un cambio radical, que si bien aún no se ha completado, si es cierto que estamos inmersos en un proceso de cambio, en que la desinstitucionalización es una zona de clivaje para poder pensar la Salud Mental desde un paradigma de la complejidad, entendiendo al mismo como un “tejido de eventos, acciones, interacciones, retracciones, determinaciones, azares, que constituyen nuestro mundo fenoménico” (Morín, 1994, p.18). De este modo, la complejidad se presenta con rasgos de ambigüedad, de desorden e incertidumbre, a partir de ello se asevera que solo se puede pensar en un conocimiento científico aproximado, pues se asume que el saber total es imposible. Así, quien adhiera a un pensamiento de la complejidad no puede pretender tener una visión completa de los fenómenos, ya que la realidad es inalcanzable y el conocimiento ilimitado. Desde la complejidad se busca superar el pensamiento lineal y cuantitativo de las ciencias, siendo sumamente enriquecedor en el área de Salud Mental, dada la necesidad de hacer interpretaciones desde nuevas perspectivas.

a) Acompañamiento terapéutico como dispositivo

La LNSMyA permite que figuras tales como el acompañamiento terapéutico, comiencen a revalorizarse, así es que esta figura adquirirá valor con la promulgación de la ley por su utilidad clínica y terapéutica. Aun así, su actividad siempre estuvo determinada por otras disciplinas siendo en todos los casos instrumento de estas últimas, por ello es que siempre se ha presentado como difusa y poco delimitada. Inicialmente será funcional a la lógica manicomial, que entendida como chaleco humano, será una alternativa a la internación en los hospitales psiquiátricos. En ese momento su función estaba vinculada a controlar y vigilar pacientes, una extensión de la modalidad manicomial, pero por fuera de las instituciones psiquiátricas. Luego, la noción de chaleco humano y más tarde, la de amigo calificado, serán abandonadas y comenzará a llamarse a este operador de la salud como acompañante terapéutico, ya que esta última denominación denota su aspecto asistencial. No obstante, su participación seguirá siendo limitada, ya que todavía estará operando como un auxiliar en el marco de una estrategia que lo precede. Siguiendo el Seminario de Acompañamiento Terapéutico: clínica y política, el acompañamiento terapéutico como chaleco humano y luego como auxiliar, corresponden a un primero y segundo momento de la historia de esta práctica (Plaza, Scetti, Baravalle, Ontanilla & Caligaris, 2020, junio 17). Más tarde, en un tercer momento, la figura del acompañamiento terapéutico se podrá pensar como aquella que forme parte de un equipo interdisciplinario, en el que su participación se encuentra en términos de igualdad con los demás profesionales que componen un equipo de trabajo. De este modo, en este último tiempo de la historia del acompañamiento, siendo contemporáneo a la promulgación de la LNSMyA, es que existe la posibilidad de que se abran puertas a novedosas formas de intervención, desde una perspectiva desmanicomializadora y desde un enfoque interdisciplinario, pudiendo pensarse esta figura como un operador de la salud ahora integrando un equipo de trabajo.

Ahora bien, la práctica del acompañamiento terapéutico es una elección de trabajo frecuente entre los estudiantes de la Facultad de Psicología durante el cursado de la carrera, una de las razones se relaciona con que este permite un acercamiento a la práctica clínica. Las condiciones para ejercer en el ámbito laboral requieren de la realización de un curso teórico, el cual tiene como finalidad brindar herramientas a los estudiantes y además, prestar un marco legal para el ejercicio de la práctica. En este sentido, a saber, bajo estas mismas ideas de un acercamiento al campo, comienzo a desempeñarme como acompañante terapéutica para una institución privada. Dicha institución sostenía lógicas normalizantes, por ello sus modalidades de trabajo serán retomadas en el presente escrito.

En el establecimiento cada situación era presentada como un 'dispositivo' de acompañamiento terapéutico y siempre se planteaban con indicaciones de como operar o responder frente a escenarios que se pudiesen presentar. La asignación de los dispositivos estaba a cargo de un coordinador, quien contaba brevemente la situación de manera oral o por escrito, un modelo de informe y los objetivos específicos a cumplir. Por dispositivo se realizaba una supervisión mensual con el coordinador del mismo y los acompañantes, siendo la realidad que tales encuentros se realizaban ocasionalmente. Las supervisiones consistían en un espacio para depositar información del dispositivo, además se trabajaba sobre angustias o ansiedades que este pudiese generar para luego avanzar de acuerdo a la estrategia y objetivos planteados.

De este modo, en cuanto a la modalidad de trabajo de la institución, hablar de

dispositivo no parecía ser casual, retomando a Foucault (1977), este se puede pensar a

5

partir de cuatro aristas: a) heterogeneidad, por la diversidad de elementos que lo componen; b) su modo de ser; c) la naturaleza del vínculo establecido entre sus componentes; y d) su modo general de inserción en lo real. Entonces, un dispositivo es un conjunto de elementos heterogéneos, que siempre tiene por función una estrategia concreta, inscrita en una relación de poder que surge frente a una situación determinada, el dispositivo es “todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (Agamben, 2011, p.1).

Así es que, las estrategias de trabajo de los acompañamientos terapéuticos realizados por esta institución remitían fundamentalmente a prácticas enmarcadas en términos de dispositivo, en que mediante un conjunto de acciones tienen por objetivo hacer frente a una urgencia. Podemos decir, que ante una persona con padecimiento mental que se encuentra ‘desestabilizada’ se requiere hacer una intervención para luego obtener un efecto determinado, esto es, alcanzar los fines establecidos por el dispositivo inicialmente. Es por ello que considero que la elección del término dispositivo no resulta ser azaroso, sino que guarda relación con estos modos de intervenir. Es importante destacar que esta forma de operar se diferencia de lo que llamamos equipo de trabajo, debido a que en este último priman los intercambios que producen enriquecimiento en los grupos, que implica interacción y cooperación, es decir, un trabajo desde un enfoque interdisciplinario.

