

Índice

Resumen y palabras clave.....	Pág. 4
Introducción.....	Pág. 5
Desarrollo.....	Pág.7
I Legislar para desmanicomializar.....	Pág. 7
II Acompañamiento terapéutico y psicoanálisis.....	Pág. 9
III Práctica entre Varios.....	Pág. 11
Conclusión.....	Pág. 14
Bibliografía.....	Pág. 15

Resumen

El presente ensayo trata sobre el acompañamiento terapéutico y una modalidad clínica de trabajo llamada *práctica entre varios* inspirada en la teoría del psicoanálisis. Se tiene como eje la reglamentación de la Ley Nacional de salud mental N° 26.654 del 2010 en Argentina, para plantear un tipo de práctica clínica que se ajusta al proceso de desmanicomialización que impulsa dicha ley. El análisis del dispositivo de acompañamiento terapéutico y el concepto *práctica entre varios* conducen a preguntarse por las prácticas en salud mental como vértices fundamentales en los procesos de transformación, creación y discusiones en el campo de la salud mental en general. Además, aquí se realiza una lectura psicoanalítica: por un lado, teniendo en cuenta algunos textos de Freud y aportes de psicoanalistas de orientación Lacaniana para trabajar conceptos tales como el de sujeto, subjetividad, la relación al Otro y el trabajo de equipo en la institución. Y por otro, se consideran a algunos autores contemporáneos que dan cuerpo teórico a la normativa del año 2010. Algunas conclusiones a las que se llegó: las prácticas en salud mental que tengan en cuenta a la subjetividad del paciente mental con la determinación en la relación al Otro y su coyuntura social inmediata en el marco de un equipo terapéutico sin jerarquización de los saberes son prácticas que se adecuarán al proceso de desmanicomialización, sin embargo, esta hipótesis queda abierta a nuevas preguntas.

Palabras clave

SaludMental – Dispositivodeacompañamientoterapéutico–
Desmanicomialización – Clínica ampliada – Práctica entre varios.

Introducción

Este ensayo surge a partir de la necesidad constante de pensar y desarrollar alternativas al modelo monovalente de tratamiento en hospitales para personas con padecimientos mentales. El objetivo principal de este escrito es contribuir a los modelos existentes de abordaje de esta problemática que surgieron posteriormente a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 en el año 2010, lo cual marca el contexto que se tiene en cuenta a la hora de escribir. Entonces, el tema que se propone trabajar en este ensayo es la desmanicomialización a partir de dicha ley.

El modelo manicomial clásico (Faraone, S. Y Otros. 2011) se caracteriza por establecer una relación entre los usuarios de salud mental y los trabajadores de un modo de alienación-opresión que se expresa, por ejemplo, en estrategias terapéuticas de lógicas carcelarias y de sedación mediante psicofármacos como mecanismo de apaciguamiento y control social. Dichas relaciones signadas como relaciones de sujeto-objeto, en el sentido expresado por Foucault (2000), pueden y deben, de acuerdo a lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental, experimentar profundas transformaciones.

De tal modo es posible pensar las nuevas relaciones que se desarrollan entre los trabajadores de salud mental (se hará foco en la figura del acompañante terapéutico, en este caso) y las personas con padecimiento psíquico como una oportunidad para propiciar movimientos institucionales que instituyen nuevas prácticas.

Uno de los horizontes posibles que propone la Ley es una contra propuesta al modelo manicomial clásico, por ello, en este escrito esta contra propuesta se va a desarrollar siguiendo lo que se conoce como clínica ampliada. El cambio de enfoque propuesto aquí, implica no centrarse en la enfermedad, sino, en un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Siguiendo a Amarante (1996) se comprende que al colocar la enfermedad entre paréntesis se deja de lado un tecnicismo clínico. De esta forma el trabajo profesional se dirige a la persona y no a la enfermedad, de esta manera, el acento se coloca en la invención de salud y reproducción social del paciente, entonces se deja atrás el famoso proceso de cura. Souza Campos (1997) lo dice de esta manera:

La reforma de la clínica moderna debe basarse sobre un desplazamiento del énfasis en la enfermedad para centrar sobre el Sujeto concreto, no un caso, un sujeto que porta una enfermedad (...) colocar la enfermedad entre paréntesis, sí, pero únicamente para permitir la entrada en escena del paciente, del Sujeto enfermo, pero, a renglón seguido, sin descartar al enfermo y su contexto, volver a escudriñar la dolencia del enfermo concreto, sino, ¿qué especificidad le corresponde a los servicios y los profesionales de la salud? (Souza Campos, 1997, pp22.)

Colocar la enfermedad entre paréntesis permitiría sostener un discurso que ponga en escena al sujeto y no solo su enfermedad. Esto lleva a sostener que, si bien la desmanicomialización ya es un conflicto en sí mismo, porque rompe con la lógica médica, es necesario plantear el problema que se abordará en este ensayo: el tema de la desmanicomialización desde el marco teórico de la práctica de un dispositivo en particular, que es el de acompañamiento terapéutico.

Considerando que la práctica del acompañamiento terapéutico se realiza desde diversas perspectivas metodológicas, es necesario aclarar que la perspectiva epistemológica adoptada en este trabajo será el Psicoanálisis, ya que se tendrá como eje los andamiajes teóricos que se encuentran en una propuesta de Jacques Alain Miller: la clínica entre varios. De esta propuesta surge en el campo de la clínica psicoanalítica de la mano de Di Ciaccia (2003), una vertiente con la denominación de práctica entre varios. Dicho concepto surge como resultado del trabajo en una institución especializada en

casos severos de autismo y psicosis en niños y adolescentes en 1974. Es a partir de un objetivo clínico específico que ha sido desarrollada esta práctica, que se aleja de los formatos clásicos de atención en consultorio individualizado. Para este nuevo enfoque, la cura no se arriba desde el lado de la institución o del equipo, sino que se aproxima a ella desde el lado del paciente. La práctica entre varios responde a una exigencia clínica y a una exigencia de parte del paciente. Se basa en el *partnership* (Di Ciaccia, 2003) de cada miembro del equipo y sus respectivas responsabilidades. Así es que se inscribe en las diversas formas de prácticas clínicas que se inspiran en el psicoanálisis y su especificidad radica en el hecho de que es la intercambiabilidad de los miembros del equipo como *partenaire* del sujeto que sufre, la cual depende estrictamente de lo particular de cada sujeto con padecimiento mental.

