



Universidad
Nacional
de Rosario

FACULTAD DE PSICOLOGÍA TRABAJO

INTEGRADOR FINAL

Acompañamiento Terapéutico: una apuesta de trabajo en el abordaje de los consumos problemáticos

Modalidad: Ensayo

Autor: Salvucci, Bruno

Legajo: S – 5342/2

Docente responsable: Mg. López Ocáriz, Cecilia -2021-

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a los docentes que me acompañaron en este tramo final, quienes con sus conocimientos y calidad humana me guiaron a través de cada una de las etapas de este Trabajo Integrador Final para alcanzar esta meta tan ansiada.

También quiero agradecer a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para estar hoy acá. Gracias por la Universidad pública, gratuita y de calidad.

Quiero agradecer a mi familia por apoyarme en todo momento, especialmente a mis padres y a mi *le/la* por darme la oportunidad y brindarme las mejores condiciones para estudiar y formarme.

Por último, a mis compañeros y compañeras: sin dudas que este camino hubiese sido mucho más arduo sin ellos.

Muchas gracias a todos.

	1
ÍNDICE	
Resumen y palabras clave	3
Introducción	4

Desarrollo	6
Comenzando a caminar: el uso de	
6 sustancias psicoactivas	
La legislación Argentina: primeras	
6 reglamentaciones	
Momento bisagra de paradigmas en pugna	7
La Ley Nacional de Salud Mental: un punto de	
9 inflexión en el abordaje de los consumos	
problemáticos de sustancias	
Dos pasos más allá: el acompañante terapéutico	11
en el abordaje de los consumos problemáticos	
Historizando la práctica del Acompañamiento	
12 Terapéutico: desde el <i>amigo calificado</i> a la	
actualidad	
Eduardo Kalina y el acompañante terapéutico	
13 en el campo de los consumos problemáticos	
Diez pasos más allá: diferentes modalidades	
15 de intervención del acompañante terapéutico	
en el marco de los consumos problemáticos	
Acompañar para prevenir	15
A situaciones diversas, intervenciones	16
diversas: procesos de externación en	
contextos vulnerables	
Inclusión del acompañante terapéutico en el ámbito	
17 de la salud pública	
Sigamos caminando: de la clínica del fracaso a la	17
creatividad, una apuesta de trabajo posible	
Reflexiones finales	
20 Referencias bibliográficas	

22

Las siguientes líneas surgieron a partir del trabajo de quien escribe, como acompañante terapéutico en el campo de los consumos problemáticos. La incomodidad generada por el discurso de algunos profesionales y por el imaginario social de que la clínica de los consumos problemáticos es considerada como la clínica del fracaso, me llevo a indagar que otros modos de abordaje son posibles en este campo y a apostar por el Acompañamiento Terapéutico como un abordaje posible. A partir de rastrear autores actuales que escriben sobre consumos problemáticos y Acompañamiento Terapéutico, se buscó pensar cuáles son las modalidades de intervención del acompañante terapéutico en el trabajo con sujetos que tienen diferentes consumos problemáticos. La modalidad de intervención del acompañante terapéutico en relación a cada caso no podrá determinarse a priori, porque dependerá del tipo y la orientación del tratamiento a partir de la estrategia clínica pensada por el equipo tratante, haciendo además una lectura del lazo transferencial establecido; si bien la modalidad no puede determinarse a priori, este trabajo sistematiza modalidades de intervención que pueden ser valiosas a la hora de pensar esas estrategias en el abordaje de los consumos problemáticos desde la práctica del acompañante terapéutico. Se aboga por un trabajo en pos de la protección de la salud y los derechos humanos, en lugar del castigo y el encierro.

Palabras clave: Acompañamiento Terapéutico – Consumos problemáticos – Abordaje – Intervención

INTRODUCCIÓN

“Ella está en el horizonte —dice Fernando Birri—. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos.

Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré.

¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar.” (Galeano, 2001: 230)

El escritor uruguayo Eduardo Galeano cita en unos de sus libros a Fernando Birri, precisamente al hablar de la *utopía*. Se piensa que no existe una clínica posible con sujetos que tienen consumos problemáticos porque la llamada clínica de los consumos problemáticos es considerada por algunos especialistas y el imaginario social como la clínica del fracaso. Pensar de esa manera es estancarse, dejar de caminar. Si se piensa en clave de época, se podrían pensar intervenciones creativas en las cuales el Acompañamiento Terapéutico sea una apuesta de trabajo posible. Esa utopía debe verse como un horizonte que orienta.

A partir de mi trabajo en el campo de los consumos problemáticos, específicamente como acompañante terapéutico, es que surge el interés por la escritura de las siguientes líneas sobre el Acompañamiento Terapéutico como una apuesta de abordaje de los consumos problemáticos.

El Acompañamiento Terapéutico, desde sus tiempos fundacionales, se constituye como una praxis ética que busca reformular las lógicas manicomiales llevadas a cabo a lo largo de la historia en el tratamiento de personas con sufrimiento subjetivo.

La orientación de la dirección del trabajo podría intentar crear un espacio que posibilite el tratamiento de cada uno en función de su propia historia personal, teniendo como horizonte el deseo del sujeto. Es una apuesta de trabajo posible, la apuesta que se intentará dejar plasmada en las siguientes páginas.

En este trabajo se sitúa la posibilidad de plantear un abordaje posible de los consumos problemáticos respetuoso de las personas y cuya dirección no esté enfocada en el objeto de consumo y/o en su abstencionismo, sino que permita la implementación sanitaria de políticas de reducción de riesgos y daños. El paradigma de reducción de riesgos y daños implica que si alguien todavía consume sustancias psicoactivas o no puede dejar de consumirlas, incluso si alguien no quiere dejar de hacerlo, todavía merece la inversión del Estado para que tenga una mejor calidad de vida. El trabajo del acompañante terapéutico será el de acompañar, desde la modalidad de intervención que se le determine a partir de la estrategia clínica pensada por el equipo terapéutico tratante, a ese sujeto en ese particular momento de su vida, respetando sus decisiones.