Me detengo aquí para reflexionar en relación al acto de dar indicaciones en un espacio de acompañamiento terapéutico, entendiéndolo por indicaciones a las formas universales en como se comprende a tal o cual patología. Entiendo que antes de comenzar a trabajar en el marco de un acompañamiento se debe dialogar previamente sobre la situación de atención terapéutica, pero eso no quiere decir que los acompañantes vayan a quedar reducidos a indicaciones o lineamientos. Desde mi experiencia como acompañante entiendo que el universo de relaciones se irá configurando en el día a día, en los sucesivos encuentros con el acompañado.

b) ¿Cómo intervenir? Lo artesanal del espacio terapéutico

La idea de no quedar reducidos a lineamientos dentro de un trabajo de acompañamiento terapéutico me conducirá a siguiente cuestión ¿cómo intervenir? Para ello quisiera reflexionar sobre lo desarrollado por Ana Bloj (2000), que retomando a Ovide Menin, Dr. en Psicología de nuestra casa de estudios, quién ha realizado numerosos trabajos en Psicología de la Educación y Psicología en Salud, plantea que la práctica del psicólogo puede ser entendida como un oficio, es decir, que el modo de actuación estará relacionado a un funcionamiento más del tipo artesanal. Esto quiere decir que se pondrá atención a las particularidades y singularidades de cada situación, dando lugar a la dimensión de la constitución subjetiva, esto es, a la emergencia del sujeto, entendiéndolo al sujeto como activo, histórico y social. La intención de retomar estos conceptos surge a partir de la posibilidad de pensar un entrecruzamiento entre la práctica del psicólogo y el trabajo del acompañamiento terapéutico y con ello reflexionar sobre los modos de intervención de este último. De esta manera, se puede pensar la práctica del acompañamiento terapéutico como un trabajo artesanal, una práctica situada que da lugar a las singularidades, donde historizar y contextualizar desde los escenarios donde vamos

a intervenir, es decir, desde la cotidianidad del sujeto, nos va a permitir habilitar espacios para la circulación de la palabra y así facilitar zonas de posible subjetivación. Pensar al otro como un sujeto activo, histórico y social nos permite intervenir sin patologizar y crear lugares para construir nuevos sentidos. El acompañamiento terapéutico como espacio flexible, ocupado por quien pondrá el cuerpo y formará parte de un equipo de trabajo, que

6

irán construyendo con el acompañado nuevas producciones. Por ello si nos preguntamos ¿cómo intervenir?, no considero que haya una respuesta universal posible, porque de eso se trata, es un trabajo artesanal en el que nada puede anticiparse, las intervenciones van surgiendo sobre el momento y solo se sabrá de sus efectos más tarde.

c) Diagnóstico, interdisciplina y subjetividad

Pues bien, como he mencionado anteriormente, en el marco de la LNSMyA aún permanecen estas otras prácticas pertenecientes a las lógicas manicomiales. Así es que, en la institución donde me desempeño como acompañante terapéutica se podían distinguir aquellas directivas que estarían estrechamente relacionadas a estas lógicas. De esta manera, los modos en que allí se abordaría un trabajo terapéutico serían a partir de un informe diagnóstico que definiría las características del paciente mediante lo que llamamos un diagnóstico de estructura. A partir de este, se delinearía una estrategia de intervención, quedando así condicionada la relación con el paciente por las características del diagnóstico realizado. Estos modos de proceder son desubjetivantes, es decir, las lógicas manicomiales son restrictivas de la subjetividad, teniendo como resultado que las singularidades se neutralicen y el sujeto quede disminuido, teniendo por consecuencia que no se logran garantizar los derechos de las personas con padecimiento psíquico.

Ya que los modos de proceder no coinciden con los principios de la LNSMyA, no se realiza un trabajo interdisciplinario y por lo tanto, los modos de construcción diagnóstica se presentan reduccionistas y simplistas; consecuentemente no se logra abarcar cuestiones relacionadas a las singularidades, historia y contexto de las personas, en el marco de un equipo de trabajo donde las intervenciones deben apuntar a un bienestar mayor de los sujetos.

El enfoque interdisciplinario:

Nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que da lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987, p.315).

De este modo, una modalidad de trabajo en un acompañamiento terapéutico que se basa en un diagnóstico de estructura, en el cual se brindan directivas de como proceder nos habla de un enfoque simplista y reduccionista, basado en una visión de la realidad como única, simple y común para todos, la que debemos aceptar y finalmente adaptarnos. Discrepando con esta posición, la realidad se nos presenta desordenada y ambigua, lo que nos lleva a la necesidad de realizar abordajes desde un enfoque interdisciplinario. Así es que, en todos los trabajos de acompañamiento terapéutico es importante habilitar espacios para la circulación de la palabra, ya que la realidad es construida en todas las personas, no siendo además una estructura la que define sus destinos:

La realidad es construida, para la psicosis y también para la neurosis (y la perversión). Y así como se construye se pierde. Y al perderse se vuelven a construir, y en todo caso en ese punto reside la diferencia entre estos modos de la normalidad llamados neurosis psicosis-perversión. La diferencia está en los modos en que esta realidad se (re)construye. Las líneas de fuerzas que sigue esa estructuración, el modo en que circulan las palabras y se tornean los cuerpos (Leibson, 2013, p.65).

7

Por lo tanto, el trabajo de acompañante terapéutico debe estar integrado en un equipo que funcione desde un enfoque interdisciplinario, entendiendo a este último como intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación, los cuales implican interacción, cooperación y circularidad entre las diferentes disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambios de instrumentos, métodos y técnicas, manteniendo cada disciplina su identidad y especificidad (Elichiry, 1987). La misma LNSMyA en el artículo 8° dirá en relación a la interdisciplina que:

ARTICULO 8°.- Debe promoverse que la atención en Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen áreas de psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley 26.657, 2010, p.17).

Ahora bien, en relación al diagnóstico, un paciente puede responder a una estructura psíquica de acuerdo a ciertos mecanismos, ya sea neurosis, psicosis o perversión. Siguiendo a Besson (2018), podemos hablar de un diagnóstico de estructura, el cual dice como funciona de manera dominante la vida anímica del sujeto, pero este no podrá dar cuenta de todas las aristas de su psiquismo:

El diagnóstico de estructura posee una posición determinista, de carácter reduccionista y este modo totalizante no hace más que cerrar la pregunta por la coexistencia compleja de diversos mecanismos que a su vez encuentran modos de combinatoria infinitos en función de la singularidad de cada sujeto y de sus distintos momentos, es decir, de los procesos jugados en cada historia (p. 251).

Por otro lado, Percia (2002) dirá que los casos de Freud no son expresiones anónimas de una enfermedad, sino que cada uno de sus enfermos es una narración única y que cada personaje es una voz escuchada en sus palabras. Así es que la distinción entre psicosis y neurosis tiene valor clínico, pero no son iguales vivencias o experiencias semejantes o con defensas equiparables: “un estado psicótico no es lo mismo que otro estado psicótico, ni un estado neurótico es equivalente a otro estado neurótico” (p. 10).