En ese marco, se busca pensar y problematizar sobre un dispositivo de acompañamiento terapéutico y explorar este enfoque para el tratamiento del padecimiento mental más allá del modelo hospitalario tradicional. Como resultado se posiciona este dispositivo orientado a un fin: la desmanicomialización.

El acompañamiento terapéutico es entendido en este ensayo como una práctica que se puede llevar a cabo siguiendo los lineamientos teóricos del psicoanálisis. ¿Por qué un acompañamiento terapéutico se ajusta a una práctica/método psicoanalítico?

Sigmund Freud en "Psicología de las masas y análisis del Yo" (1911) plantea que situar la oposición entre psicología individual y psicología social no tiene asidero, pues en su constitución no es sin un Otro rara vez el individuo puede prescindir de sus vínculos con otros.

En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social, en este sentido más lato pero enteramente legítimo. (Freud, 2008, p. 122)

En ese mismo texto se plantea que todos esos vínculos estudiados por el Psicoanálisis tienen derecho a reclamar que se los considere fenómenos sociales, y desarrolla alguno de ellos: la identificación, su participación en la formación de síntoma y de los fenómenos de masa, así como el enamoramiento y el hipnotismo: fenómenos que poseen el apelativo de *social* por contar siempre ese otro en la economía libidinal del sujeto. Desde estas nociones, se puede afirmar que la figura del acompañante terapéutico va a estar sostenida por ocupar, en la relación transferencial (categoría que va a ser desarrollada luego), el lugar de ese otro para el sujeto.

Una vez planteadas estas nociones, podría pensarse un dispositivo de acompañamiento terapéutico, tomando las ideas de Benedetti (2013), como una intromisión en un espacio, en tanto existe una demanda que actúa y hace actuar, desencadenando una serie de expectativas, consecuencias y posibilidades ligadas a las representaciones, a una construcción simbólica que implica una nueva huella o marca sobre aquello en lo que se interviene.

La hipótesis que se sostiene en este trabajo es que una de las formas –que tiene efectos subjetivantes– de abordar la desmanicomialización, es la implementación de un dispositivo de acompañamiento terapéutico que funciona y se sostiene en la propuesta de la práctica entre varios.

DESARROLLO

I. Legislar para desmanicomializar

Mejor pues que renuncie quién no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época, pués ¿cómo podría hacer de su ser el eje de tantas vidas aquel que no supiese nada de la dialéctica que lo lanza con esas vidas en un movimiento simbólico? Que conozca bien la espira a la que su época lo arrastra en la obra continuada de Babel, y que sepa su función de intérprete en la discordia de los lenguajes.

Lacan, 1953

En este apartado se realiza en primer término un recorrido por las leyes que permiten a los profesionales llevar adelante una clínica entre varios comprometida en los marcos legales, y luego se tomarán nociones de algunos autores que brindan herramientas para poder *legislar para demanicomializar*.

En mayo de 2010 fue aprobada por el Congreso Nacional de la República Argentina la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657. El espíritu de esta ley describe varios conceptos centrales que tienen por objetivo trascender el paradigma de abordaje clásico de la salud mental en Argentina que lleva más de 130 años de hegemonía si se toma en cuenta que Julio A. Roca inaugura espacios como el *Open Door* en 1880, el Departamento Nacional de Higiene en 1892, el Servicio de Observación de Alienados –vinculado a la Policía de la Capital en 1900-, los archivos de Psiquiatría y Criminología de José Ingenieros en 1920, entre otros. Este paradigma clásico o manicomial se caracteriza por una “psiquiatrización” del campo de la salud mental, es decir, un predominio del abordaje del padecimiento psíquico exclusivamente como un problema médico-clínico que debe abordarse desde la medicalización con psicofármacos, acompañado por una internación de tiempo prolongado en hospitales psiquiátricos. Las internaciones psiquiátricas son el resultado de procesos complejos, que conjugan criterios jurídicos, biométricos y factores socioculturales diversos que configuran los basamentos para una legalidad amparada en la lógica tutelar y el concepto de peligrosidad social. Este fue el respaldo de quienes orientaban sus prácticas en un sentido biologicista con la consiguiente segregación social o aislamiento.

Frente a dicho contexto, han sido fundamentales las construcciones políticas en el campo de la salud Mental provenientes de los países europeos (Italia, Francia, Inglaterra), así como las que se desarrollaron en países latinoamericanos, constituyendo antecedentes indispensables y sustantivos para que en el año 2010 se pueda concretar una ley enmarcada en los Derechos Humanos.

En esta Ley de Salud Mental se destacan algunos puntos que abordan y rompen con el anterior paradigma. Enrique Carpintero (2011) menciona cuatro conceptos que son centrales: derechos humanos de los pacientes; el trabajo interdisciplinario, que rompe con la hegemonía psiquiátrica; prohibir la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados (en el caso de los ya existentes se deben adaptar a la nueva normativa hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos); y por último, reivindicaciones democráticas en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales que componen el campo de la salud mental.