El recorrido del presente trabajo comienza con una breve historización acerca del uso de sustancias psicoactivas en la historia de la humanidad y el comienzo de la regulación de los Estados en el uso de dichas sustancias. En la misma línea, se pone en conocimiento la historia de las legislaciones en Argentina con sus primeras reglamentaciones. Se destaca así la importancia de la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones como un punto de inflexión al incluir a las adicciones como parte integrante de las políticas de la Salud Mental, un hito en la protección de la salud y el respeto de los Derechos Humanos, en vez del castigo y el encierro.

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 establece el derecho a recibir el mejor tratamiento posible y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, es decir, aquella que menos restrinja los derechos y las libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Para ello promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Entre ellos, no con tanto énfasis, se nombra al Acompañante Terapéutico. Teniendo en cuenta que “se entiende a los consumos problemáticos como aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan

4

negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales” (Plan IACOP, 2014, Artículo 2), aquí es donde se podría pensar que es importante el acompañamiento terapéutico, como herramienta que puede complementar a la clínica para llegar a terrenos que escapan al consultorio. Se busca aportar un punto de vista que anteponga la atención del sujeto con consumos problemáticos desde un enfoque social, interdisciplinario, con perspectiva de derechos humanos y, particularmente, de la salud mental. A partir de las intervenciones de Acompañante Terapéutico se intentará dar sentido al lazo que se establece con el acompañado, particularmente, con los sujetos con consumos problemáticos en el marco del tratamiento en diversos ámbitos de práctica.

La modalidad de intervención del acompañante terapéutico no debe ser solamente la de rehabilitador de lazos sociales, sino que tiene que estar abierto a la ubicación por parte del profesional que dirige el tratamiento y/o el equipo tratante, en el sentido en que este va a disponer del recurso cuando lo crea necesario y para lo que lo crea pertinente, haciendo lectura del lazo transferencial que se establecerá entre el acompañante y el sujeto.

Para poder posicionarse como acompañante terapéutico en este *caso por caso*,

me pregunto: ¿Cómo operar allí para que aparezca la posibilidad de una pregunta? ¿Cuáles son las intervenciones posibles? Allí donde exista demanda, tendríamos que interrogarnos con el equipo terapéutico estas particulares formas de su manifestación. Es promoviendo el despliegue transferencial como se podría intentar intervenir, al proporcionar el surgimiento de una pregunta. Esto implica suponer una subjetividad velada y apostar a su emergencia, a la emergencia del sujeto.

El Acompañamiento Terapéutico, hoy legitimado en Argentina, dispone de una importante producción teórica y técnica que respalda sus intervenciones, el abordaje del sujeto en la cotidianidad, como así también otros abordajes posibles que se desarrollan en el presente trabajo. Estos temas fueron expuestos a partir del rastreo de autores actuales con el objetivo de problematizar este campo e intentar abordar y marcar abiertamente una modalidad de intervención posible del acompañante terapéutico en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias.

DESARROLLO

Comenzando a caminar: el uso de sustancias psicoactivas

La historia del uso de sustancias psicoactivas se remonta a los orígenes de la humanidad y a lo largo de ella las mismas sostenían sentidos muy diversos como, por ejemplo, ser vehículos hacia lo sagrado o facilitadoras del vínculo social. Es así que no en todas las épocas ni en todos los lugares fue percibido siempre como problema.

Federico Pavlovsky hace referencia en uno de sus libros al uso de estas sustancias a lo largo de la historia: “la humanidad ha experimentado con sustancias psicoactivas desde hace miles de años con fines litúrgicos y religiosos, pero también con una finalidad puramente recreativa” (Pavlovsky, 2019: 24).

A lo largo de los años, la relación de los sujetos con las sustancias fue variando. La transición de la modernidad a la posmodernidad trajo consigo cambios que pusieron en

cuestión las diferentes maneras que los sujetos tenían de relacionarse con la sociedad. El uso de drogas pasó a formar parte de una práctica individual que refería a la predilección por determinados productos.

La denominación de *fenómeno de las drogas* o la visión del uso de sustancias psicoactivas como problema en Occidente, se construyó a partir de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, principalmente por medio de argumentos políticos, jurídicos y médicos, pero también por discursos ideológicos y morales, que son la base de dichos argumentos. Se hizo presente la voluntad de los estados para intervenir en esos consumos.

Eva Tabakian comenta al respecto:

Según sea el marco y la referencia cultural de una determinada sociedad, la utilización y la administración de las drogas para uso individual o colectivo está pautada por las variaciones que esas sociedades y épocas aceptan como posibles. Del mismo modo, la prohibición está determinada por los usos y costumbres, y es modificada según la moral de los distintos tiempos. (Boiero, 2016: 7)

Si se rastrea el origen sociopolítico de la concepción del uso de sustancias psicoactivas como problema o fenómeno, se puede situar en Estados Unidos el avance en la segunda mitad del siglo XIX de sectores que condenaban el uso de esas determinadas sustancias que se identificaban con algunos grupos rotulados como *peligrosos*, generalmente grupos de migrantes y de sectores marginales.

La legislación Argentina: primeras reglamentaciones

En Argentina, en la década del 1920, el Estado empezó a intervenir por medio de medidas abstencionistas y leyes de control antidroga cada vez más severas que penalizaron y siguen penalizando aún el tráfico y el consumo de sustancias, las cuales se fueron declarando progresivamente ilegales. La visión que se venía sosteniendo en ese entonces era la del consumidor de sustancias como vicioso, contagioso, enfermo.

A principios de 1920, hubo un importante movimiento que incluía a la policía y a ciertos sectores de la medicina y la prensa que pugnaban por un agravamiento de las sanciones; todos ellos estaban influenciados por distintas expresiones del discurso positivista que imperaba en ese tiempo (higienismo, medicina legal, Defensa social). (Corda, 2014: 12)

Hace ya más de un siglo que se tomó una decisión que se considera actualmente que debe problematizarse: castigar a quienes consumían problemáticamente sustancias y hacerlos sufrir. Se pensó que esa idea que se podría considerar errónea los *disuadiría* y les daría un incentivo para detenerse (¿por qué todos lo querían hacer?).