Me parece que el error ha sido creer que las teorías podrían explicar la experiencia. Una teoría clínica es el relato de una experiencia posible e improbable (...) El trazado diagnóstico ofrece un límite. Un principio de un dominio para un alma ajena. Fija un objeto, diseña una estructura, organiza un sistema, interrumpe un sinfín de posibilidades, proporciona un conjunto de juicios. Ofrece síntesis, comparaciones, correspondencias oposiciones (Percia, 2002, p. 10).

Esto permite pensar entonces que el diagnóstico es una construcción que no se

circunscribe a una estructura como un universal y que siempre se hará en transferencia, dando lugar a las singularidades y la historia del sujeto. Por su parte, el trabajo de acompañante terapéutico, que es quien está en la cotidianidad con el paciente, podrá hacer aportes importantes a la construcción diagnóstica, quien también en transferencia realizará lecturas de ciertas dinámicas y mecanismos de la vida del acompañado. Este trabajo pertenece a una modalidad de enfoque interdisciplinario que la institución donde me desempeñe nunca dejó traslucir, por el contrario, siempre se advirtió una marcada posición normativa.

Resulta significativo mencionar que nos dice la LNSMyA en el artículo N° 16 sobre diagnóstico:

8

ARTICULO N° 16.- El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastorno o enfermedad, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro (Ley 26.657, 2010, p.75).

La LNSMyA se sostiene desde una concepción de salud-enfermedad como multideterminado, que comprende componentes históricos, socio-económicos, culturales y psicológicos, esto hace a la necesidad de un abordaje interdisciplinario, lo cual implica la participación de diferentes disciplinas. Cabe destacar, que el aporte del acompañante terapéutico resulta ser esencial para todo el equipo de trabajo en Salud, siendo este un miembro necesario con quien se establecerán intercambios, lo que generará un enriquecimiento en todo el proceso de intervención.

5 – Un dispositivo de acompañamiento terapéutico: ‘El joven F’

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”
S. Freud. 1915

Cuando comienza a realizarse un acompañamiento terapéutico nada está claro, solo se sabe que no se sabe y solo puede uno formular preguntas que nadie puede responder. En este sentido, es que para intervenir debemos partir desde la situación y dejarnos interpelar por lo que ocurre aquí y ahora. Entonces, el acompañamiento terapéutico guarda relación con un espacio de creación en un tiempo y lugar singulares en un modo de estar con otro.

El acompañamiento terapéutico que nombraré ‘El joven F’ fue un espacio en el cual trabajé en la institución por un año. Las situaciones del dispositivo serán retomadas a fin de dar cuenta de las lógicas sostenidas y sus efectos.

El dispositivo estaba conformado por cinco acompañantes, todas mujeres de edades de entre 25 y 35 años, de las cuales cuatro éramos estudiantes de Psicología y una de ellas, estudiante de Comunicación Social. Se realizaba con una frecuencia de lunes a domingos, tres horas por la mañana y tres horas por la tarde, siendo coordinado

por un psicólogo hombre perteneciente a la institución para quienes prestaba mis servicios en ese momento. Cabe mencionar que me incorporo al caso seis meses más tarde de iniciado el dispositivo, ocupando el lugar de otra acompañante, quien sería reubicada.

El diagnóstico de F era trastorno bipolar con episodios delirantes, siendo evaluado por su psiquiatra de cabecera, quien junto a su psicóloga habían solicitado el acompañamiento terapéutico. Al momento de iniciar el mismo se habían dado indicaciones muy precisas de como intervenir para evitar la ocurrencia de crisis, ya que en su historia y corta edad habían sido muy numerosas (trece en total con 30 años); entre las indicaciones podemos destacar: estar alerta si el paciente actuaba de manera rebelde, si tomaba alcohol, si llegaba tarde o realizaba otras actividades fuera de su rutina diaria. Además, los objetivos del dispositivo terapéutico eran claros: sostener una rutina estructurada, buscar la manera de discontinuar su trabajo nocturno (ya que era considerarlo nocivo para su salud), hablar sobre aquello que le generaba ansiedad o angustia (puesto en palabras de F como 'problemas existenciales'), promover y sostener

9

los lazos sociales y disminuir su verborragia mediante lo discursivo. Si realizamos una lectura en relación a los modos que tuvo la institución al momento de dirigir el trabajo terapéutico, vemos que los señalamientos hablan de una posición más bien manicomial, propios de un paradigma normativo, en que el trabajo del acompañante terapéutico es controlar, contener y vigilar al paciente. Siguiendo el ordenamiento del Seminario Acompañamiento terapéutico clínica y política (2020, junio 17), correspondería a un primer momento de la práctica del acompañamiento terapéutico: "una proto imagen del A.T que se ampara en la noción teórica de contención y cuidado denominada: chaleco humano. Dicha versión humanizante y humanizada re-actualiza aquello que se juega centralmente en la serie chaleco de fuerza – chaleco químico" (Plaza, Scetti, Baravalle, Ontanilla & Caligaris, 2020, junio 17, p.1).

En este escenario, con la lectura de un diagnóstico y las referencias de los objetivos específicos es que doy inicio al acompañamiento terapéutico con el joven F. Al conocerlo me encuentro con una persona amable y cordial, que si bien en ese momento logré escuchar en su discurso ciertas particularidades, a saber, ciertos enunciados con contenido 'extraño', ello no impedía sostener un diálogo con él. Sin embargo, antes de comenzar el dispositivo ya contaba con información del paciente, datos algo desbordantes ante una realidad que exigía ver su complejidad. Entonces, en relación a ello, surge las siguientes preguntas: ¿Con qué información debemos contar para iniciar un trabajo de acompañamiento terapéutico?, ¿cómo deben ser señalados los objetivos del mismo?

Partiendo de mi experiencia, la modalidad de trabajo en la institución donde me desempeñé, tanto en la situación del joven F como en otras situaciones, la información tendía a ser clasificatoria. Además, se trabajaba a partir de informes que hablaban de experiencias de acompañantes con pacientes que incluían connotaciones negativas, en muchos casos estigmatizantes para el paciente, que al ser leídos por los nuevos acompañantes condicionaban los encuentros y experiencias. Hago este señalamiento de esta situación, ya que me parece significativo debido a que los encuentros se hallaban condicionados por representaciones, producto de estos informes que había sido leídos sin el debido acompañamiento en su lectura. Por ello entiendo que también una falta de coordinación y supervisión obstaculiza el trabajo de la práctica del acompañamiento terapéutico. Entonces, el exceso de datos o datos inadecuados, y una ausencia de coordinación puede generar efectos desfavorecedores en la práctica. Ahora bien, esto me permite hacer una reflexión en relación a la experiencia con F, la cual se desarrolló casi sin

supervisión. En los primeros encuentros siempre procuré cumplir con los objetivos del dispositivo, intentando forzar el vínculo con el paciente; a su vez, la lectura previa sobre su diagnóstico e informes realizados por otras personas habían definido mis formas de actuar, generando resistencias, representaciones y hasta miedos por las diferentes advertencias acerca del acompañamiento, lo que direccionaba aún más mis conductas, ya que moverme de la norma podría ser nocivo para el tratamiento. En relación a ello, surge entonces la siguiente pregunta: ¿Cómo se puede pensar el dispositivo del joven F?