La provincia de Santa Fe cuenta desde el año 1991 con una ley específica de Salud Mental (Ley 10772/91) reglamentada en el año 2007 es uno de los antecedentes más relevantes en la provincia, dicha Ley establece que se deben privilegiar para el

tratamiento de las personas las alternativas que menos restrinjan su libertad y a alejen de su núcleo familiar y social, siendo la internación la última instancia terapéutica. A su vez plantea la transformación del modelo custodial por el de un modelo de atención basada en la integración a la comunidad. Además, desde el año 2003 existe una Dirección Provincial de Salud Mental que instituye una política de sustitución de la lógica “manicomial”.

En enero del 2020 la Legislatura de la provincia de Santa Fe sanciona con fuerza de Ley N° 13970 la regulación del ejercicio de la actividad técnica de acompañante terapéutico. Esta Ley resulta indispensable para construir, diseñar, planificar, pensar y re direccionar este oficio ya que ofrece definiciones y principios fundamentales que arrastran significaciones y sentidos acordes a la Ley Nacional de Salud mental antes mencionada, aportando un eslabón más en la cadena de herramientas teóricas y terapéuticas no manicomiales.

Ahora bien, es fundamental destacar en este paradigma que propone la Ley nacional de Salud Mental, el enfoque en Derechos Humanos en el campo de la salud. Al respecto Alicia Stolkiner (2005) dice que:

El derecho a la salud ha sido una de las premisas de la salud social latinoamericana y esta ha cumplido un papel importante en la tarea teórica y política de de-construir los postulados de los discursos dominantes en el campo de la Salud (Stolkiner, 2005, p.1).

Queda claro aquí, que la autora concibe los Derechos Humanos como el producto de una particular coyuntura histórica donde se pueden ver las condiciones de poder en que surgieron, es decir el mundo de representaciones de la modernidad en occidente. Estos derechos se gestaron en diversos momentos, incluso en situaciones contradictorias. En este sentido es importante poder ligar los Derechos Humanos al debate sobre el derecho a la salud como sistemas universales de acceso a la salud gratuito, y no a un sistema que comercializa la salud como un servicio de acceso pre-pago.

Es necesario, en este punto, mencionar nuevamente la ley de salud mental, principalmente sus artículos nro. 3 del capítulo II y el artículo 8 del capítulo V ya que ofrecen conceptos valiosos para pensar en estas prácticas que se ajustan a las normativas actuales. El artículo 3° señala que en el marco de la ley se reconoce a la salud mental como un proceso que se determina por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y sostenimiento implica una dinámica de construcción social que está en relación a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

A su vez el artículo 8° menciona que se debe promover que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios compuesto por profesionales, técnicos y otros actores capacitados con la debida acreditación pertinente. Se incorporan las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, y otras disciplinas afines.

Estos dos artículos proporcionan coordenadas que permiten ubicar al dispositivo de acompañamiento terapéutico como una real alternativa al paradigma manicomial que además está enmarcada como una política pública acorde al paradigma de derechos humanos. El acompañante terapéutico adquiere una robustez en su posición como actor en el campo de la salud mental, esto se ve reflejado en su potencial para crear, coordinar, sostener y fomentar redes de trabajo terapéutico. Esto marca una diferencia total a la posición de auxiliar que lo sitúa en una mera posición de “ejecución” de planes o estrategias definidas de ante mano y prescindiendo de su participación para las mismas. Este cambio de posición resulta más pertinente para abordar en un orden las complejidades propias a toda intervención en el campo de la salud mental. La

intervención del acompañante terapéutico tiene que poder ordenarse a partir de la lectura y problematización que surgen de una situación singular y desde la especificidad de su posición clínica, es decir, no subordinar su posición a jerarquías que estén por fuera de un lazo trasferencial con el paciente, esto contribuye a no objetivar al usuario de salud mental más allá de un diagnóstico, de la decisión de una internación o de las mejores intenciones terapéuticas.

A pesar de estas legislaciones nacionales y provinciales, aún quedan a nivel nacional un importante número de instituciones totales (Goffman, 2004) que conllevan a la segregación de personas con padecimiento mental. Un factor importante en la degradación de las condiciones de la práctica de acompañamiento terapéutico proviene históricamente del trabajo dentro del ámbito de las internaciones, allí donde priman las necesidades de las instituciones por encima de los postulados de la Ley de Salud Mental. Esto impide que las intervenciones terapéuticas se constituyan como un proceso real hacia re vinculación social del paciente y materializan una dificultad ética que se debe problematizar en todos los ámbitos y prácticas del campo de la salud en general. Si se lleva adelante un diagnóstico a modo de estado de situación, serviría para poder actualizar las necesidades, recursos, y estrategias sustitutivas de las instituciones de control social y de dispositivos diversos de salud mental. De esta manera podrán ser garantizada más efectivamente la atención a través de redes, monitoreadas y auditadas por consejos comunitarios, por ejemplo; participación social imprescindible para producir también efectos en las representaciones y significaciones sobre la salud mental; redes que potencien las estrategias colectivas y colaborativas, no jerárquicas ni autoritarias dominadas por el supuesto saber-poder y aporten en intercambios de información, de propuestas de acción, de alternativas con otro nivel de eficacia.

Es posible considerar al acompañamiento terapéutico como un verdadero analizador en relación a las dificultades de fondo que conllevan al complejo cambio de paradigma que se propone como un verdadero desafío.

Foucault (1973) brinda ciertas nociones que permiten conformar una idea más acabada al respecto de esta lógica medica psiquiátrica, en *El poder psiquiátrico* dice:

diagnóstico absoluto y ausencia de cuerpo, todo esto hace que la liquidación de la crisis médica que la medicina podía permitirse a causa de la anatomía patológica no fuera posible en los dominios de la psiquiatría. El problema de la psiquiatría va consistir precisamente en constituir, instaurar una prueba o una serie de pruebas tal que puedan responder a la exigencia del diagnóstico absoluto: una prueba tal que dé realidad o irrealdad, que inscriba en el campo de la realidad o descalifique como irreal lo que supuestamente es la locura (Foucault, 1973. p.106).