Más tarde, en 1947, se presentó un proyecto de ley en Argentina llamado "Ley de Protección de Toxicómanos y Alcohólicos y de Lucha Contra Traficantes de Drogas". En

6

el mismo se planteaba en su artículo 1º que las personas no alienadas, habituadas al abuso de drogas estupefacientes o de bebidas alcohólicas, debían asistir obligadamente a un establecimiento adecuado y con internación. Esa internación podía ser voluntaria o por orden judicial. Este proyecto proponía además modificaciones a la legislación penal y la internación por orden judicial para aquellos que tuvieran esas sustancias para uso personal. Aquí los *toxicómanos* y *alcohólicos* eran señalados como enfermos.

En 1968 hubo cambios en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina a partir de la reforma de la Ley 17.711, que incorporó internación compulsiva de los *toxicómanos* y la limitación sus capacidades legales. En el artículo 482º se dispuso:

Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieran dañar su salud o la de terceros o afectaren a tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse previo dictamen de un médico oficial. (Código Civil y Comercial de la Nación, 1968, Artículo 482)

De esta manera, el consumo de sustancias quedó nuevamente asociado a la enfermedad, equiparándolo con la demencia, lo que reforzó la concepción que se tenía sobre las personas que usan drogas como incapaces, que podían tornarse peligrosas y cuyo tratamiento posible era el encierro. El ámbito penal y el ámbito de la salud son dos campos cuyos límites siempre estuvieron desdibujados en lo que al uso de sustancias psicoactivas refiere, interponiéndose el uno con el otro. Entonces cabe hacerse aquí una pregunta: si la salud es un derecho, un problema en ella ¿puede sancionarse con una condena?

Entonces, a mediados de siglo XX en Argentina, el uso de sustancias psicoactivas estaba dentro del ámbito de intervención penal y era considerado no sólo un acto delictivo sino también enfermo, que separaba al sujeto de su capacidad para decidir sobre su propio cuerpo. El sujeto era considerado peligroso para la sociedad y debía ser encerrado y multado. Los tratamientos curativos estaban orientados al encierro, a la prohibición y abstención del consumo, siendo el trabajador penal quien decidiese sobre el usuario y su tratamiento.

El usuario y el traficante eran considerados lo mismo, y ambos eran objeto de intervención del ámbito penal. El objetivo era mantener la seguridad social y se entendía que estos sujetos irrumpían con ella.

Momento bisagra de paradigmas en pugna

Existen en el mundo distintos paradigmas en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, cada uno con un momento de origen pero sin una sucesión lineal entre ellos a través de los años. Estos paradigmas se manifiestan en las conceptualizaciones del sujeto, de las sustancias y de los contextos, y en las modalidades de abordaje. Cada uno de estos modelos convive, dialoga y está en disputa con los demás.

En la actualidad, en muchos países del mundo, un nuevo paradigma surgió posteriormente a la irrupción de la pandemia de VIH a partir del intento de reducir los daños y posibilidad de infecciones de VIH por el mal uso de inyectables, cuando se evidenció la clara relación entre el incremento de la enfermedad y el consumo de sustancias psicoactivas: el paradigma de reducción de riesgos y daños.

Durante la década de 1980 estalló la pandemia de VIH, afectando particularmente a los usuarios de drogas inyectables. Esta circunstancia le sumó a las personas que usan estupefacientes la condición de posibles transmisores de una enfermedad que era asociada a la muerte fortaleciendo el criterio de peligrosidad que ya se les atribuía. (Corda, 2014: 15 - 16)

Sin embargo, no es el único paradigma vigente. Nos encontramos en un momento bisagra entre dos paradigmas. ¿Cuáles son estos dos paradigmas en pugna? El paradigma

7
prohibicionista - abstencionista y el paradigma de reducción de riesgos y daños. Hoy en día, en cierto modo fusionados. En el imaginario social y las prácticas de ciertos sectores que se dedican al trabajo en salud mental, se sigue anudando al usuario con la

peligrosidad e incapacidad, como también al tratamiento compulsivo que se planteaba en el S. XX.

Como se señaló anteriormente, es un momento bisagra en lo que respecta a los paradigmas con los cuales se abordaron los consumos problemáticos a lo largo de los años. Ambos se expresan como cosmovisiones que representan ideologías y conceptualizaciones de diferentes campos de disciplinas. Se debe agregar que estos paradigmas son reproducidos así por los dispositivos de intervención que son producto de las políticas estatales de atención a la salud de las personas. Así mismo, cabe señalar que:

La toma de posición del Estado no es homogénea, unívoca ni permanente. Cada unidad y aparato estatal involucrado puede tener predisposiciones y decisiones diferentes, que además, pueden estar influidas por otros actores. De modo que la formulación y la implementación de las políticas estatales pueden tener en cuenta que las políticas estatales generan repercusiones dentro del Estado mismo. (Touzé et al, 2008: s/p)

La puja de los diferentes sectores mencionados por la instalación y reproducción de uno u otro paradigma tiene que ver con los mecanismos de poder inherentes a cada uno de ellos y los intereses en juego, desde las políticas asentadas en el paradigma de la prohibición y abstención de las sustancias a las políticas de prevención de potenciales daños del consumo de sustancias, con el objetivo de disminuir los riesgos posibles producto de dichos consumos.

Cabe señalar también que lógicamente, si están en puja, es porque coexisten. En diferentes dispositivos asistenciales se encuentran modalidades diferentes de abordaje. Los especialistas ligados a estos dispositivos se posicionan en uno u otro paradigma para llevar adelante sus prácticas, no sólo a consecuencia de sus respectivas formaciones profesionales sino también influenciados por las representaciones sociales. “Estos modos de conocer y de actuar influyen en el diseño y la implementación de los dispositivos de intervención y por este motivo resulta importante conocerlos ya que tienen efectos en las relaciones cotidianas de los especialistas con los usuarios” (Touzé et al, 2008: s/p).

Es un momento bisagra de pugna entre paradigmas por la instalación en la sociedad argentina del debate continuo sobre el consumo de sustancias psicoactivas, las formas de abordaje y la legislación penal. Desde la trágica noche de la *Time Warp* al debate por la despenalización del consumo de cannabis, la sociedad argentina y el campo de la salud se está posicionando constantemente en una u otra de estas dos lógicas anteriormente nombradas.

