

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Psicología



Trabajo Integrador Final

“Acompañamiento Terapéutico: una práctica situada”

Autora: María Laura Thomas

Legajo: T- 0988/1

Egresada Responsable: Nadina Caamaño

Rosario

-2018-

Índice

Carátula.....	p. 1
Agradecimientos.....	p.3
Resumen y Palabras claves.....	p. 4
Introducción.....	p. 6
Historización de una novel práctica.....	p. 8
Una práctica situada.....	p 10
¿Función, dispositivo o profesión? La cuestión de la formación.....	p.12
De la necesidad a la demanda.....	p.15
De la incontrolable indisciplina.....	p 17
A modo de cierre.....	p.19
Referencias Bibliográficas.....	p.21

Agradecimientos:

A mi esposo, por el enorme apoyo brindado, en el que pude sostenerme a lo largo del recorrido;

A mis hijos, por soportar mis ausencias y mis pedidos de "bajen el volumen que estoy estudiando"...

A cada uno de esos docentes que, aún sin saberlo, en su transmisión han dejado una huella...

A mi gran amiga y compañera, por todos los momentos vividos durante estos hermosos años de formación...

A cada uno de mis compañer@s por ser parte indispensable en este camino compartido...

Resumen

El presente trabajo intenta constituirse en una reflexión acerca del Acompañamiento Terapéutico en la actualidad como práctica clínica y los fundamentos de su praxis en el campo de la Salud Mental, en tanto dispositivo valioso y necesario en el trabajo con una, cada vez más amplia y heterogénea, gama de problemáticas. Se hará referencia a los tiempos instituyentes de la novel práctica para cernirla en su contexto de época, poniendo de manifiesto la diferencia capital que la separa en la actualidad. Se abordará también la cuestión de la formación del acompañante terapéutico en su heterogeneidad; y fundamentalmente, su inserción en el ámbito privado de la Salud Mental. En relación a dicho ámbito de inserción, se reflexionará acerca de la pregunta: quién demanda un dispositivo de acompañamiento terapéutico, y para qué. Asimismo, se intentará despejar algunas cuestiones en relación a lo dificultoso del trabajo interdisciplinario en Salud Mental en la actualidad. Problematizar, poner en cuestión; es decir, abrir interrogantes en torno a la práctica del Acompañamiento Terapéutico en la actualidad, es el objetivo que vectoriza a éste trabajo.

Por último, el modelo teórico que guía el presente escrito y, a partir del cual concibo la práctica clínica del Acompañamiento Terapéutico, es el Psicoanálisis de orientación lacaniana.

Palabras claves:

Acompañamiento Terapéutico- Formación- Interdisciplina- Psicoanálisis.

*“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda
para contarla.”*

*Gabriel García Márquez,
Vivir para contarla.*

Introducción:

El presente ensayo es producto del encuentro entre la formación académica de la carrera de Psicología de la UNR y la práctica del acompañamiento terapéutico que realizo desde hace algún tiempo, al interior de una institución privada de salud mental. El objetivo del escrito es problematizar el campo de dicha práctica, que concibo como una práctica clínica *situada*. Posición que se fundamentará oportunamente, poniendo de relieve el estado actual de la misma; conforme a mi experiencia en el mencionado sector privado de la Salud Mental. Es decir que, más allá de constituir una condición necesaria para la titulación de grado, este escrito me permite poner de manifiesto aquellas cuestiones que giran en torno a la práctica del acompañamiento terapéutico, en lo que a mi experiencia se refiere, en el ámbito privado de la Salud Mental.

El Acompañamiento Terapéutico como práctica clínica y como parte integrante de los recursos de que se nutre un dispositivo de abordaje en Salud Mental, sostenido por el necesario e ineludible trabajo interdisciplinario, se encuentra con diversas dificultades que pueden ser analizadas desde múltiples aristas que se imbrican necesariamente.

Se comenzará por hacer una breve historización del Acompañamiento Terapéutico en Argentina. Historia que, entiendo, es necesario recuperar, y extraer de ella la fuerza del movimiento en el que se inscribe dicha práctica en sus inicios. A posteriori, iremos abriendo algunos interrogantes en torno a la formación del Acompañante Terapéutico (AT) y su actual situación en el ámbito académico. En este sentido, la pregunta que se impone es: qué incidencia tiene la formación que reciben los futuros acompañantes terapéuticos en la delimitación y especificidad de sus funciones; y qué instituciones brindan, ofertan, dicha formación. En relación a las “funciones” del AT, podemos preguntarnos por ejemplo, quién demanda un acompañamiento terapéutico; y con qué objetivo. Es decir, quién, o quiénes y para qué. Son dos preguntas “*sencillas*” que conglomeran toda una problemática de suma actualidad, porque ello delimita, contornea, determina las funciones del AT en cada caso particular y la especificidad de su práctica.