Para reflexionar sobre ello, tomaré viñetas del caso del acompañamiento terapéutico, haciendo algunas lecturas en relación a la transferencia.

a) La transferencia

Freud (1912) nos dirá que la transferencia no es privativa del dispositivo analítico, ya que “todos nuestros vínculos de sentimientos, simpatía, amistad, confianza y similares, que valorizamos en la vida, se enlazan genéticamente con la sexualidad y se han desarrollado por debilitamiento de la meta sexual a partir de unos apetitos puramente sexuales” (p.103), por ello, en un trabajo de acompañamiento terapéutico, en la relación

10

acompañando - acompañante siempre estamos hablando de un espacio transferencial. Por este se entiende que:

Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa (...) Y si la necesidad de amor de alguien no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, él se verá precisado a volcarse con unas representaciones expectativas libidinosas hacia cada nueva persona que aparezca, y es muy probable que las dos porciones de su libido, la susceptible de consciencia y la inconsciente, participen de tal acomodamiento (Freud, 2013, p.97)

Viñeta 1:

Al comenzar el acompañamiento terapéutico el paciente comienza a hacer comentarios tales como: ‘¿Haces deporte? Se nota por tu cuerpo’, ‘me gustan las mujeres como vos’. Por momentos, se verán acompañados por miradas provocadoras.

1° momento transferencial: de la seducción a la figura ‘acompañante/niñera’

Este intento de seducción se generaba siempre en el espacio de acompañamiento terapéutico, más allá de la persona que ocupara el espacio de acompañante. Es decir, que la transferencia no dependía de las personas que ocuparan el lugar de acompañante, sino que eran elementos que rotaban dentro del dispositivo, indistintamente de quien lo ocupara. Ahora bien, si no lograba ser seducida, se habilitaba otro espacio, que era nombrado por F como la niñera. De este modo, aparecía esta otra figura: la acompañante/niñera.

Pues bien, como mencioné, en un primero tiempo, cuando ingreso a este dispositivo me encuentro allí con una situación de seducción. Ante ello busco dialogar y explicarle que mi función guardaba relación con fines laborales. Luego de algunos pocos días, finalmente me ubica en aquel lugar que habitaban todas las demás acompañantes terapéuticas, un espacio habilitante por sus características de cuidado, pero también con ciertos rasgos de control. Esta figura de acompañante/niñera aparecía a su vez junto a un

reclamo hacia a su psicóloga, que F indicaba lo había castigado con nuestra presencia, porque aducía que él 'se había portado mal', de allí el tener que cuidarlo y contenerlo.

Entonces, si hacemos una lectura, estamos frente a una figura de acompañante terapéutica como aquella que cuida, pero también que controla y persigue. En relación a ello podemos pensar, se entendía que F se trataba de una psicosis, por ello si bien la figura de acompañante/niñera tenía algún rasgo habilitante, ¿mantener esta posición no resultaba adecuado a los fines del dispositivo?, ya que permitía sostener también una lógica de control y vigilancia. Siguiendo este lineamiento los modos de intervenir estaban orientados a cumplir con los objetivos del dispositivo, cuya modalidad de trabajo correspondían a una lógica normalizante. Los fines de este dispositivo eran claros, pero resulta importante destacar que evitar seguir exhaustivamente los objetivos hubiera permitido dar lugar a nuevos eventos:

La capacidad de estar en la experiencia clínica del acompañante terapéutico no implica no contar con ningún objetivo, sino que los objetivos ya no serán lo único importante. La posibilidad de producir una experiencia terapéutica fecunda no está en solo un fin sino en los tránsitos, en las situaciones inesperadas que podemos desaprovechar si estamos muy pendientes del cumplimiento del itinerario de objetivos programados (Besson, 2018, p.124).

Entonces, una forma diferente de posicionarse hubiera posibilitado nuevos rumbos al acompañamiento, habilitando experiencias singulares, dando lugar a espacios de

11

subjetivación que propicien movimientos auto-teorizantes, auto-simbolizantes, auto-historizantes. "Desde esta perspectiva, el proceso de cura puede concebirse como un espacio de resimbolización" (Bleichmar, 2005, p.97).

En el 'joven F', las intervenciones realizadas eran a partir de decisiones tomadas en relación a un diagnóstico de estructura, es decir, el paciente debía ajustarse en pos de su bienestar de acuerdo a las características de su patología. Esta forma de trabajo terapéutico no da lugar a una escucha, ya que las lógicas sostenidas tienen una concepción de la locura que no permiten pensar en otras prácticas posibles. Me interesa aquí mencionar un comentario que me transmitieron desde la institución respecto de F cuando intento comunicarles acerca de ciertas lecturas que había podido realizar: 'nadie puede evitar que lo internen, él va a terminar en una esquizofrenia'. Estos enunciados acerca de los destinos de una persona son estigmatizantes y entiendo se realizan desde una posición reduccionista y simplista.

El dispositivo no se modificó en ningún momento, sin embargo hay un tiempo en mi trabajo como acompañante terapéutica que comienza a ser diferente, esto condicionó la relación con F haciendo que también vaya tomando otros rumbos. A fines de darle un orden, lo nombraré a esta instancia como un segundo momento del dispositivo, en que se abren nuevos espacios de significación, lugares que habitar de acuerdo a lo que F tenía para decir. En este momento F comienza a hablarme de manera diferente; a continuación haré un recorte de un diálogo con el paciente:

Viñeta 2:

Aparecen conversaciones sin tono seductor, evasivo o con intenciones de rivalizar, ahora se producen en modo amistoso: '¿Cómo haces tus ejercicios?', '¿vas a un gimnasio o haces en tu casa?', '¿te gusta salir?'