En cuanto al abordaje de consumos, el paradigma de reducción de riesgos y daños apunta a un trabajo desde el cual ya no se interviene sobre cuerpos/objetos, sino que se trabaja con usuarios, con sujetos. Se podría entender este modelo como un modelo de restitución de derechos.

El usuario de sustancias, desde la visión de este paradigma, ya no es tildado de peligroso, se comienza a otorgarle el lugar que merece como sujeto de derechos que podría estar en riesgo. Esto conllevaría también a correrse del área punitiva y facilitarle el acceso a su derecho a la salud. Así también, a proponer un abordaje desde el paradigma de reducción de daños que refleja la posición activa del usuario de sustancia. Dejando de lado la abstención llevada a cabo muchas veces sin consentimiento alguno.

El paradigma prohibicionista - abstencionista, como señala Edith Benedetti, “se inspira en los modelos ético – jurídico y médico – sanitario. Como en éstos, pone especial énfasis en el objeto –es decir, en la sustancia psicoactiva- como causa del consumo” (Benedetti, 2015: 29). Las respuestas desde esta perspectiva están centradas en lograr la abstinencia, suprimir el consumo de la sustancia, la cual es fuertemente prohibida. “Esta estrategia se desarrolla en comunidades terapéuticas; sobre todo, en las comunidades cerradas que cuentan con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una

sanción” (Benedetti, 2015: 29). Asociándose principalmente a estrategias de intervención en comunidades de puertas cerradas, se caracterizan también por considerar al sujeto como un *paciente* que tiene poca participación y que es objeto de cuidados, considerado muchas veces peligroso para sí mismo como para la comunidad.

El hospital psiquiátrico y algunas instituciones que abordan específicamente a sujetos con consumos problemáticos aíslan al sujeto de su medio, generando de esa manera mayores inconvenientes en sus vínculos sociales y creando condiciones desfavorables que ponen en peligro sus derechos humanos y civiles, incapacitándolos cada vez más en su vida social. Creo que es por esto lo necesario de la relación humana con las personas encargadas de su tratamiento y que esta relación vaya más allá de las paredes del consultorio.

Los profesionales y futuros profesionales del campo de la salud tendrían un papel fundamental en este camino de reconstrucción de las prácticas intersectoriales en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, reconstrucción que viene marchando desde las experiencias de Franco Basaglia en el campo de la Salud Mental. Se puede pensar una práctica que escuche el reclamo del usuario, que le permita un tratamiento adecuado a sus necesidades, que no vaya en contra de sus derechos y libertades, una práctica que no aisle sino que promueva la integración familiar, laboral y comunitaria para ir deconstruyendo la imagen de personas peligrosas y construyendo la imagen de una persona con la cual se puede entrar en relación.

Por otro lado, el paradigma que surge como alternativa al modelo abstencionista –prohibicionista, es el nombrado anteriormente como estrategia de reducción de riesgos y daños. Según Benedetti, una de sus características más destacables es “la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados con el consumo (...) dejar de consumir no es una condición de inicio de tratamiento” (Benedetti, 2015: 33). A su vez, las estrategias de intervención “se orientan por el principio de que una persona que consume –que eventualmente no quiere o no puede dejar de consumir- debe ser ayudada por el profesional a disminuir los riesgos que puedan estar vinculados con el consumo” (Benedetti, 2015: 33). Se entiende como riesgos vinculados a riesgos de la salud, sociales y legales.

Es destacable desde esta estrategia la visión del sujeto como activo y responsable, que podría estar en riesgo. Este es un aspecto muy importante ya que es el sujeto mismo quien puede y debe participar, con voz y acción, de la elección del mejor tratamiento posible. El espacio de escucha no debe aludir sólo a la escucha clínica, sino también al momento inicial del tratamiento en el que se establecerán los cimientos del mismo.

Profesionales del campo de la Salud Mental, como los Acompañantes Terapéuticos, podrían posicionarse desde este paradigma para intervenir desde sus respectivos lugares en el diseño de las estrategias en los equipos de tratamiento. Profesionales que, una vez insertados en lo cotidiano de los usuarios, pueden intervenir mediante estrategias que le permitan a los sujetos verse no como pacientes sino como sujetos activos. A partir de una relación que va más allá de las paredes del consultorio podrían éstos ejercer una praxis que tenga como objetivos la integración familiar, laboral y comunitaria.

Cabe preguntarse en este punto si las modalidades de intervención desde este paradigma, podrían estar pensadas como estrategias donde el Acompañante Terapéutico ayude a disminuir los riesgos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas, sean también sociales y legales.

La Ley Nacional de Salud Mental: un punto de inflexión en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias

En Argentina, con el transcurso de los años se comenzó a problematizar la categorización de los usuarios de sustancias psicoactivas como *delincuentes – enfermos*, como una manera de poder pensar a los mismos como sujetos de derechos. La construcción de un nuevo sistema de atención requirió el pasaje de un modelo basado en la incapacidad y peligrosidad de los usuarios a otro basado en la ampliación de

9

oportunidades, incluyendo a los usuarios en el diseño e implementación de acciones preventivas y asistenciales.

A lo largo de la historia estuvo (y está) instalada la idea de que quien consume problemáticamente sustancias es alguien mentiroso que no desea recuperarse, que es un manipulador, que se *metió en la droga* por su decisión y debe salir de la misma manera, ya que *es una cuestión de voluntad; si quiere, puede*. Edith Benedetti dice sobre esto:

La droga pareciera tener el lugar de sujeto y el sujeto como lugar del objeto, entonces se dice *'la droga te agarra'*. Pero esto tiene mucha representación social porque se construyó a lo largo de los años y está representación lo que incluye es, estos dichos, donde muchas madres dicen *'es por la mala junta'*. Como si fuera una enfermedad infecto-contagiosa. (Benedetti, 2020: s/p)

Estas son palabras que están presentes no sólo en la sociedad sino también en los prejuicios de muchos profesionales del campo de la Psicología y Psiquiatría, que suelen pensar a los usuarios desde una perspectiva moral. Estas personas, que ven problematizada su existencia por el consumo problemático de sustancias, necesitan una respuesta diferente de la comunidad de la salud mental y de la sociedad toda, que en muchos ámbitos todavía no llegó, aunque en los últimos años hubo avances significativos en esta dirección como, por ejemplo, la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones. Sancionada en el año 2010, estableció un punto de inflexión en la concepción y abordaje de los consumos problemáticos. Así queda sentado en algunos de sus artículos:

ARTÍCULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud. (Ley de Salud Mental N° 26657, 2011, Artículo 4)

Se puede ver aquí el desplazamiento en la comprensión de las adicciones, desde el ámbito penal al ámbito de la salud. Dicho desplazamiento implicó consecuentemente la revisión de las prácticas institucionales en el ámbito. Para Edith Benedetti, “el abordaje penal de la cuestión no hace centro en la dimensión subjetiva, es decir, no hace posible pensar en clave de sujeto, de sujeto de derecho y de la salud como derecho” (Benedetti, 2015: 20). Así se hace posible retomar la pregunta planteada anteriormente y responder: Si la salud es un derecho, un problema en ella no debería sancionarse con una condena.

El consumo problemático de sustancias va mucho más allá de la relación directa sujeto – consumo de sustancias prohibidas y la consecuente asociación entre ese consumo y el problema que significaría para el sujeto, su entorno y su comunidad.

En el Artículo 7° de la misma, se deja sentada la ampliación de derechos que el Estado comienza a reconocer a las personas con padecimientos mentales. En palabras de Benedetti:

Reflexionar sobre la implementación de la actual Ley Nacional de Salud Mental es una tarea indelegable de los diversos agentes del sistema sanitario porque, entre otras razones, forma parte del proceso mismo de la implementación. Por otro lado, esta reflexión no es terreno exclusivo de expertos y especialistas, sino un ámbito del

que no se pueden desentender los agentes que llevan adelante las políticas públicas en salud mental y adicciones. (Benedetti, 2015: 13)

Posteriormente, en el año 2014 se sancionó el Plan IACOP, con los objetivos de prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial, mediante la actuación directa del Estado; asegurar la asistencia sanitaria integral y gratuita a los sujetos afectados e integrar y amparar a los sujetos de algún consumo problemático. Se legisla así la intervención de los efectores en este ámbito:

10

El consumo problemático podría pensarse como el consumo de sustancias o cualquier otra problemática que afecta a la salud de las personas y/o comunidad. Aquellos consumos que, mediando o sin mediar sustancia, afectan negativa y crónicamente la salud física y psíquica de una persona y/o sus relaciones sociales. (Plan Integral para el Abordaje de Consumos Problemáticos, 2014, Artículo 2)

Este doble movimiento permitió así un cambio fundamental en la concepción del uso de sustancias legales e ilegales y, en consecuencia, de su abordaje y tratamiento. Además, con la denominación de consumo problemático se hace implícitamente alusión a dos aspectos: que determinados consumos no son problemáticos y que la posibilidad de que el consumo de una sustancia psicoactiva genere problemas para una persona o la comunidad donde vive se relacione inherentemente con el vínculo que esa persona establece con determinada sustancia en un determinado momento vital.

En este punto se considera pertinente destacar como aspecto central que: si los consumos problemáticos afectan negativa y crónicamente la salud física y psíquica de una persona y/o sus relaciones sociales, se hace preciso poder pensar abordajes posibles en la clínica de los consumos problemáticos donde se facilite la inserción de un profesional en la vida cotidiana de la persona con objetivos terapéuticos en pos de la salud física, su salud psíquica y sus relaciones sociales. En este sentido, el Acompañamiento Terapéutico puede erigirse como herramienta de la que se puede servir la clínica para llegar a terrenos que escapan al consultorio, porque al insertarse en la vida cotidiana del sujeto podría ofrecerse como reconector de esos lazos sociales que muchas veces quedan partidos por el consumo. Además, se podría pensar si es ésta la única modalidad de intervención del acompañante terapéutico en este ámbito: ¿sólo puede ofrecerse desde esta modalidad de intervención?, ¿existen otras modalidades de intervención posibles? Más adelante se abordarán cuestiones vinculadas a las modalidades de intervención respecto a las particularidades del Acompañamiento Terapéutico en el abordaje de los consumos problemáticos.

Muchos de los discursos que aparecen frecuentemente en el tratamiento de sujetos con consumos problemáticos son: *no tiene demanda; no tiene adherencia al tratamiento; no atiende adicciones*. Estos discursos aparecen muchas veces como fundamentos de la concepción de algunos profesionales y del imaginario social de que no existe una posibilidad de tratamiento para sujetos que consumen problemáticamente sustancias psicoactivas, poniendo a esta clínica en el lugar de clínica del fracaso. Hay que problematizar estos discursos.

Si la clínica de los consumos problemáticos es considerada por algunos especialistas y por el imaginario social como la clínica del fracaso, se hace importante indagar qué abordajes son posibles para no estancarse en este pensamiento. Entonces cabe preguntarse, ¿por qué apostar por el Acompañamiento Terapéutico como un abordaje posible?, ¿cuáles son las modalidades de intervención posibles del acompañante terapéutico en el trabajo con personas que tienen diferentes consumos problemáticos?

Dos pasos más allá: el acompañante terapéutico en el abordaje de los consumos problemáticos

¿Cómo ubicar aquí prácticas diferentes dentro de las cuales el Acompañamiento Terapéutico sea una de las respuestas situadas como posibles y sustitutivas? A partir de las siguientes palabras de Edith Benedetti, se puede empezar a pensar una dirección de abordaje e intervención del acompañante terapéutico en el campo de los consumos problemáticos:

Podemos convocar, como ejemplo, dispositivos que involucran el acompañamiento terapéutico, la internación domiciliaria, la asistencia jurídica, estrategias de revinculación con el trabajo y/o terminalidad escolar, entre otros (...) Si recortamos tan sólo la sustancia, nos olvidamos de la dimensión socio – histórica, otorgamos una pretendida universalidad al fenómeno en cuestión. (Benedetti, 2015: 40)

11

Se podría ofrecer un tratamiento interdisciplinario que trabaje sobre la tarea de reconexión de los lazos que quedaron partidos por culpa de los consumos problemáticos y de la estigmatización de la sociedad.