No menos necesaria, es la pregunta por el lugar que ocupa el AT en el imaginario social en la actualidad. Dicho lugar tiene múltiples efectos en la cuestión de la demanda de un dispositivo de acompañamiento terapéutico; lo cual se vuelve a encontrar, como la cola y la cabeza de la serpiente, con las posibles funciones del AT y su valor de intervención.

Otro de los aspectos que quisiera destacar, es el de la “Interdisciplina” como forma de abordar, alojar, algo del padecimiento humano desde múltiples saberes, cada uno de

los cuales, no agota “*el saber*”. Es decir, que el saber de cada disciplina se constituye como parcelario, como incompleto, en el abordaje de problemáticas subjetivas consideradas complejas por múltiples razones. Se desarrollará más adelante, las dificultades que aparecen a la hora de trabajar interdisciplinariamente, en el sector privado de la Salud Mental. Lo cual deja como una de sus consecuencias el enorme grado de exposición y de responsabilidades que se adjudican al AT, ante la, cada vez más notoria, ausencia de estrategias de abordaje interdisciplinario. Por el lado del paciente, muchas veces, éste se ve sumido en la confusión ante el elemento de contradicción entre los profesionales intervinientes en su padecimiento, producto de la falta de comunicación entre los mismos. Entonces, no sólo estamos aludiendo a la ausencia de trabajo interdisciplinario, sino a, lo que a mi criterio torna más compleja la situación, la completa falta de comunicación entre los profesionales.

El acompañamiento terapéutico es una práctica, en sí misma, compleja. Esta complejidad está dada por la dimensión singular del sufrimiento subjetivo, que resiste a todo intento de generalización, de homogeneización, de coagulaciones estancas en conocimientos previamente adquiridos. El acompañamiento terapéutico requiere de una cuota de invención, de creación, por parte del acompañante terapéutico; quien realiza una labor de artesano, que permanentemente lo confronta con el no- saber.

Por último, la complejidad del acompañamiento terapéutico está dada por el marco del sistema de salud en el que se inserta; el cual se entrama en la red misma de las dimensiones sociales, políticas, económicas, históricas y culturales de época.

Historización de una novel práctica:

Es en el marco de la reforma psiquiátrica de los años cincuenta que la práctica del Acompañamiento Terapéutico encuentra sus antecedentes en Argentina. Ante el encumbrado *poder psiquiátrico*, amparado en el modelo médico hegemónico, con total supremacía sobre la locura y su consecuente encierro, otros saberes, otros discursos, comienzan a alzar su voz; dado que también tienen algo para decir acerca del sufrimiento humano. La apuesta es al modo de abordaje interdisciplinario de aquello que se consideraba inabordable. En un clima de época, eminentemente político, se empiezan a reformular las prácticas en Salud Mental, a raíz de fuertes interpelaciones institucionales. Aquello que, definitivamente, se interpela es *el Saber*. Se produce, de este modo, un movimiento crítico del estatus quo en salud mental, una apertura hacia formas más democráticas de intervención en las problemáticas que atañen a lo insondable del padecimiento subjetivo. Comienzan a problematizarse las prácticas de encierro y la lógica manicomial, ensayándose otras posibles. Es así como se generan espacios novedosos, tales como el *hospital de día*, las *casas de convivencia*, los *agentes comunitarios* y el *acompañamiento terapéutico*. El Psicoanálisis también tendrá cosas para decir acerca del padecimiento subjetivo y se asumirá como discurso que interpela al *poder psiquiátrico* de la época, e integra el movimiento de la *anti psiquiatría*, lo que constituirá el denominado “Campo de la Salud Mental”. El Psicoanálisis hace una apuesta que es ética: apuesta al Sujeto y al Saber que le es inherente. Apuesta al Deseo siempre complicado y escurridizo; y apuesta a la Verdad -subjetiva- que pide a gritos ser escuchada.