Lo que plantea Foucault al respecto del problema de la psiquiatría fue disparador para los planteos de Goffman quien analiza instituciones como manicomios, prisiones y conventos, y allí describe lo que denomina "instituciones totales". Souza Campos (1997) realiza una analogía con esta idea, habla de "enfermedad total". Al respecto dice que en el campo de la medicina ocurrirá un apagado de todas las dimensiones existenciales y sociales del sujeto padeciente, la enfermedad lo cubrirá como una segunda piel, formando una nueva identidad. De esta manera los sujetos perderán sus investiduras y cualidades, dejarán de ser viejos, jóvenes, madres, padres, trabajadores, jubilados o desempleados, músicos, etc y pasarán a ser enfermos de tal o cual patología. Entonces poco importará abordar estas patologías desde uno de los componentes distintivos de cada persona, de sus formas de existir.

Si se introduce el concepto de subjetividad, permite agudizar una mirada capaz de orientar analíticamente la articulación entre lo institucional y lo personal en el accionar de las prácticas transformadoras dentro de una institución total manicomial.

El campo del psicoanálisis pone el acento en los condicionantes propios de los procesos intrapsíquicos sobre la configuración de la subjetividad.

Silvia Bleichmar (1999) habla de que en los primeros tiempos de la vida se configuran los anclajes articuladores de la subjetividad, precisamente en el encuentro con otro significativo. Esa matriz de inter-juego es considerada fundante de la subjetividad y favorecedora del encuentro futuro con diversos otros, con los cuales se experimentará la posibilidad de vivenciar creativamente, pensar y construir colectivamente, o en el extremo contrario, someterse alineadamente.

Galende analiza la categoría de subjetividad, la misma no puede ser entendida desde una psicología estática, como tampoco las relaciones entre sujeto y cultura pueden ser comprendidas desde la idea de una subjetividad inmanente y una cultura atemporal: "Ambos, subjetividad y cultura, son procesos conjuntamente determinados, inestables, cambiantes, que mutuamente sostienen la vida social del individuo, los modos en los cuales los individuos realizan su interacción práctica y dan significados y valores a su experiencia." (Galende, 2008. p. 77).

Siguiendo a Souza Campos (1997) se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento e intervención, se pretende, también incluir al sujeto y su contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la clínica.

Se trata de una ampliación, no de un cambio del objeto estudiado, a partir del cual se complejiza el campo de responsabilidades para la clínica. Una especie de síntesis entre el sujeto y su dolencia.

Al respecto de la constitución del saber médico-clínico Foucault (1989) dice que la medicina imagina la existencia de una clínica única y totalizadora que responda a los ideales éticos de la ciencia. Describe además algunas características que definen ese proceder médico, a saber: la responsabilidad del clínico está puesta en la enfermedad, nunca en la persona que está enferma; el abordaje terapéutico está enteramente volcado a la noción de cura; existen una multiplicidad de especialidades que dan como resultado la fragmentación del proceso de trabajo en salud. Esto se traduce en un alto grado de alienación de sus agentes, alejamiento, desinterés, fijación en procedimientos técnicos normalizadores y reproducción automática de los mismos.

Entonces, de todas formas, la medicina en general y las disciplinas que derivan de ella siguen siendo un gran influyente en el imaginario social. La clínica médica oficial sigue siendo un espacio donde se depositan e invierten afectos y esperanzas, esto quizás sea porque históricamente los médicos son presentados ante la sociedad como los únicos y legítimos adversarios de la muerte y el sufrimiento.

II. Acompañamiento Terapéutico y Psicoanálisis.

¿Por qué un acompañamiento terapéutico se ajusta a práctica/método psicoanalítico?

Se puede pensar a un dispositivo de acompañamiento terapéutico, tomando las ideas de Benedetti (2013), como una intromisión en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella, que actúa y hace actuar, desencadenando una serie de expectativas, consecuencias y posibilidades ligadas a las representaciones, a una construcción simbólica que implica una nueva huella o marca sobre aquello en lo que se interviene.

Es posible agregar a estas ideas que el trabajo de acompañamiento puede ajustarse a las coordenadas de un tratamiento psicoanalítico convencional en el cual se

pone en juego las manifestaciones del inconsciente, propias de la emergencia de un sujeto, propias de una historia.

¿A qué se hace referencia cuando se habla de acompañamiento terapéutico, de intervención y dispositivos clínicos, de clínica interdisciplinaria en salud mental y con qué categoría de sujeto se sostiene esa práctica?

Edith Benedetti (2013) al referirse a la noción de intervención la describe como un *venir entre* (2013), una modalidad de presencia que interroga y pone en cuestión lo establecido en un tiempo y espacio determinado. De esta manera entiende que las intervenciones en tanto espacio, lugar y momento son un constructo artificial. Por lo tanto, reconocer su artificialidad es reconocer su desnaturalización y potencial de herramienta terapéutica. Como se menciona en el apartado anterior, es en este punto donde se encuentra la mayor tensión para la figura del acompañante terapéutico, si permanece como un mero auxiliar de una estrategia que lo precede o como parte de un equipo interdisciplinario como promueve la Ley de Salud Mental. El punto nodal de esta distinción se halla en que, si se permitirá o no al acompañante terapéutico poder interrogar las demandas que parten del equipo, elaborar estrategias o maniobras que quedan por fuera de toda planificación prefabricada de antemano, poder identificar y resolver situaciones por sí sólo sin requerir la autorización de algún otro profesional de mayor jerarquía.