En el artículo 11° de la Ley de Salud Mental y Adicciones no se nombra al Acompañamiento Terapéutico como dispositivo alternativo, como posibilidad sustituyente de las estructuras manicomiales. Sin embargo, se hace referencia al mismo en el artículo 12° como reemplazo de la medicación:

...la prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. (Ley de Salud Mental N° 26657, 2011, Artículo 12)

Entonces, la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones establece el derecho a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente a la persona, es decir, aquella que menos restrinja los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Para ello, promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Entre ellos, no con tanto énfasis, se nombra al Acompañamiento Terapéutico.

Historizando la práctica del Acompañamiento Terapéutico: desde el *amigo calificado* a la actualidad

La figura del acompañante terapéutico nace en 1970, en Argentina, como una nueva posibilidad con respecto a las formas en las que una institución aborda y concibe a los consumos problemáticos, cuyo paradigma de atención había sido hasta ese momento el hospital psiquiátrico. Teniendo en cuenta esto, se correría esta práctica de fines tales como cuidar, vigilar, educar, curar, ordenar.

Siguiendo a Cecilia López Ocariz, se podría decir que “el acompañamiento terapéutico, en sus orígenes, se ha visto propiciado como práctica de reformulación de lógicas manicomiales llevadas a cabo mayoritariamente en marcos institucionales” (López Ocariz, 2017: s/p). Lo manicomial no se reduce únicamente a las instituciones que conocemos bajo el manto del hospital psiquiátrico, sino que designa una lógica que atravesó de diversos modos las prácticas a lo largo de la historia. Es así que fueron contruidos los fundamentos de la lógica tutelar y el concepto de peligrosidad social, lo que restringió posibilidades y respaldó a quienes orientaban sus prácticas en la

objetivación y la segregación. ¿Cómo se puede abrir un camino –también tomarlo- en el que el campo *Psicología* tenga instrumentos que permitan el alivio de los modos de sufrimiento humano?

No habría una sola manera de hacerlo. Podría ser rompiendo con ciertas las lógicas institucionales de encierro. Se naturalizaron durante mucho tiempo esas instituciones interdisciplinarias e incluso se las reproduce hoy en día en determinados discursos. Está instalado en el imaginario social y en el imaginario de muchos profesionales, que no están por fuera de este, que la clínica de las adicciones es la clínica del fracaso. El fracaso quizás sea por no pensar en clave de época, no por culpa del usuario.

Dicho lo anterior, el acompañamiento terapéutico surge como posibilidad de pensar de otra manera el espacio y tiempo de las intervenciones. En palabras de Dragotto:

...desde los comienzos del AT, cuando recibió su bautismo por parte de Eduardo Kalina con el nombre de amigo calificado: ante una situación clínica de difícil abordaje (y a partir del convencimiento de que se podía hacer algo más que recluir al paciente en una internación prolongada o desentenderse rotulándolo como “intratable”) se comenzó a experimentar capacitando a personas que, sin ser profesionales, pudieran acompañar al paciente en su cotidianeidad aportando una escucha calificada,

12

promoviendo conductas saludables, nuevos hábitos, colaborando a la socialización, etc. (Dragotto y Frank, 2017: 142)

Fue el Dr. Eduardo Kalina quien, en los comienzos de la práctica en Argentina, diera la primera denominación al recurso como *amigo calificado*, aunque “al poco tiempo este nombre será sustituido por el de *Acompañante Terapéutico*” (Rossi, 2010: 27). Fue un punto muy importante en la historia del Acompañamiento Terapéutico el cambio de nominación, ya que como se sabe, el cambio no implica sólo una manera diferente de referenciar las prácticas sino que también implica una reformulación de las mismas. “Ese cambio de nominación implicaba un cambio de rol, según argumentan: ‘con esto se acentúa el aspecto terapéutico por sobre la amistad, y se establece un vínculo con el paciente desde un rol establecido y no desde el rol que el paciente ‘quiera’” (Rossi, 2010: 27). López Ocáriz, siguiendo esta línea, concuerda con la siguiente idea:

Esta sustitución de la figura de ‘amigo calificado’ por la de acompañante terapéutico, además, propuso la ventaja de delimitar mejor una tarea que era considerada enmarcada en un vínculo asimétrico con fines terapéuticos, en oposición a la figura del amigo, cuyas características serían la total asimetría, con falta de delimitación y regulación de esa presencia, liberada a los deseos de los participantes. (López Ocáriz, 2017: s/p)

Gustavo Rossi define al Acompañamiento Terapéutico en general como un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. También resalta que se lo incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias terapéuticas clásicas (Rossi, 2010: 45). Luego subraya:

Se desempeña especialmente en forma ambulatoria, en el entorno habitual –familiar y social- del sujeto: domicilio, calle, bares, cines, clubes, parque, shopping, escuela, etc. busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover o sostener un proyecto terapéutico y para esto se vale de la cotidianeidad. Su acción se desarrolla en el territorio urbano, en el espacio y en el tiempo cotidiano del paciente. (Rossi, 2010:

Eduardo Kalina y el acompañante terapéutico en el campo de los consumos problemáticos

El interés en hacer referencia al Dr. Kalina no surge sólo por sus aportes al Acompañamiento Terapéutico, sino también porque fue pionero en el abordaje de los consumos problemáticos en Argentina, “aunque sus primeras armas las realizó con pacientes extranjeros, ya que en nuestro país no había aún un despliegue de las toxicomanías como lo había en ciertos sectores de Brasil” (Rossi, 2010: 30). Hay que mencionar además que en la institución de tratamiento coordinada por Kalina, se constataron lo que se leyó como una serie de fracasos clínicos en función de la no adherencia de algunos pacientes al tratamiento institucional. “Desde entonces, se pensó que alguien del equipo pudiese ir al encuentro del paciente, para intentar nuevas estrategias de instalación del dispositivo de tratamiento, de modo de intentar hacer llegar al paciente hacia el tratamiento institucional” (Hermann, 2017: 50).