El Acompañamiento Terapéutico se inscribe, en sus orígenes, como efecto del movimiento que lo instituye, dando cuenta de determinadas imposibilidades institucionales para abordar las problemáticas de la *locura*. Hacia fines de la década del sesenta, el Dr. Eduardo Kalina, comenzó a formalizar el concepto de “*amigo calificado*” como un recurso utilizado dentro de la práctica psiquiátrica privada. Más tarde fue sustituido por la denominación de “Acompañante Terapéutico” (AT). Este cambio nominal no es menor. Tiene que ver con un viraje que se dio en relación a la función del acompañante, acentuándose lo terapéutico por sobre la *amistad*. Es dable mencionar, que fueron dos colaboradoras del Dr. Kalina, S. Kuras de Mahuer y S. Resnisky, quienes, habiéndose desempeñado como AT, redactaron y publicaron una especie de manual sobre acompañamiento terapéutico, el cual adquiere valor histórico en tanto es el primer intento de cernir y compendiar las funciones del AT. Dicho escrito, se traduce en una clasificación nosográfica a la cual se adjudican para cada patología una serie bien delimitada de

funciones del AT. Este trabajo posee el mérito de ser pionero en la construcción de un nuevo *saber- hacer* en relación al padecimiento subjetivo; pero a mi criterio, pone demasiado el acento en la cuestión del *saber* acerca de dicho padecimiento, por parte del AT; de lo cual se desprende con claridad que el marco teórico que sustenta al citado trabajo es la *psicología del yo*. Sólo para ejemplificar, mencionaré que las autoras proponen, entre las funciones del AT, "*prestar su yo al enfermo*". Retomaré esta cuestión al momento de desarrollar la pregunta por el quehacer del AT y la formación del mismo. Adelantaré que los postulados de las mencionadas autoras, poseen plena vigencia en la actualidad; configurándose en basamento de varios programas de estudio de los diversos cursos que se ofertan en la ciudad de Rosario. Se reflexionará más adelante acerca de ello.

Por último, no quisiera dejar de añadir que el Sistema de Salud Argentino es sumamente complejo, debido a la variedad de sectores que lo integran –público, privado y de la seguridad social- y a la multiplicidad de intereses que se ponen en juego. Sumado a ello, la realidad social, política, económica y cultural, no es menos compleja; por lo que representa un desafío obligado sostener siempre abierta la pregunta por más y mejores respuestas a las problemáticas, siempre cambiantes de acuerdo al contexto histórico, en Salud Mental por parte de todos aquellos que integramos su campo.

Una práctica *situada*:

El referido subtítulo refleja la necesidad de una reflexión teórico-práctica que demarque los fundamentos clínicos y éticos de una praxis que interviene sobre el sufrimiento subjetivo.

Lejos de una simple extrapolación, me permito considerar el Acompañamiento Terapéutico dentro de los fundamentos mismos del Psicoanálisis, como una práctica *situada*. En este sentido, el Acompañamiento Terapéutico se constituye como una *práctica de discurso*, en tanto *hace lazo*. El lazo social es, justamente, aquello que más se halla comprometido en los sujetos que acompañamos. Si queremos apoyarnos, sólo a título expositivo, en una nosografía simplista, diremos que en las psicosis, toxicomanías, depresiones mayores, autismo, entre otras; en todas estas categorías, la coartación del lazo social es expresión directa de la posición de un sujeto en determinado momento de su vida. Leer e intervenir en esta dirección, escuchar la posición de un Sujeto, ubicando sus modos de goce, sin direccionar una cura, absteniéndose de interpretaciones de ningún tipo; en ello reside la condición de posibilidad de situar la dimensión terapéutica en una praxis que halla en su filiación psicoanalítica, una clínica posible, entre otras. En ello reside también la posibilidad de alojar una palabra en *nombre propio*, que muchas veces se encuentra acallada por diagnósticos y por complejos modos de funcionamiento familiar. En relación a esto último, es harto frecuente, vislumbrar que los sujetos acompañados, ponen en *acto* toda una estructura familiar. Poder separar lo que al sujeto le viene del Otro, del discurso del Otro, es un punto nodal en el trabajo con las psicosis, pero no exclusivamente con ellas. Respecto de los diagnósticos psiquiátricos, es una constante que el AT es incluido en un dispositivo de acompañamiento, con posterioridad a un largo derrotero por diferentes profesionales; por lo que el paciente ya *so- porta* un diagnóstico. Intentar que se produzca un desgaste del mismo, implica todo un desafío por parte del AT, ya que la familia del paciente es la primera en dar consistencia al diagnóstico. En este sentido, el diagnóstico se constituye en una intervención que anula la dimensión subjetiva. Si bien, no es posible ensayar a priori cuál o cuáles serán las funciones que un AT desempeñará al interior de un dispositivo de acompañamiento terapéutico, creo que siempre se tratará de construir recursos subjetivantes, de implementar tácticas que colaboren a poner coto a las expresiones sintomáticas que conllevan los distintos modos del padecimiento subjetivo. A menudo, el AT se sitúa como barrera de contención, poniendo su presencia, su cuerpo, al servicio de hacer de borde a aquello pulsional desbordado y a ser puente para que algo, en su repetición, pueda llegar a producir una diferencia. Ello sólo es posible mediante el