2° momento transferencial: el pasaje de 'acompañante/niñera' a 'el camionero':

Este es un momento en el tiempo del dispositivo en que dejo de priorizar los objetivos y comienzo a escuchar a F. Este cambio en el modo de trabajo se debió a cierto grado incomodidad al notar que solo funcionaba obturando, ya que podía percibir una resistencia en los encuentros con F. El cambio no fue calculado, si bien lo pensé, fue casi espontáneo en que comienzo a trabajar de manera diferente.

De este modo, a partir de allí mi relación con F da un giro, los encuentros ya no se trataban de 'encontrar' al paciente, como fue siempre requerido por la institución, sino de poner atención en cuales eran sus intereses, sus gustos, que le suscitaba su trabajo actual y hablar en relación a sus frustraciones y angustias. No será inmediato que comenzará a confiarme sus historias, pero el hecho de dejar de imponer modos de actuar hace que F se halle más conversador y comience a debatir temas de su interés. Es un nuevo espacio el que se comienza a configurar y es allí donde surge una nueva figura: F comienza a llamarme el 'camionero'. Esta connotación habla de una novedosa figura creada en transferencia, el significante 'camionero' hará referencia a una figura masculina y se relaciona con la mecánica, rubro que al paciente le interesa y quisiera estudiar para dedicarse a trabajar a ello. En ese tiempo del dispositivo es que F comienza a hablarme mucho más de sus intereses personales, un segundo momento en transferencia, que a diferencia de la figura acompañante/niñera, ya no se traslada de un elemento a otro dentro del dispositivo, sino que es una única figura sobre una acompañante del equipo.

Ahora bien, como he mencionado anteriormente, al iniciar el trabajo de acompañamiento terapéutico mis modos de conducirme estaban solo orientados al cumplimiento del itinerario de objetivos del dispositivo. En ese momento había actuado bajo un encuadre cerrado y rígido, en que mis modos trabajo fueron casi sin anoticiarme

12

de las lógicas que lo sostenían, lógicas normativas-manicomiales. Por ello veo importante reflexionar sobre nuestro posicionamiento para luego dar lugar a una práctica que logre ser habilitante y brindar las herramientas necesarias a quienes nos demandan. La práctica interpela, quiero decir, en un momento del acompañamiento mi accionar cambió y con ello emergieron nuevas experiencias, lo que permitió que aquella figura del camionero vaya tomando lugar y a partir de allí se abriera un espacio a la historia y singularidades de F, permitiendo el surgimiento de nuevas significaciones. De este modo, el reconocimiento de lo que acontece en el campo, la posibilidad de dar cuenta de estas diferentes lógicas, nos permitirá tomar aquellas acciones que sean necesarias en pos del bienestar de las personas.

b) Una lectura en transferencia

Desde este nuevo espacio en transferencia que ahora se inauguraba con F surgen lecturas en relación a un objetivo que planteaba el dispositivo, cuyo fin era inducir al paciente poco a poco al abandono de su trabajo nocturno donde se desempeñaba como botellero. Al hablar sobre ello, surge que F le atribuía un lugar muy importante al trabajo, el cual le proporcionaba dinero, autonomía e independencia. Además era un espacio donde sostenía lazos sociales, ya que allí compartía largos ratos de charla con sus amigos más allegados. La justificación del dispositivo para la discontinuidad de su tarea estaba relacionada a los horarios nocturnos, ya que no permitía un descanso adecuado y por otro lado había una preocupación por la exposición que tenía al alcohol y otras sustancias peligrosas para su salud.

Luego de sucesivos encuentros donde se pudo abordar la cuestión del trabajo en F, logro realizar una lectura en relación a él y el modo en como operaba en su vida. Esta situación hace que pueda reflexionar en relación a este objetivo del dispositivo, que tenía como finalidad la discontinuidad del mismo. La pregunta en ese momento es, ¿puede ser acompañado y continuar con una vida laboral?

Comenzaré por comentar como F ubica el trabajo en su historia personal: 1°: El trabajo aparece en relación a las crisis, específicamente a su primera internación. F trabajó siendo remisero y explica que por la falta de sueño ocurre el primer episodio, luego de ello lo internan. No obstante, F aclara que el trabajo no es el detonante de la crisis, sino el exceso del mismo.

2°: El trabajo como estabilizador, necesario para sentirse útil y bien consigo mismo. F, luego de tantas situaciones de crisis había ideado una estrategia para recordarse a sí mismo cuando ser racional. Por ello tenía cintas de diferentes colores en sus muñecas, de las cuales la más importante era la cinta turquesa que representaba la razón. Entre ellas tenía una de color naranja, que halló de regreso a su casa luego del trabajo. Al regresar estaba amaneciendo, por ello el color anaranjado, mismo tono del alba que le significaba un nuevo comienzo.

En diálogo con él sobre ello, me comenta que el amanecer y el trabajo le representaban lo mismo, habiendo una conexión entre estos. Para F el trabajo significaba un nuevo comienzo, una nueva oportunidad y además le generaba sensaciones de calma y sentimientos de seguridad. Luego de escuchar estas palabras de F me pareció pertinente poder compartirlo con el equipo de trabajo o al menos comunicárselo al coordinador del acompañamiento terapéutico. Sin embargo, pese a mi insistencia para transmitir aquellas lecturas con base en experiencias que había tenido con el paciente, jamás se tomó en cuenta mi pedido. En este sentido, es que entiendo que me encontraba trabajando en un dispositivo y no en equipo de trabajo, que como he mencionado anteriormente, operaba en un marco de dispositivo con objetivos claros y con fines concretos. En cambio, el funcionamiento de un equipo de trabajo hubiera dado lugar a un

13

espacio de diálogo para elaborar sobre aquellas lecturas realizadas y pensar acerca de lo que estaba ocurriendo en transferencia. Aquí se visibiliza como en el marco de la LNSMyA operan lógicas que no son propias de lo que promueve la ley, donde el acompañante terapéutico no es parte de un equipo interdisciplinario y funciona como un agente de control y vigilancia que intenta normalizar mediante mecanismos coercitivos, para que finalmente el dispositivo cumpla su finalidad o caiga, como fue en el caso de F, que terminó por ser internado nuevamente. Entiendo que si se hubiera habilitado un espacio de diálogo para trabajar sobre estas lecturas en relación a lo sucedido en transferencia, se podría haber analizado los objetivos del acompañamiento y así trabajar en posibles nuevos modos de intervención. Por otro lado, he de destacar que sostener el trabajo para F además de tener un sentido importante para él, si nos remitimos a la LNSMyA, también debe ser entendido como un derecho, de modo tal que se debió haber intervenido en función de la restitución y fortalecimiento de sus lazos sociales, siendo el trabajo significativo por ser un espacio que le permite vivir en la comunidad.