Pensar en una intervención en el campo de la salud mental implica pensar en el concepto de dispositivo que propone Michael Foucault, un dispositivo es de naturaleza esencialmente estratégica que supone cierta manipulación de relaciones de fuerza, para desarrollarlas en una dirección concreta, para anularlas o quizá que sigan su curso de manera estabilizada: “son máquinas para hacer ver y hacer hablar” (Foucault, 1987, p.63). La utilidad de la noción de dispositivo radica entonces en la concepción de éste como aquellas relaciones de fuerza que se tienden de manera estratégica, partiendo de una racionalidad específica que persigue un objetivo claro y puntual, cuya puesta en marcha no es en sí misma ni positiva ni negativa, sino en función de los propósitos que persiga. El dispositivo mismo es la relación que se establece entre los elementos.

En este punto es indispensable retomar nuevamente de manera breve sobre lo que se trabajó en el apartado anterior, es decir, concebir al dispositivo de acompañamiento terapéutico como práctica e intervención interdisciplinaria alternativa al manicomio, para pensarla en clave de época y los distintos escenarios posibles para una intervención. En este sentido, se trata de comprender la complejidad de la trama discursiva de los usuarios de salud mental que se presentan, así como también ciertos condicionantes institucionales, políticos, históricos y sociales que intervienen e influyen en las decisiones de la trama de la práctica. A partir de la necesidad de dar respuesta a la gran demanda en sus diversas y complejas presentaciones resulta apropiado atender a lo singular desde lo plural, pensar el escenario de la intervención surge de la necesidad de conocer de manera más amplia su contexto, en la singularidad y la heterogeneidad de la situación. Esto deviene entonces en una acción cargada de sentidos en función de las características materiales y simbólicas, de la singularidad subjetiva y de los profesionales que intervienen. Ya no es posible acotar el escenario de las intervenciones en salud mental a los establecimientos hospitalarios o el consultorio privado. Sobre todo, porque el trabajo al que se apunta es la desmanicomialización. Desmanicomializar no es sólo dejar de internar, sino también, construir nuevos lugares o espacios para que aquellos que han sido marginados, encerrados o segregados por la sociedad por su condición de “loco” puedan tender lazos sociales.

Besson (2014) plantea que el acompañamiento terapéutico, desde una perspectiva clínica, no se reduce a un acompañamiento pasivo. Su importancia radica en poder aportar a una transformación de los estados de padecimiento psíquico. Esto se sostiene en una posición activa y condicionada por una lectura en situación, con la finalidad de

producir modificaciones, no solamente en la persona con padecimiento mental, sino también en su contexto de vida que encuadra su padecer.

Desde su participación en escenarios variados y en sí mismos variables, el acompañante adquiere una movilidad que condiciona, a su vez, el contenido y la modalidad de los recursos que dispondrá el acompañado. Esta disposición se orienta a reorganizar *in situ* la realidad compartida, siendo ésta a su vez, una ocasión para reconfigurar el registro psíquico dado hasta el momento. Es por esto que el acompañante no es otro cualquiera, sino alguien capaz de situarse como un semejante con la posibilidad de trabajar con la exclusión y el dolor producido por ésta. Este tipo de vínculo terapéutico sin dudas se ajusta o más bien se encuadra dentro de un marco transferencial. El trabajo transferencial del acompañante terapéutico, tomando este término de la teoría psicoanalítica, configura el encuentro entre el paciente y la persona que oficia de acompañante, esto quiere decir que este último es susceptible de proyecciones que el paciente pone en juego en esta relación, como sostiene Dylan Evans:

la transferencia también como un factor positivo que ayuda al progreso de la cura. El valor positivo de la transferencia reside en el hecho de que proporciona un modo de confrontar la historia del analizante en la inmediatez de la relación presente con el analista; en el modo de relacionarse con el analista, el analizante repite relaciones anteriores con otras figuras, especialmente la de los progenitores. (Evans, 2005, p. 191)

Hacer uso estratégico de dicha relación transferencial le plantea al acompañante la necesidad de preguntarse por su posición, sus afectos en juego, así como los efectos que produce.

Incluso se puede pensar en otra dimensión del lazo transferencial entre paciente y acompañante terapéutico, la dimensión social, en este sentido Freud en "Psicología de las masas y análisis del yo" plantea:

La relación del individuo con sus padres y hermanos, con su objeto de amor, con su maestro y con su médico, vale decir, todos los vínculos que han sido hasta ahora indagados preferentemente por el psicoanálisis, tienen derecho a reclamar que se los considere fenómenos sociales. (Freud, 2008, p. 67)

Ahora bien, para pensar el acompañamiento terapéutico desde esta perspectiva, lo social implica que el otro cuente y poder contar con otros. Pero esto no está garantizado por la mera presencia de otro individuo cercano, en un contexto social mínimo como podría ser un grupo de pares, una familia. Lo social en esta acepción que describe Freud no se reduce a la ubicación al interior de un colectivo socio-cultural, sino al fenómeno de que el otro siempre cuenta para un sujeto. Para pensar esta conceptualización freudiana de lo social, es pertinente subrayar la idea de que el otro cuenta para el sujeto en lo que posee de singular, y esto es condición para habitar el mundo en común. No hay un mundo compartido sin otro, pero otro que cuente, no solamente que coexista.