artificio de la Transferencia. Este es un punto álgido y problemático. Pensemos o no psicoanalíticamente la práctica del acompañamiento terapéutico, los efectos transferenciales se producen de igual modo; como en cualquier otro modo de vínculo que se establece. Por lo tanto, conviene estar advertido de ello. Ahora bien, en qué registro se produce esta transferencia? En principio, se juega en las coordenadas del registro imaginario. Resulta insoslayable reflexionar acerca de la transferencia y su poder, para no tropezar en la práctica con sus *efectos “no deseados”*. Esto acontece cuando aparece cierto exceso, cierto desborde en el vínculo transferencial; consecuencia directa, por lo general, de estar gran cantidad de horas semanales con el paciente y del tipo de actividades que se realizan con él. Por este motivo, es conveniente que el dispositivo de acompañamiento terapéutico esté integrado por más de un AT. Es en esta alternancia donde se puede dar lugar a la expansión necesaria para el paciente y también para el AT, preservando a ambos de quedar entrampados en los meandros especulares de la transferencia, donde se juegan las simpatías y rechazos. Comprender, en principio, que no es con uno; que el AT, al igual que el analista, ocupa un lugar. Y que es desde ese lugar, precisamente, que algún efecto metafórico puede producirse; algo con estructura de lo inédito.

Dosificar la puesta en juego de la transferencia es tarea obligada y requiere siempre de un trabajo con otros. Para ello, la supervisión es fundamental. Esto es, qué de la subjetividad del AT podría estar incidiendo en el vínculo con el paciente y/o su entorno familiar. Si hablamos de Transferencia, hablamos de suponer un saber a alguien, y ello implica que algo del amor se juega ahí. Tal como indica Lacan, *por definición, a quien le supongo el saber, lo amo*. Sabemos que en el caso de las psicosis, la fórmula puede virar a un *“lo odio”, “me odia, por eso me persigue”*.

Se trata, en esta práctica, de la apuesta a los recursos de un sujeto, que se ubica, a veces, en la tenue frontera entre la experiencia del brote psicótico y la estabilidad. Por ello, conviene estar advertido de estas cuestiones y en esto, el psicoanálisis tiene mucho para aportar a lo que denominamos en la introducción de este trabajo “la formación del AT”. Pasaremos, a continuación, a reflexionar sobre ese punto.

¿Función, dispositivo o profesión? La cuestión de la formación:

Los problemas específicos del acompañamiento terapéutico en toda su complejidad, suponen que, tal vez, exista un abanico de conocimientos que el AT deba adquirir para ejercer su práctica. Esta hipótesis supone, a su vez, que habría un saber-hacer con cada *modo de expresión del sufrimiento subjetivo*. Esta manera, nada ingenua, de concebir la práctica tiene consecuencias directas en la formación que se oferta en la actualidad. Habíamos mencionado, en el breve recorrido historiográfico que hicimos, el primer intento de formalización conceptual del Acompañamiento Terapéutico, en un trabajo que precisaba una serie bien delimitada de *funciones* que debía cumplir el AT; las cuales se cernían en correspondencia con cada uno de los modos de padecimiento abordados. Esta forma de pensar la práctica, entre otras posibles, es sumamente actual. Por lo tanto, en principio, cabe preguntarnos quiénes realizan actualmente la práctica del acompañamiento terapéutico y qué tipo de formación es requerida para ello.

Es indiscutible el notable incremento de la inserción de un AT en los diversos dispositivos de tratamiento en salud mental, aunque no sólo en ese campo, cada vez más heterogéneo y confusamente delimitado en la actualidad; fundamentalmente, en la práctica privada.