Ahora bien, la modalidad de trabajo de esta institución de la que fui parte permitió poner en tensión el paradigma manicomial y el paradigma de la LNSMyA, dando lugar a reflexionar sobre mi formación como psicóloga. Por ello, desde mi experiencia como acompañante terapéutica, pienso en los modos en que F dejó translucir la organización de su discurso, como fue ubicando a cada uno en transferencia y las lecturas que se pueden

realizar a partir de ello, ahora me pregunto: en F ¿hablábamos de una psicosis? Podemos decir que era su estructura dominante, cuyo concepto nos remarca la existencia de múltiples corrientes en la conformación del sujeto psíquico. Por otra parte, cuando hablamos de psicosis, hablamos un modo de la normalidad, tanto como lo son la perversión y la neurosis. La psicosis como un modo del decir, una forma de responder a esa perturbación que es el lenguaje, a esa falta esencial que el lenguaje causa. En ese punto, psicótico no se 'es', sino que se 'está' psicótico y es un tipo de perturbación del campo del lenguaje y del cuerpo. En este sentido, los psicóticos son personas y es la práctica del Psicoanálisis que puede alojarlos, allí donde hay un otro a quien puede hablarle y donde habrá producción subjetiva. Por años la psiquiatría los ha intentado someter por métodos coercitivos, por ello es importante no continuar realizando dispositivos terapéuticos con objetivos que no tienen en cuenta al paciente y frases que den por sentado su futuro, solo porque creer que su destino está marcado por una estructura (Leibson, 2018).

6 – El acompañamiento terapéutico y el rol del psicólogo

El acompañamiento terapéutico como práctica se puede decir que aún no posee un marco epistemológico, filosófico y científico, tampoco un método sino que lo toma prestados de otras disciplinas. En mi experiencia, cuando realicé el curso de acompañante, el mismo tomaba conceptos del Psicoanálisis y de la Psicología Social, permitiendo un abordaje sobre conceptos de psicopatología y trabajo grupal.

Ahora bien, el acompañamiento terapéutico es una práctica que tiene ya muchos años en Salud Mental, pero que como hemos mencionado, su actividad ha variado de acuerdo a las lógicas vigentes, de este modo no ha logrado delinear una identidad de método, ya que siempre fue herramienta o auxiliar de otras disciplinas. Hoy, en el marco de la LNSMyA, ha surgido como una práctica necesaria, pudiendo abrirse camino para lograr ir delineando sus métodos. De hecho, muy recientemente, el 3 de febrero de 2020 en la provincia de Santa Fe, luego de extenuantes luchas se logra legitimar el ejercicio de la actividad del acompañamiento terapéutico mediante la promulgación de la Ley Provincial N° 13.970. Destaco algunas palabras mencionadas en el texto del Proyecto de Ley, donde se plantea que el acompañante terapéutico es un profesional del sistema de

14

salud de la provincia, que debe consolidar su participación como integrante de los equipos de salud. También, se expone que legitimar el ejercicio de la práctica que se realiza desde hace más de 55 años, provocará un correlato positivo en la atención de la salud del territorio, siendo un recurso humano que favorece el desarrollo biopsicosocial de las personas, que persigue no solo la recuperación de la salud sino también la integración al medio familiar y social, que parte de una concepción de un nuevo modelo de salud en red, integrado e interdisciplinario (Proyecto de ley ejercicio profesional y regulación de la actividad del acompañante terapéutico, 2019).

Esta ley viene a ordenar un espacio donde operar y a establecer una figura legitimada dentro de los equipos de trabajo en el marco de la LNSMyA, aportándole nuevos lugares de participación.

Pues bien, como es sabido el trabajo del acompañamiento terapéutico se ha servido de algunos conceptos de Psicología para organizar su práctica, así como también ha tomado nociones de otras disciplinas. En relación a los conceptos tomados del campo de la Psicología, haré algunas referencias en relación similitudes y diferencias que

pueden pensarse de este entrecruzamiento de ambas prácticas, en el campo de la Salud Mental.

Diremos, que el acompañante no diagnostica, no orienta el tratamiento y no da el alta, pero si es parte de todo este proceso en un equipo de trabajo interdisciplinario. Las diferencias radican en el espacio en donde operan cada uno, es decir, en los escenarios de intervención y en como será cada práctica.

En relación al trabajo del psicólogo, serán muchas las áreas en las que se desempeñe, siendo una de ellas la coordinación de equipos de acompañantes, así como también podrá desempeñarse como acompañante terapéutico. En cuanto al trabajo de coordinador, su labor será la de realizar una primera evaluación en relación a las demandas que llegan, las que luego podrán ser elaboradas en una reunión de equipo para analizar la posibilidad de poder responder al pedido. A su vez, también tendrán por función orientar el equipo de trabajo, responder a las dificultades que se puedan presentar y trabajar en supervisiones de grupo, para que a partir de las diferentes situaciones y experiencias que vayan aconteciendo, pensar en posibles intervenciones que se puedan realizar. En este sentido, sostenido desde un enfoque interdisciplinario, se podrá analizar y reflexionar en relación a las diferentes situaciones para llevar adelante un tratamiento terapéutico de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Por otro lado, el psicólogo como acompañante terapéutico intervendrá desde lo cotidiano, en un trabajo analítico terapéutico, en respuesta a prestar las herramientas necesarias para las situaciones que así lo demanden.

De este modo, diremos que la figura de acompañante terapéutico opera siempre en la cotidianidad de los sujetos, entendiendo por vida cotidiana como un conjunto de condiciones concretas de existencia (Pichón-Rivière, 1985). Y es en esta cotidianidad en que la subjetividad se constituye, ya que son las experiencias concretas, la acción y la práctica las que determinan la subjetividad:

Cuando sostenemos que la representación y el pensamiento son acción procesada, elaborada e interiorizada, estamos planteando que no hay actividad psíquica desvinculada de la práctica, que no hay procesos y contenidos psíquicos que no estén determinados desde las condiciones concretas de existencia. Desde esta afirmación queda planteado el carácter social e histórico de lo psíquico, dejando de lado la concepción de una naturaleza humana a-histórica y pre-social sostenida por la ideología dominante (Pichón-Rivière, 1985, p. 11).