El acompañante terapéutico puede entonces producir desde los modos más creativos y múltiples, un aporte de regulación o rectificación subjetiva en un amplio sentido, como pueden ser las dimensiones del espacio y tiempo para el armado de la cotidianidad, así como la reconstrucción de lazos familiares y sociales, ofreciéndose como soporte para el despliegue de identificaciones, proyecciones o simples comparaciones que serían imposibles en un contexto de encierro y/o segregación social. Cabe aclarar que esta posición no supone la realización de un ideal determinado, incluso cuando el acompañante ofrezca más que otros integrantes de un equipo, sus rasgos personales, llegando por esto mismo a ser considerado en algunas circunstancias como un amigo. Es que la posición del acompañante puede definirse como cercana a la figura

de un amigo, distinguiendo así su tarea a la de un custodio, cuidador u otra figura más relacionada a los cuidados o contención sobre el cuerpo, propias de instituciones manicomiales. En este sentido, el acompañante no es el garante de una adaptación social supuestamente exitosa. En todo caso desde su oficio, intenta potenciar las posibilidades de armar nuevos lazos y redes de contención de quien por alguna particularidad de su padecer, lo convoca como herramienta que posibilita, sin perder de vista la demanda singular producida en cada encuentro transferencial.

Al respecto Cavagna (2015) menciona que el acompañante terapéutico se inserta en la vida cotidiana del enfermo, ya sea en su domicilio, o de forma ambulatoria. Se trabaja en un nivel vivencial, no interpretativo, en el marco de un equipo interdisciplinario siguiendo las consignas acordadas. Este enfoque de mínima distancia y gran disponibilidad afectiva, favorece a una mayor eficiencia terapéutica.

En concordancia con lo anterior Cavagna (2015) plantea que el acento de la eficacia de esta alternativa terapéutica está puesto en el contacto personal entre el acompañante y el paciente. La historia antigua del abordaje de la locura marginó al enfermo de diferentes maneras con recursos poco terapéuticos, produciendo un efecto de segregación social, transitando el camino de la incertidumbre y del encierro, hasta que sucesivas innovaciones políticas y sociales modificaron su abordaje hacia la re-vinculación con lo familiar y lo comunitario.

Con este nuevo encuadre se observa la eficacia del abordaje de tipo vincular. Los profesionales de salud mental necesitan implementar técnicas nuevas ante la demanda de un contacto personalizado, allí nace la necesidad de un nuevo agente de salud mental que pudiera absorber esta tarea. De esta manera el acompañamiento terapéutico aparece ante las nuevas exigencias que se plantean al abordaje contemporáneo de la salud mental.

III. Práctica entre varios, una exigencia clínica.

El concepto de práctica entre varios surge en Bruselas en 1974 como resultado del trabajo en la institución *Antenne 110* especializada en casos severos de autismo y psicosis en niños y adolescentes.

Benedetti (2013) hace mención a la práctica entre varios que tiene su origen en el campo de la clínica psicoanalítica de la mano de Jacques Alain Miller con la denominación de práctica entre varios. Ella utiliza este concepto, por nombrarlo de alguna manera, para pensar la una orientación clínica en el trabajo institucional para el abordaje de las toxicomanías y consumos problemáticos.

Esta perspectiva clínica se inscribe en las diversas formas de prácticas que se inspiran en el psicoanálisis, su especificidad radica, según Di Ciaccia (2010), en el hecho de que este enfoque se aleja de otros paradigmas de lectura psicoanalítica, sobre todo de aquellos en los que se enfocan en determinado desarrollo normal del psiquismo, pero dejando de lado las denominadas estructuras clínicas. Siguiendo a Di Ciaccia, que en los inicios de esta experiencia clínica y teórica supervisaba su trabajo todas las semanas con Jacques Lacan, aunque lo traumático pueda llegar a ser el resultado de un encuentro contingente, es decir que se lo pueda ubicar en la historia de una persona, su ser de sujeto, según Lacan no es efecto de la historia sino es un efecto de la estructura subjetiva. La discrepancia entre lo imaginario, o sea el yo, y la instancia simbólica; el sujeto, es la demarcación de una concepción diferente del psicoanálisis que va a tener como consecuencia ineludible dos prácticas clínicas distintas.

Para esta perspectiva a la que se hace referencia, en la institución no se practica la "cura", no se llega a ella desde el lado de la institución o del equipo, como algo preestablecido, sino que se aproxima a ella desde el lado del paciente. Como dice Di Ciaccia, la primera de varias condiciones es la demanda, para que un análisis sea una

experiencia del inconsciente, funcional y operativa. Si esto no ocurre, el dispositivo psicoanalítico no funciona. Incluso al montar una escena clásica de consultorio, se podrá simular que eso funciona, pero no se pondrá en marcha el discurso analítico. Se despliegan discursos como el del amo y el universitario, pero enmascarados con fachadas psicoanalíticamente correctas.

La práctica entre varios entonces responde a una exigencia clínica pero también a una exigencia de parte del paciente. Se basa en el *partnership* (Di Ciaccia, 2010) de cada miembro del equipo terapéutico de la institución y sus respectivas responsabilidades. El término *partnership* puede entenderse como compañerismo o asociación de los miembros del equipo. Es lo intercambiable de los miembros del equipo como *partenaire* del sujeto que sufre, esto intercambiable depende estrictamente de lo particular de cada sujeto con padecimiento mental.

Es un lugar sostenido por el binomio constituido por los semejantes, es decir los Otros a nivel de lo imaginario y el Otro simbólico, pero no se sostiene con este Otro simbólico ligado al goce. De lo que se trata es de hacer operativo al Otro de la palabra, o sea, lo simbólico pero agujereado/barrado en relación al exceso de goce. Entonces, tenemos la palabra agujereada que es correlativa al lugar de un Otro, pero regulado por el simbólico y limitado en cuanto al goce. Se parte de tratar de tener en claro la estructura del paciente y cuál es su Otro.