Quienes encabezan la lista de aquellos que ejercen la práctica del acompañamiento terapéutico son los estudiantes de la carrera de psicología, tanto de universidades públicas como privadas. Es frecuente que los estudiantes de los últimos años de la carrera, se vuelquen a realizar esta práctica, como así también los jóvenes profesionales; dado que en ello encuentran las primeras experiencias clínicas. Por otro lado, un gran número de AT ha realizado un curso de los tantos que se ofertan en la actualidad, por parte de todo tipo de instituciones privadas que, mayormente, se especializan en brindar cursos cortos que van desde los cuatro meses hasta los dos años de duración. Sumado a ello, existe la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico que ofertan algunas pocas universidades privadas. Esta es la situación actual en la ciudad de Rosario en cuanto a la formación de quienes realizan la práctica del acompañamiento terapéutico.

Aquí es necesario hacer un paréntesis para preguntarnos por el lugar que ocupa la Universidad Nacional de Rosario y, más específicamente la carrera de Psicología, en cuanto a la ineludible y creciente demanda de Acompañantes Terapéuticos convocados desde diferentes ámbitos para integrar dispositivos de trabajo en Salud Mental. El interrogante es: qué respuesta brinda la Universidad ante esta demanda, en cuanto a la formación de recursos que abordan la problemática de la salud mental. Por un lado,

diremos que, desde hace algunos pocos años, se dictan diversos Seminarios Electivos de Pregrado, que son llevados a cabo por profesionales guiados por su deseo y voluntad de compartir su experiencia y lecturas en el área del acompañamiento terapéutico. Dichos profesionales realizan este trabajo de formación de manera ad honorem y sin integrar la nómina de docentes de la Casa de Altos Estudios. Por lo cual, el área clínica del acompañamiento terapéutico no posee inscripción académica en su plan de estudios. Por otro lado, recién este año, 2018, se ofrece desde la Facultad de Psicología, un curso anual de Acompañamiento Terapéutico que es abierto a la comunidad y arancelado. En contraposición a ello, otras Universidades Nacionales del país ofrecen la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico, e incluyen en su currícula de la carrera de Psicología, el abordaje teórico de dicha área. Tal vez sea pertinente, en este punto, reflexionar acerca del lugar vacante que está dejando la Universidad, dado que cuando un lugar queda vacío, alguien probablemente lo ocupará. Esto es una realidad. Ese lugar que la Universidad está dejando vacío, es ocupado por instituciones privadas que, están respondiendo a su manera, a aquello que es una demanda social. Esta vacancia tiene enormes y diversas consecuencias. Entre ellas, y a mi entender, más significativa, que la actividad del AT carezca de marco legal que la regule; por lo cual, no se sabe bien qué es un AT. De ello deviene un sin número de situaciones a las que queda expuesto, entre ellas, la cuestión de los honorarios. Los cuales terminan siendo fijados por cada una de las obras sociales o por las instituciones que brindan dispositivos de acompañamiento terapéutico, quienes retienen un porcentaje de los honorarios que abonan aquellas. Esto, de por sí solo, es una enorme problemática que deja a los AT en situación de precarización.

Volviendo a la problemática de las funciones específicas del AT, aparecen serias dificultades a la hora de delimitarlas. Ello también es consecuencia de lo que mencionábamos en los párrafos precedentes. En este sentido, es preciso sostener la pregunta acerca de cuáles serían los rasgos distintivos del trabajo del AT, y qué es lo que determina la eficacia de sus intervenciones. En relación a éstas, debo precisar que las mismas no proceden de pensamientos *iluminados*, ni de reflexiones de antemano, sino que son consecuencia de la formación previa que cada AT posea; del bagaje teórico de cada AT. Las intervenciones, por lo general, se leen a posteriori. Uno las realiza, y es en sus efectos que pueden medirse. De no producirse aquellos, no habrá habido intervención alguna.

Decíamos que se tiende a pensar frecuentemente que habría una serie de

conocimientos que configurarían “el Saber del Acompañante Terapéutico”, posición a la que responden los numerosos cursos que se ofertan, agregando a su slogan “*bolsa de trabajo*” o “*prácticas con salida laboral*”. Este supuesto *saber del AT*, haría posible entonces, a partir de su aprendizaje y ejercitación, saber de antemano cómo intervenir en “*toda*” situación que pudiera presentarse en la práctica clínica. La idea es sumamente atractiva, pues otorga cierta garantía, sobre todo a familiares y a quienes emprenden el camino de la formación específica del acompañamiento terapéutico. La realidad es diferente, pues toda práctica que se halle vinculada a la problemática de la subjetividad y sus tropiezos, nos conduce indefectiblemente a confrontarnos con la dificultad y con el no-saber de lo irreductiblemente singular de aquello que está en la base del padecimiento psíquico de cada sujeto.