Es en la cotidianidad en la que trabaja el acompañante terapéutico, en un espacio y tiempo en donde sostiene, contiene, se ofrece y dona sus rasgos personales al

15

acompañado. Por su parte, la vida cotidiana en muchas ocasiones se le presentará al sujeto como un imposible y necesitará de un otro, que mediante su intervención logre nuevos espacios habilitantes, en que lo cotidiano no se muestre como paralizante. La intervención del acompañante terapéutico será transformadora si proporciona al acompañado el encuentro de su propio día a día, su propia organización del espacio, del tiempo y la autonomía, es decir, de su propio ritmo. Para esto es necesario tener en cuenta las necesidades y el propio repertorio del acompañado (Chauí Berlinck, 2017).

En consonancia con lo anteriormente mencionado, resulta necesario reflexionar acerca de la regla de la abstinencia, tanto en la práctica del psicólogo como en el trabajo del acompañamiento terapéutico. Freud (1919) dirá que en la medida de lo posible, la cura analítica debe ejecutarse en un estado de privación –de abstinencia-. Retomando a

Laplanche & Pontalis (1996) es un:

Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas, para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que este tiende a imponerle. El principio de la abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración (p.3)

La regla de abstinencia en el trabajo del psicólogo está vinculada a la necesidad de neutralidad que la técnica psicoanalítica exige como actitud en el analista, necesario para la interpretación. Dicha regla alcanza al analizado, para no llevar al acto fantasías o mociones de deseo, en tanto se rechaza toda posibilidad de descarga que sea distinta a la expresión de la palabra. De este modo, también se establecen las condiciones del encuadre.

Ahora bien, Ulloa (1995) introduce un aporte importante con el concepto de estructura de demora:

La estructura de demora se relaciona con algunos grandes temas psicoanalíticos, tales como la escucha, la atención libremente flotante, la contratransferencia, es decir, aquel acontecer propio de la neurosis de transferencia, principalmente relacionado con la abstinencia concebida como una suerte de arte marcial, que no suprime el registro sino la acción inmediata; al hacerlo, logra trascender lo aparente y acceder a otro conocimiento (p.110)

Esta conceptualización habla de no suprimir el registro de lo experimentado del analista, de su ser afectado, sino de tender a una disposición de examinar y procesar ese estar afectado para que pueda ser utilizado luego en una acción clínica, así la regla de abstinencia toma un valor novedoso en relación a un modo de estar con el otro. Ahora bien, esto resuena si lo pensamos en relación al trabajo del acompañamiento terapéutico, ¿qué sucede entonces con la regla de abstinencia en esta práctica?, ¿hasta dónde puede uno abstenerse de responder a las demandas de aquellas personas a quienes acompañamos? Las preguntas aparecen cuando uno comienza a cuestionarse si debe contar algo de su vida privada o debe resolver alguna situación de la vida cotidiana. El acompañante terapéutico trabaja en el día a día del paciente y el lazo transferencial se funda en una relación de paridad. Por su parte, la práctica siempre es situada, por lo que la regla de abstinencia deberá ser más flexible y se tendrán en cuenta las particularidades de cada situación:

16

Una concepción de los pedidos como inherentes a las demandas de modificación y/o edificación de la vida cotidiana comprendida como el escenario privilegiado del AT. Como ya hemos señalado, este escenario en el que las necesidades cotidianas se vuelven ocasiones de trabajo, marca una especificidad que a la vez refuerza la idea de la abstinencia como regla que, lejos de ordenar la frustración de todo pedido propone la elaboración de respuestas pertinentes o situadas (Besson, 2018, p. 86).

Las posibilidades de aliviar y brindar herramientas a quienes nos demandan serán mayores si el trabajo del psicólogo y del acompañante terapéutico se realizan en equipo,

sostenidos en los principios de la LNSMyA, ya que estas dos prácticas se complementan mutuamente; y como dirá Besson (2018) podemos ver como “el acompañante terapéutico puede pesquisar elementos en la escena transferencial que permiten advertir cuestiones que no son accesibles al trabajo con la palabra en consultorio” (p.265). Por ello, en el campo de intervención su enriquecimiento es mutuo, y si partimos de un trabajo interdisciplinario, esto es, un trabajo en equipo, con intencionalidad al trabajar entre las disciplinas, con flexibilidad de apertura en cuanto a búsqueda de métodos de trabajo y técnicas, con cooperación permanente y una reciprocidad que lleve al intercambio de métodos y conceptualizaciones, todo ello siempre respetando cada uno las especificidades de su campo (Elichiry, 1987, p.337), tendremos más posibilidades de obtener resultados favorables frente a aquellas situaciones que se presentan cada vez más complejas en el campo de la Salud Mental.

7 – A modo de cierre

Retomo aquí una frase de Freud (1915) que menciono en el punto 5, donde se plantea que la ciencia moderna no ha podido producir un medicamento tranquilizador tan eficaz como si lo son unas palabras bondadosas.

Este enunciado nos habla de la importancia de habilitar espacios de escucha y circulación de la palabra. Lugares en el cual se podrá ir configurando una trama transferencial con un otro, donde irán emergiendo nuevos sentidos, modos de ver a partir de la recuperación de la historia y las singularidad de cada sujeto. Por ello, una práctica que intenta desobjetivar el conflicto o acusar su presencia a causas exteriores al sujeto (Galende, 2008), solo obtendrá el retorno del mismo.

Entonces, reflexionar sobre esta frase que sostiene la importancia de la palabra, me permite pensar en el trabajo del acompañamiento terapéutico y en cuales son los posibles efectos cuando el mismo se aborda a partir de lógicas donde no se tiene en cuenta al sujeto. En este sentido, en el acompañamiento con joven F así como no se tuvo en cuenta al paciente, tampoco se reconoció a los integrantes del equipo de trabajo. De este modo, cuando el dispositivo finaliza con la internación de F, posterior a ello no se realiza ningún encuentro de equipo. Dicha situación ocasionó un clima de angustias y frustraciones, lo que afectó a los acompañantes dado que muchas preguntas permanecían abiertas: ¿Qué había sucedido?, ¿la internación había sido resultado de una mala intervención?, ¿cómo se iba a continuar una vez dada el alta?

La práctica del acompañamiento terapéutico deja huella, tanto en los acompañados como en los acompañantes y resulta importante un trabajo de equipo para elaborar lo acontecido. Un espacio de supervisión es imprescindible para reflexionar sobre el trabajo realizado, donde analizar la transferencia y la contratransferencia, las dificultades, los temores y las vivencias cotidianas que se han transitado. Asimismo se trata de un espacio creador, singular, único e irreplicable donde pensar herramientas para favorecer la práctica terapéutica.