Esta propuesta teórica se constituye como una herramienta que puede ser muy útil para pensar lo institucional en la intervención clínica de un dispositivo terapéutico, según López Ocariz (2014), el acompañamiento terapéutico como práctica clínica especializada en situación implica ampliar la mirada más allá del problema en coordenadas psicopatológicas, es decir, poder revisar el sentido de las intervenciones, de escuchar los discursos que atraviesan los sentidos, repensar el encuadre y los escenarios posibles en los encuentros con la persona con padecimiento mental. Para esto es posible incluir a todos los actores institucionales y poner en juego sus roles para constituir esa práctica entre varios.

Benedetti (2013) al respecto dice que la práctica entre varios implica cuestionar las posiciones que ocupan los trabajadores de salud mental en un dispositivo, la posibilidad de examinar los sentidos que circulan, reflexionar sobre nuestros discursos, en definitiva, buscar nuevas significaciones que produzcan nuevos conocimientos que a su vez generan cambios y rectificaciones subjetivas en los usuarios de salud mental. Esto nos hace pensar que nada quedará como antes, es decir, en el mismo estado. Indefectiblemente este planteamiento conlleva a un cambio en la mirada que cada sujeto interviniente hace de la situación. Poder entender, relacionarse, leer determinadas situaciones de una manera distinta permite reconocerse dentro o fuera de la escena del dispositivo de acompañamiento terapéutico.

Los abordajes más ligados al campo del psicoanálisis permiten pensar a una categoría de sujeto, o más bien, una relación de sujeto a sujeto del inconsciente. Esto está en concordancia con la idea de poner en cuestionamiento los sentidos y significaciones que tienen su origen en el paradigma manicomial.

Di Ciaccia (2010) dice que el sujeto del inconsciente no es posible de reducir a ningún dato biológico. El sujeto humano es el efecto de un particular materialismo, es decir el lenguaje, dicho de otra forma, es efecto de lo simbólico. Esto quiere decir que el lenguaje no inviste al cuerpo para modelar, sino que es modelado por el goce.

Para el psicoanálisis la subjetividad es un concepto fundamental que se refiere a la construcción de la identidad personal y la experiencia subjetiva, y que está influenciada por las relaciones interpersonales, las experiencias vividas y el inconsciente. Entonces, ¿podríamos articular esta perspectiva que tiene como finalidad la posibilidad de que se produzca una posición subjetiva? ¿Es posible, a través de este dispositivo, que un sujeto

que demanda un abordaje para su padecimiento llegue a rectificar el lugar de sujeto, de sujeto de enunciación?

Se trata de una apuesta en la cual se podría por lo menos estar atento a algunas indicaciones siempre más evidentes de las posibilidades y de los límites de la emergencia de una punta de deseo subjetivado en estos sujetos. Un antagonismo a esto se da en el discurso médico, porque produce una normativización de la vida del paciente, acomodándolo a un orden que pasará por: el diagnóstico, la indicación terapéutica, pronóstico, que le marcará los distintos pasos que deberá seguir, esto produce un borramiento del Sujeto, como Sujeto deseante—.

Resulta imposible dejar de considerar, repensar y hasta inventar nuevos enfoques para las prácticas en salud mental. Esto no releva el hecho de problematizar los conceptos en cuestión a la hora de pensar la práctica clínica e institucional hoy. Es necesario visitar o reinaugurar conceptos conocidos, como si fuera un movimiento que incita a comenzar de nuevo, que altera la comodidad de lo ya establecido. La práctica es un lugar de interrogación, una interrogación que pueda producir quiebres al interior de los saberes.

Conclusión:

En relación a la hipótesis que se planteó en la introducción del trabajo: que una de las formas –que tendría efectos subjetivantes– de abordar la desmanicomialización, es la implementación de un dispositivo de acompañamiento terapéutico que se base en la propuesta de la clínica entre varios de Miller. Después del desarrollo de este trabajo, se puede decir que esto sería posible ya que lo que propone la práctica entre varios, para el abordaje de pacientes con padecimientos mentales, se ajusta al espíritu de cambio paradigmático que propone la ley de salud mental. Además, es acorde al movimiento de desmanicomialización porque opera como una práctica que no restringe derechos y libertades, puede promover la integración familiar, social y comunitaria en el encuentro con el Otro significativo y regulado por una estrategia terapéutica que se condensa en la figura y función del acompañante, quién también puede leer y re trabajar los efectos de su práctica en el marco de un equipo interdisciplinario sin jerarquías de los profesionales que eventualmente pretendan la ejecución de estrategias terapéuticas prefabricadas. Son fundamentales las herramientas que le otorguen al acompañante terapéutico una formación que no se reduzca a la enseñanza de una técnica, le brinden los fundamentos que guíen y posibiliten el armado de un estilo de trabajo propio, como así también en la participación para la gestión, coordinación y composición de un equipo de trabajo interdisciplinario. Pensar en la práctica del acompañante terapéutico en sintonía con la construcción y refuerzo de las redes vinculares con base comunitaria, permite hacer una valoración del hacer privilegiado que subyace de su posición. Esta posición puede generar tensiones con el saber psiquiátrico que Foucault (1874) describe y analiza de algún modo planteando que existe un poder asimétrico e ilimitado de la medicina psiquiátrica, justamente en el control del cuerpo de los pacientes es como la mirada psiquiátrica se extiende, pero también en donde se limita.

También se puede agregar que de este modo se plantea una alternativa concreta y sostenible a la internación en un hospital monovalente. Apuntando también a una práctica humanizante que no aisle .