A partir de concebir el acompañamiento terapéutico como una práctica clínica *situada*, la función que un AT desempeñará en un dispositivo resulta casi imposible de definirla a priori, como algo estandarizado y generalizable. De este modo, el lugar que ocupe el AT sólo podrá definirse en función de la estrategia puesta en juego en determinado momento del abordaje de un sujeto. Estrategia consensuada al interior de un equipo de trabajo, en el que cada AT, pueda desplegar las tácticas que le permitan los recursos con que cuenta cada sujeto y su propia formación e inventiva. Esto implica que la formación del AT influirá de manera decisiva en el posicionamiento que asuma en un tratamiento, en el modo de habilitarse a intervenir y en el lugar que esté dispuesto a ocupar. Ahora bien, en la práctica, por línea general, las funciones que cumple un AT en un dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, distan mucho de la concepción esbozada con anterioridad; lo que termina constituyendo un vaciamiento clínico de su quehacer, dejándolo expuesto a cumplir tareas que nada tienen que ver con un a priori terapéutico. A mi entender, los elementos que contribuyen a cierta tergiversación en el modo de discernir las funciones que puede llevar a cabo un AT, son tres: la concepción que tenga quien solicita este recurso terapéutico; el lugar que se le dé desde el equipo tratante a la concepción que tengan los familiares y, por último, cómo concibe su labor el propio AT. Esto nos lleva a situar en cada caso, desde dónde parte la demanda de un Acompañamiento Terapéutico y los fundamentos de la misma, cuestión que pasaremos a abordar en el siguiente apartado.

De la necesidad a la demanda:

En relación directa con las funciones que el AT desempeñará en un dispositivo, se encuentra la cuestión de *quién* solicita su incorporación y *por qué* motivos; o sea, *para qué*. Por lo general, son los profesionales psiquiatras o neurólogos quienes sugieren la puesta en marcha de un dispositivo de acompañamiento terapéutico. Ello conforme a una extensa franja etaria, que va desde los tres o cuatro años de edad, hasta adultos mayores en situación de institucionalización geriátrica. De esta manera, el acompañamiento terapéutico suele ser indicado en forma indiscriminada, por los más variados motivos, confundiéndoselo, a menudo, con el rol de un asistente terapéutico, quien se encarga habitualmente de cuestiones de higiene, con una niñera o cuidador, con un mero paseador o un enfermero, entre las más diversas y disparatadas funciones que se le adjudican; las cuales emanan del imaginario social.

En el terreno de mi experiencia como AT, me han convocado para acompañar a una niña de cuatro años de edad con Síndrome de Down. Cuando consulto acerca de los objetivos del dispositivo, me responden lo siguiente: *hay que llevarla a danza, a la fonoaudióloga y cambiarle los pañales cuando sea necesario*. Se lee entre líneas que detrás de lo referido por el profesional, en cuanto a las funciones a asumir por el AT, han encontrado asidero las necesidades de, en este caso, los padres de la niña; ya que los mismos, no se hallarían en el hogar durante el tiempo del acompañamiento (¿terapéutico?). Este es un ejemplo de la preocupante degradación y tergiversación de las posibles funciones de un AT en la actualidad. A menudo, como en este caso, son los mismos familiares a cargo quienes, de entrada, fijan las “funciones”, acorde a sus *necesidades*. Es harto frecuente que los familiares a cargo tengan como objetivo principal la sustitución de aquello que es insustituible: su presencia, cuidados y afecto. De igual modo, el papá de un joven de treinta años con diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo, a quien acompañé durante un año, me expresa lo siguiente: *yo pretendo que a Juancito lo acompañen cuando se va a dormir. Que lo desvistan, lo tapen y le den un beso en la frente, porque acá las enfermeras no se ocupan*. A tamaña demanda, se interviene respondiendo al familiar que nadie va a poder sustituir la figura paterna en el terreno afectivo. Agreguemos, sólo a título anecdótico, que el mencionado paciente, se halla institucionalizado desde los quince años de edad, en el pabellón de *crónicos severos*, al que ni siquiera accede el personal de la institución.