Pues bien, esta situación de la caída abrupta del acompañamiento dio lugar a cuestionamientos en relación al trabajo realizado: ¿Se pudo haber evitado la internación?,

17

¿falló el dispositivo?, ¿qué de mi trabajo debo evaluar? Estas preguntas y otras situaciones dieron lugar a que pueda reflexionar en relación al posicionamiento frente al padecimiento mental y a los posibles modos de intervención. Pensar en las lógicas me permitió reconocer estos discursos que se hallan en contradicción en la práctica, pudiendo generar confusión o molestia cuando se está trabajando. En este sentido, al realizar el

reconocimiento de estas lógicas logro hacer una diferenciación en relación a lo requiriendo por la institución, la que tenía una posición más bien normalizante, que se encontraba en contradicción con mis propios supuestos. Esto va a generar dificultad a la hora trabajar, pero que aun así, más allá de las características del dispositivo terapéutico, como pude señalar en presente ensayo, se logran habilitar espacios de escucha dando lugar a lo singularidades del paciente; retomo a Bleichmar (2005) cuando habla sobre nuevas subjetividades, la producción de subjetividad ha sido siempre regulada por los centros de poder, “sin embargo, en sus contradicciones, en sus huecos y filtraciones anida la posibilidad de nuevas subjetividades” (p.84). No obstante, pese a ello, el paciente finalmente cae internado, ya que el dispositivo funcionaba en su totalidad de acuerdo a lógicas normalizantes-manicomiales, que llevaban al paciente a esa situación, en la cual los acompañantes terapéuticos eran auxiliares cuya función era cumplir con los objetivos del dispositivo.

Estas reflexiones permiten regresar a la pregunta, que aunque parezca simple, no lo es: ¿Qué representaciones emergen al encontrarme frente a quién padece un sufrimiento psíquico? Ahora bien, fue luego de elaborar este ensayo y reflexionar sobre el trabajo como acompañante terapéutica que considero poder responder a la pregunta. De esta manera se podrá responder que quienes padecen un sufrimiento psíquico son ante todo personas, personas que deben ser reconocidas como sujetos de derecho, con igual dignidad y valor que las demás, quienes de acuerdo a sus singularidades, su historia y su territorio, debe poder concretarse una estrategia de intervención integral para el fortalecimiento y restitución de los lazos sociales, que apunten a su mayor bienestar posible. Como he mencionado anteriormente, los supuestos que definan los modos de construcción diagnóstica resultan de cabal importancia, ya que el mismo podrá generar en quien padece un sufrimiento psíquico su propia estigmatización, es por ello que es fundamental trabajar en un diagnóstico que se realice siempre en transferencia donde el sujeto sea parte de sus propios procesos, como sujeto activo, participante de su propia historia.

Para finalizar, quisiera comentar que la escritura del presente ensayo me ha permitido pensar sobre nuestros propios posicionamientos y sobre aquellas situaciones que podremos hallar en la práctica, que puede crear confusión y marcar un camino equivocado a la hora de intervenir. Por lo tanto, es importante reconocer nuestros propios modos de trabajo para no quedar retenidos en lógicas simplistas y reduccionistas. La práctica es en sí misma ambigua, desordenada y muchas veces podrá generar incertidumbre y “debemos aprender a vivir con la incertidumbre y no, como nos lo han querido enseñar, a hacer cualquier cosa para evitar la incertidumbre. Por supuesto que es bueno tener certezas, pero si es una falsa certeza eso es muy malo” (Morín, 1994, p27). Y es que nuestra posición podrá simplificar y reducir; o en cambio, intentar comprender la riqueza y complejidad de nuestra realidad.

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Recuperando de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010
 - Besson, M. (2018). El acompañamiento terapéutico como práctica situada. Bs.As. Argentina: Manuel Saurez.
 - Bleichmar, S. (2005). Subjetividad en riesgo. Bs.As, Argentina: Topía. ▪ Bloj, A. Comp. (2010). Intervenciones en Psicología Educativa. Rosario, Argentina: Laborde.
 - Elichiry, N. (1987). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de las metodologías transdisciplinarias. Bs. As. Argentina: Nueva Edición.
 - Foucault, M. (1985) Saber y Verdad. Madrid. España: Ediciones de la Piqueta. ▪ Frank, M, Costa, M & Hernández, D Comp. (2017). Acompañamiento terapéutico clínica en las fronteras. Córdoba. Argentina: Editorial brujas.
 - Freud, S. (1991). Tomo XII Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber) Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911-13). Bs.As. Argentina: Amorrortu.
 - Galende, E. (2008). Psicofármaco y salud mental: la ilusión de no ser. Bs.As. Argentina: Lugar Editorial.
 - Kuhn, T. (1971). La estructura de las revoluciones científicas. México: FCE. ▪ Laplanche, J & Pontalis, J-B. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Bs.As. Argentina: Paidós.
 - Leibson, L. (2013). Maldecir la Psicosis. Bs. As. Argentina: Letra Viva. ▪ Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010. ▪ Ley Provincial N° N° 13.970 de Regulación del ejercicio de la actividad técnica de acompañante terapéutico. Boletín Oficial de la República Argentina, Santa Fe, Argentina, 3 de febrero de 2020.
 - Menin, O. Comp. (2000). El oficio del Psicólogo educacional. Rosario, Argentina: CG Editora.
 - Morín, E. (1994). Epistemología de la complejidad. En: Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad; D. Frid Schnitman (compilador). Bs.As., Argentina: Nueva Visión.
 - Paola, Leibson & Colovini (2018, Septiembre 25) La transferencia en la Psicosis. VIII Jornadas Psicoanálisis, Salud y Políticas Públicas: “La transferencia y el re verso de las normalidades”. Recuperado de:
https://www.youtube.com/watch?v=NPXTKtG8BCY&t=1014s&ab_channel=LaMasotta
 - Plaza, Scetti, Baravalle, Ontanilla & Caligaris (2020, junio 17) La Masotta: Acompañamiento terapéutico: clínica y política. Recuperado de:
<https://seminarioatlamasotta.blogspot.com/2020/06/httpswww.html>
 - Percia, M. (2002). Acaecer en la clínica. Revista de Campo Grupal n° 10. Bs.As., Argentina: Campo grupal.
 - Pichon-Rivière, E & Quiroga, A. (1985). Psicología de la vida cotidiana. Buenos Aires: Nueva Visión.
 - Proyecto de ley Ejercicio profesional y regulación de la actividad del acompañante terapéutico. Régimen. Recuperado en:
<https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/index.html>.
 - Soriano, R. (1997). Sociología del derecho. Barcelona, España: Ariel S.A.
- 19
- Ulloa, F. (1995). Novela clínica psicoanalítica”. Bs.As. Argentina: Paidós.