Se llegó en el desarrollo de este trabajo a la conclusión de que, en el dispositivo de acompañamiento terapéutico, se trata menos de aplicar un saber que ya está de antemano, que un saber que hay que elaborar. Sostener una posición de investigación, de estudio, de cuestionamiento tiene la ventaja de romper las estructuras de conocimientos cristalizadas y atemporales que subsisten a contramano de las nuevas configuraciones subjetivas y correlativas a una coyuntura social determinada. Estar en una posición no jerarquizada entre los actores de salud en cuanto al saber, podría repercutir en poder compartir una misma responsabilidad: la de una respuesta que hay que inventar y el tipo de acompañamiento para asegurar un trabajo posible ante los padecimientos subjetivos y sus presentaciones actuales. El trabajo de un equipo terapéutico entonces podría encauzarse en una apuesta común que, como mínimo punto de partida, se da en la discusión de las hipótesis sobre lo que ha tenido efecto subjetivante y en determinar una estrategia a partir de eso.

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 permite interrogar los siguientes tópicos: los sentidos posibles de los conceptos que convocan a la práctica; sobre cómo se puede pensar los dispositivos terapéuticos, las intervenciones, los distintos posicionamientos sobre la interdisciplina en salud mental a la luz de las subjetividades actuales.

Iniciar, continuar y consolidar procesos desinstitucionalizadores es un desafío que asumen las prácticas contemporáneas en salud mental. Los grupos humanos que conforman equipos de profesionales intervinientes en este campo, son actores y protagonistas de este proceso de cambio que ya lleva casi catorce años desde la reglamentación de la Ley de Salud Mental. En ese proceso se pone de manifiesto no sólo

la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que hagan viables todos estos cambios.

En una época como la presente plagada de transformaciones como, por ejemplo: variaciones en los diversos marcos normativos que hacen a la vida en sociedad e individual, que se derivan de cambios políticos o van hacia ellos, ponen de manifiesto un malestar social que se puede considerar permanente, por ende, no sería posible renunciar a la reflexión sobre la época actual y sus desafíos constantes debido a los efectos que produce en la subjetividad de los ciudadanos. Los profesionales de la salud mental se ven obligados a repensar las instituciones, la clínica, la interdisciplina y las intervenciones posibles que se les ajustan. Se entiende que la política en salud mental debe formar parte del conjunto de las políticas sociales, en el cual el estado debe asegurar y garantizar la cobertura de las necesidades básicas para la integración social de la población. A partir de los sistemas de salud mixtos, como lo es en Argentina, los prestadores de servicios ya sean públicos o privados deberían incluir normativas para todos los subsectores, ya que el éxito en una política en salud mental depende de que la incluya en la agenda de un gobierno como parte de su proyecto. En un sistema de salud dividido en tres sectores (estatal, obras sociales y privados) se hace difícil producir una política de servicios equitativos, quedando así expuestas desigualdades e inequidades.

La Salud Mental es una construcción cultural fundamental en el sentido amplio que el término tiene. Es fundamental en todo accionar político que pretenda construir una sociedad democrática. Es fundamento para todo proceder antimanicomial porque no solamente se encuentra dentro de las instituciones psiquiátricas, sino que se filtra por fuera de sus muros a todos los niveles orgánicos de la sociedad. No cabe duda de que esta postura de la Salud Mental es empresa ardua y el solo hecho de proponerse tales fundamentos, dignifica la relación entre el paciente y quienes lo asisten.

Resulta indispensable entonces garantizar la atención en salud a la mayor parte de la sociedad, asegurar la equidad en los tratamientos como así también la integración de los cuidados de la salud mental en el primer nivel de atención. Aquí entra en relación la creación de políticas para la formación de profesionales de la salud y sumar a sus incumbencias la integración de equipos interdisciplinarios.

Referencias bibliográficas

- Benedetti, E. (2013). ¿Interdisciplina en la intervención clínica?. Apuntes para el trabajo en toxicomanía y adicciones. Buenos Aires: Hospital Nacional de Adicciones.
- Carpintero, E. (2011, enero). La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectiva. *Revista Topía*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>
- de Souza Campos, G.W. (2021). Gestión en salud: en defensa de la vida. EDUNLa Cooperativa. doi: 10.18294/9789874937803 Cap "La Clínica del Sujeto: Por una clínica ampliada y reformulada". Lugar editorial. Edición 2001
- Sigmund Freud (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. Ed Amorrortu
- Bleichmar, S. (1986). En los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Besson, M y López Ocariz, C. 2014. Curso de Acompañamiento Terapéutico. "Pensando en la clínica del Acompañamiento terapéutico desde una práctica situada". Material de Lectura sobre la fundamentación del programa. Rosario
- Cavagna, N. (2015). ¿Qué es el acompañamiento terapéutico?
- Goffman, E. (2004). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Di Ciccio, A (2010). A propósito de la práctica entre varios. Conferenza di Antonio Di Ciaccia sull'autismo e psicosi infantile.
- Ulloa, F (2004). Salud y Enfermedad: Historia y Conceptualización.
- Galende, E (1990). Psicoanálisis y Salud Mental.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. Buenos Aires: Ed Lugar.
- Lacan, J. (1971). Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Layton, L. (2008). ¿Qué divide al sujeto? Reflexiones Psicoanalíticas sobre la Subjetividad, Sujeción y Resistencia.
- Ley N.º 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013. Boletín Oficial, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ley N.º 13970 REGULACIÓN DEL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD TÉCNICA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO. Provincia de Santa Fe.
- Ley N.º 10.772. Ley Provincial de Salud Mental. Provincia de Santa Fe. Decreto reglamentario 2007.
- Stolkiner, A (2005). *Jor. Nac. SM. Interdisc. y SM. Posadas, Misiones, Arg.*
- Faraone, S. Y Otros. Equipos de Salud mental, Instituciones totales y subjetividad colectiva". 2011. Art.
- Foucault, M. (2000). El poder psiquiátrico, curso en el *college de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica de Argentina.
- Amarante, P. 1996. O Homem e a serpente. Editorial Fiocruz, Río de Janeiro.
- Punto de Transmisión (2010). Clínica del acompañamiento terapéutico, ciclo de conversaciones 2010. Edición: Marilina Winik