Con los diversos matices, inherentes al componente de la singularidad de cada núcleo familiar, la situación relatada con anterioridad, conforma casi una constante que excede en mucho al modo de expresión del padecimiento de cada sujeto acompañado y a

las potencialidades del dispositivo de acompañamiento terapéutico. En otra ocasión, en que me hallaba acompañando a un adulto joven de treinta y cinco años de edad, cuyo diagnóstico psiquiátrico fue oscilando entre Crisis de Angustia y Trastorno Psicoafectivo, el papá me solicita, sin ningún tipo de embagajes, que convenza a su hijo para que acepte que aquél tramite el Certificado Único de Discapacidad; dado que se le estaba haciendo muy *pesado* sostener económicamente el tratamiento. Basta con resumir que no se accedió al pedido, fundamentalmente porque no había razón alguna para que este paciente pasara a conformar la larga lista de etiquetados con *discapacidad*. Digamos, de paso, que abonando las necesidades o intereses de familiares, donde el paciente queda en un segundo plano, se encuentran las instituciones cuya actividad principal es proveer acompañantes terapéuticos a modo de delivery.

Bien, aquí se presenta la disquisición que me interesa remarcar entre lo que podemos leer como "*necesidad*" de los familiares, quienes solicitan AT hasta por las redes sociales, y *demanda* como aquello que puede construirse al interior del dispositivo, desde el paciente; no sin el AT, transferencia mediante. Demanda que, una vez perdida la necesidad de los familiares a los ojos del paciente, podría, en algún momento, cuando se *hace-tiempo*, viabilizar algo del orden del deseo de un sujeto. En este punto es donde el dispositivo se transforma en función; donde se sitúa la condición de posibilidad de producir algún efecto-sujeto, que podríamos denominar "*terapéutico*".

El AT es una oferta de lazo, donde se brinda un lugar deseante, que apuesta a alojar, en principio, una palabra en nombre propio. Condiciones necesarias para el despliegue de la subjetividad en un encuentro entre dos. Lacan dice en "La dirección de la cura..." haber logrado lo que en el campo del comercio quisieran lograr tan fácilmente: *con oferta, he creado demanda*. Es decir que, a partir que uno ofrece un lugar, se genera demanda, la cual posibilita que ella devenga en *Deseo*, y con ello la aparición de un Sujeto.

Más allá de las características propias de cada caso y de cuál sea el motivo por el que un AT es convocado a estar in situ, siendo testigo o soporte de lo que acontece, el acompañante deberá hacer algo con eso, deberá tener un deseo que no sea anónimo, una responsabilidad ética con respecto a lo que de esta clínica, lo causa.

De la incontrolable indisciplina:

Se considera el Campo de la Salud Mental como el conjunto de instituciones que alojan las prácticas clínicas; es decir, el campo de lo instituido en Salud Mental.

Tomando como referencia la clínica psicoanalítica, se incluyen las intersecciones con otros saberes, lo cual conlleva a plantear y problematizar la dimensión de la Interdisciplina.

El acompañamiento terapéutico es una práctica compleja, como ya se ha mencionado. Esta complejidad hace necesaria la reflexión inter-transdisciplinaria como aspecto relevante para pensar la especificidad del AT y su trabajo, que es siempre con otros: equipos, instituciones, profesionales de disciplinas diversas, etc. De no ser así, el AT queda sumido en la más absoluta soledad y expuesto a situaciones harto difíciles de manejar, por momentos; ya que se constituye en la figura que, por el grado de cotidianeidad en el que desenvuelve su labor, recaen en él habitualmente todas las demandas. Y, por el lado del paciente, es frecuente que reciba mensajes contradictorios por la falta de comunicación, directamente, entre los profesionales intervinientes en el abordaje de su proceso terapéutico.

En este punto, me interesa rescatar un párrafo de Alicia Stolkiner:

“La interdisciplina 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 dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”. (1987, p. 315)

Teniendo en cuenta lo mencionado, la interdisciplinaria integraría los aportes de cada profesional, de modo que no se planteen intervenciones aisladas y fragmentadas, sino que se articulen en un proceso flexible, dinámico y personalizado, capaz de considerar las necesidades de cada individuo y la situación particular que éste atraviesa en cada momento del proceso.

Es, a mi criterio, imperioso promover la coordinación en las intervenciones terapéuticas para lograr criterios comunes. Así, con la intersectorialidad, al incluir la coordinación y cooperación de distintos actores, puede conseguirse una optimización de los esfuerzos y recursos. Sin embargo, esto no se logra sin un trabajo sostenido y constante.

En este proceso es fundamental mantener la identidad y la especificidad disciplinaria para, desde allí, establecer enlaces y relaciones. De esta manera, se

hace necesario reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, sin considerarlas como unívocas y omnipresentes.

A modo de cierre:

El presente trabajo se constituye en apenas un pequeño esbozo que intenta rozar la problemática del acompañamiento terapéutico en la actualidad, cernida al ámbito privado de la Salud Mental; dado que es desde ese espacio de donde recojo mi experiencia.

Del recorrido me interesa destacar, el potencial para producir efectos subjetivantes que tiene el recurso del acompañamiento terapéutico cuando es llevado a cabo como una práctica clínica, como una clínica del caso por caso, dentro de una estrategia de abordaje en Salud Mental. Podría definirse así, la referencia de la clínica en un sentido amplio, a la asunción de la pregunta por la causa del sufrimiento humano y la búsqueda de una respuesta terapéutica. Dicha pregunta tiene un devenir histórico, en cuyo tránsito produce escrituras y transcripciones propias de cada contexto y coyuntura. En este sentido, el acompañamiento terapéutico se inscribe, en tanto estrategia en salud mental, como un recurso que aporta de modo creativo, y siempre desde un sostén teórico, a la problemática del padecimiento subjetivo, allí donde otros recursos no han resultado suficientes. Lamentablemente, no siempre es así en la actualidad, donde a la figura del AT se la degrada desde múltiples aspectos, que ya hemos enunciado. Entre ellos, a mi criterio, que carezca aún de marco legal, contribuye al mal discernimiento de sus funciones y a la concomitante precarización de sus honorarios. De hecho, la mayoría de quienes se desempeñan como AT en un dispositivo de salud mental, son psicólogos o estudiantes avanzados; y tanto las obras sociales, como las coberturas de medicina prepaga y el Estado como un *prestador* del servicio público de salud, fijan sus honorarios de manera harto asimétrica respecto de la consulta psicológica. En este sentido, decíamos más arriba que el sistema de salud argentino es sumamente complejo debido a la variedad de actores que lo integran; y a ello sumamos, la multiplicidad de intereses que se ponen en juego. En la misma línea de elucidación, cabe poner de relieve que quienes tienen más posibilidades de acceder a este recurso terapéutico, son quienes poseen los recursos económicos para costearlo; ya sea en forma particular o por medio de obras sociales o coberturas de medicina privada. En ese contexto, el acompañamiento terapéutico se viene indicando de manera indiscriminada, en lo que a mi experiencia respecta, quedando por fuera de este beneficio un grueso poblacional que depende de la cobertura pública en salud mental. Lo que no implica que no la haya; pero sí en menor cantidad; lo cual se torna en un indicador más de la salud como una mercancía, en desmedro de la salud como un derecho.

En esta concepción liberalista de la salud podemos hallar la siguiente paradoja, que da cuenta de los intersticios por donde puede operar otro discurso presto siempre a fisurar el estatus quo. Oferta y demanda: dos operaciones sobre las que se cimienta la lógica de la economía de mercado, inherente al discurso capitalista. El psicoanálisis, tomando prestado los elementos discursivos de su época, logra subvertir la cultura que lo vio nacer. En este sentido, el Analista; como así también el Acompañante Terapéutico, oferta una escucha, para dar lugar a que se construya una *Demanda*, *Transferencia* mediante, que, a su vez, habilite un *decir* que posibilite poner en juego algo del orden del *Deseo* de un *Sujeto*, fisurando aquello que obturaba su aparición.

Referencias Bibliográficas

- Kuras de Mahuer, S. y Resnisky, S., Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos. Buenos Aires, Trieb, 1985.
- Lacan, J. Seminario 3 Las psicosis (1955-6). Buenos Aires, Paidós, 2013.
- Lacan, J. [1958]. La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2* (p. 598). DF, México: Siglo XXI, 2009.
- Lacan, J. (1958-9) Seminario 6 El deseo y su interpretación. Buenos Aires, Paidós, 2016.
- Lacan, J. *Seminario 8 La Transferencia*. Buenos Aires, Paidós 2003.
- Lacan, Jacques, “Breve discurso a los psiquiatras”. Inédito.
- Manson, F.; Rossi, G.; Pulice, G. y otros (Compiladores); Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico, Buenos Aires, Polemos, 2002.
- Pulice, G. Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva, 2011.