Las estrategias clínicas de los tratamientos que se dieron por parte del proyecto no se pensaban en función de que la droga debía ser retirada de la vida de la persona. Se comienza escuchando a ese sujeto y posteriormente se piensa como intervenir. La droga cumple una función que no suele pasar por la palabra; a partir de ahí puede ocurrir un abuso de la sustancia y, aunque genere problemas en el organismo y note el daño patente a su salud, en el sujeto cumple una función con respecto a la manera en el que él logra relacionarse con su realidad. Eventualmente, algo de lo vivencial lo

13

lleva a querer moverse, de ahí que se sostenga o no el tratamiento (González Guzmán et al, 2018: 244).

En este sentido, entendiendo al sujeto como activo y responsable al que se le deberían abrir espacios de escucha y posibilidades para que se pueda interrogar acerca de por qué está consumiendo problemáticamente, también se lo debería escuchar acerca de su posición frente a la propuesta de inclusión del acompañante terapéutico; así tendría participación activa y responsable en su propio tratamiento.

Dependiendo de la situación singular de cada paciente, de la estrategia de abordaje y la evaluación clínica del equipo tratante, se podría pensar la inclusión del Acompañamiento Terapéutico como dispositivo en el tratamiento. Para Pablo Dragotto:

Cuando el acompañamiento ha sido indicado por un terapeuta con experiencia en la utilización de este recurso, que es claro en la dirección del tratamiento y que dispone del tiempo necesario para trabajar en equipo, los resultados son de una alta eficacia clínica, ya que el A.T cuenta con una guía clara, y con luces, faros, anclas que le permiten internarse en el mar de la cotidianeidad del adicto sin temor a extraviarse, navegar a la deriva o ahogarse. (Dragotto y Frank, 2017: 145)

No se trata de un modo de operar aislado, sino de una cooperación, en diálogo asociado con otros profesionales y saberes, que apunte a sostener un tratamiento que de manera individual pareciera insostenible. Como una manera de pluralizar la transferencia e hilar relaciones con todo el equipo de trabajo y, recíprocamente, la rehabilitación de los lazos con la comunidad. ¿De qué transferencia se habla?

Sigmund Freud conceptualiza la transferencia como uno de los puntos centrales de la posibilidad de tratamiento, en tanto supone al analista colocado en el lugar de Otro, Otro ordenado respecto de las imagos parentales, representantes de la autoridad. Iván Álvarez realiza un recorrido sobre la noción de transferencia y señala que “se tratará de

un sujeto y un saber supuesto como posibilidad de análisis, lo que genera que la clínica psicoanalítica sea, fundamentalmente, una clínica transferencial” (Álvarez, 2012: 61).

Sin embargo, si bien se dan efectos transferenciales entre acompañante y el sujeto acompañado, no se promueve ni instrumentaliza la transferencia en el sentido que se le da en el tratamiento con el analista. La transferencia entre estos dos actores se da en el plano de lo afectivo, de la semejanza. Pero también es necesario que el sujeto suponga un saber en el acompañante terapéutico, para que se establezca un vínculo transferencial que permita a ambos el diálogo y la confianza. Así es como podrá oficiarse de sostén cuando el sujeto lo requiera ante determinadas situaciones.

El analista podrá trabajar de manera diferente con la transferencia. Pero el paciente podrá establecer distintos vínculos transferenciales con los distintos integrantes del equipo tratante. Cuando en un acompañamiento se logra la transferencia será momento de nuevas oportunidades, atendiendo al deseo del acompañado. Siempre acompañando, no decidiendo por el otro.

Se puede pensar que lo que le pasa a un sujeto que comienza a problematizar un consumo no tiene nada que ver con lo tóxico. Si se piensa en clave de la tríada sujeto sustancia - acompañante terapéutico, la transferencia podría verse obstaculizada. En cambio, se podría pensar en clave de la dualidad sujeto - acompañante terapéutico, pensando también más allá de esa dualidad, lo territorial, los circuitos de referencia y los lazos con el equipo tratante. Una pluralización de la transferencia con los demás integrantes del equipo, más allá de esa transferencia dual entre el analista y el usuario. La apuesta de trabajo sería quitar el protagonismo a la sustancia, lo que quiere decir, correr el eje de la sustancia a la hora de pensar las posibles intervenciones. Para Laura Gersberg:

Cada sujeto usuario de sustancias tiene personalísimas y variadas razones para acercarse a un tóxico, legal o ilegal; de modo que la relación que establece con dichas sustancias solo puede comprenderse desde abordajes singulares. Por lo que, al pretender generalizar dichas propuestas asistenciales, resulta que la alternativa que

14

fue acertada para un sujeto, al masificarse se vuelve probablemente inoperante. (Gersberg, 2018: 32)

Por otra parte, se debería considerar la implementación del acompañamiento terapéutico en cualquier caso y en cualquier momento, buscando un momento óptimo que podría ser aquel en el que el sujeto se encuentre con un desborde afectivo, para intervenir como componedor de los lazos entre ese sujeto y su ciudad, su barrio, sus lugares de encuentro.

En relación con mi interrogante acerca de cuáles son las modalidades de intervención posibles del acompañante terapéutico en el trabajo con personas con consumos problemáticos y en consecuencia al recorrido hecho hasta acá, entiendo que en oposición a mi punto de vista inicial de que la única modalidad de intervención del acompañante terapéutico en dicho trabajo es sólo la de reconstruir lazos partidos a partir de ese consumo, puedo decir que no es ese único lugar de reconector de lazos sino que no tendría sólo ese modo de intervenir. La modalidad de intervención en relación a cada caso no puede determinarse a priori, “dependerá del tipo y orientación del tratamiento” (Dragotto, 2017: 147). González Guzmán, Morales Durán y Moreno Fernández escriben al respecto:

El acompañamiento se hace de una plasticidad tal que la reinención que desarrolla frente a cada caso y las condiciones de su particularidad logran llevar la mirada, una palabra o una presencia hacia donde la repetición se está suscitando: puede ser una

droga, un duelo o un delirio; en otros casos, marcas del síntoma, ya silenciadas por la costumbre. El acompañamiento es, por lo tanto, componente del dispositivo. (Gersberg, 2018: 234 – 235)

Acercándome primero a la inclusión por parte de un analista, comparto lo dicho por Dragotto en cuanto a qué le puede aportar la misma:

En primer lugar la tranquilidad de que hay alguien más que verá al paciente desde la última sesión y antes de la próxima. En segundo lugar, el acceso a la información calificada del día a día de la vida del paciente, de su dinámica familiar. El at ofrece contención por la presencia efectiva de un representante del tratamiento en la vida cotidiana del paciente: el paciente puede esperar porque sabe que el acompañante vendrá a verlo. Asimismo, posibilita que se lleven a cabo actividades que de otra manera nunca se realizarían. (Dragotto, 2017: 165)

Con la inclusión del acompañamiento se puede ir estableciendo entonces esas modalidades de intervención, para sostener la particularidad de cada acto en el trabajo que realizará el acompañante, orientado por una clínica bajo transferencia, en la cual se interrogará de entrada la relación que el sujeto tiene con su entorno y con la o las sustancias, y/o en su ausencia. Gracias a la escucha se descubre esa posibilidad de intervención, si se tienen en cuentas las particularidades del caso por caso. A partir de la transferencia se echará luz sobre el tratamiento adecuado que permita producir una modificación en la posición subjetiva y frente al padecimiento.

Diez pasos más allá: diferentes modalidades de intervención del acompañante terapéutico en el marco de los consumos problemáticos

Acompañar para prevenir

Pensar la modalidad de intervención del acompañante terapéutico en la prevención desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, es pensar estrategias de prevención y cuidados conjuntamente con el equipo de trabajo intersectorial y con todas las instituciones constituyentes de la comunidad. El acompañante terapéutico tiene una posición privilegiada en el día a día del sujeto en tratamiento y una oportunidad inmejorable

15

para promover prácticas de cuidado en relación a los consumos problemáticos. Propiciando los vínculos y lazos sociales, promocionando el cuidado de sí y de los demás, y facilitando la expresión de sentimientos y emociones, es como puede favorecer a la reducción de riesgos y daños relacionados con el consumo problemático de ese sujeto particular.

Prevenir no significa solamente *llegar antes* sino también estar ahí. Pensar una *clínica del estar* también implica esto: estar presente para poder interrogar acerca de maneras diversas de vivir, interpelar las prácticas, desarrollar nuevas posibilidades de cuidado.

No existen recetas universales ni una manera particular de intervenir ante cada situación. Se debe conocer el territorio donde el usuario habita, sus representaciones sociales, sus modos de hacer lazo con su comunidad, su historia; en palabras de Diana Rossi: “salir de las instituciones y trabajar en los territorios donde las personas que usan drogas habitan, y relacionarse con sus redes familiares y de consumo” (Goltzman, 2016: 9). Lo prioritario en este ámbito podría ser la construcción de una lógica de cuidados individuales y grupales, dando lugar a vínculos saludables que promuevan también la escucha y la expresión de sentimientos y emociones.

A situaciones diversas, intervenciones diversas: procesos de externación en contextos vulnerables

De manera diferente es si el acompañante terapéutico es incluido en el equipo de trabajo como apoyo en un proceso de externación, y en la tarea de reinserción social y de posibilitador en la reconstrucción de los lazos partidos por el consumo problemático. Esto se diferencia aquí porque en contextos de exclusión social, el uso problemático de sustancias remite la mayoría de las veces a problemas de integración social, que existen muy posiblemente mucho antes que el punto del inicio del consumo. Si bien los consumos problemáticos son transversales a todos los sectores sociales, etarios y culturales, la estigmatización es mayor cuando se trata de pobres, niños en situaciones de vulnerabilidad social e incluso mujeres. Existen situaciones previas de desigualdad estructural, con relación al acceso a la educación, trabajo y salud. Las barreras que se interponen pueden ser culturales, económicas y simbólicas.

Las intervenciones podrían tener la posibilidad de ser abordando de manera integral las diferentes aristas nombradas. La configuración de todos estos aspectos en cada situación exigirá de la creatividad para dar las respectivas respuestas a cada persona particular.

El acompañante terapéutico intervendría aquí aportando al proceso de externación, por fuera del hospital o de su hogar, contribuyendo con sus herramientas al tratamiento. Una de las tareas sería reforzar las posibilidades de su cotidianidad. Se tratará de diseñar una estrategia en conjunto que otorgue relevancia a las consecuencias que tiene para cada sujeto la segregación y estigmatización por las que se ven atravesados quienes consumen problemáticamente o quienes en algún momento de su vida lo hicieron. En palabras de Vanina Catalán, Laura Cittadini Carrera y Pablo Coronel: “cuando la cama no está en el hospital, necesitamos desandar y flexibilizar la práctica profesional para no caer en categorías rígidas y anacrónicas” (Cantarelli y de Oliveira, 2014: 46).

Luciana Chau Berlinck describe al Acompañamiento Terapéutico de la siguiente manera:

El Acompañamiento Terapéutico como una herramienta para la ciudadanía, ya que su objetivo es sacar al paciente del encierro interno y externo en el que está confinado. Es decir, tratarlo como un agente ético y como a un ciudadano. La posibilidad de deshacer lo cotidiano como control y herramienta de exclusión, y de volver a crear un nuevo espacio y un nuevo tiempo en que el acompañado tenga existencia ética y sociopolítica como ciudadano, explica por qué, desde antes de que se creara como Acompañamiento Terapéutico, esta práctica tiene un fuerte vínculo con las cuestiones de las reformas psiquiátricas; sin embargo es capaz de hacer una contribución que excede los límites impuestos a estas reformas. (Chávez, 2017: 18)

16

De este modo, esta práctica surge como una apuesta de abordaje restituyente de la voz del sujeto, no sólo evitando la cronificación del mismo sino también como un vínculo humano que trabaja para intentar evitar la segregación de la trama social y vincular a la que el paciente pertenece.

Inclusión del acompañante terapéutico en el ámbito de la salud pública

En el encuentro con el otro se construye la singularidad del vínculo y, a partir de allí, podrá pensarse, desde la escucha y el estar, lo que puede aportar el acompañante como miembro del equipo terapéutico tratante. El modo en que el psicoterapeuta en conjunto con el equipo tratante organice el tratamiento, establecerá la modalidad de

intervención del acompañante terapéutico. La escucha implica también entender que no hay nadie que sepa más que el usuario acerca de su propio padecimiento.

La asistencia del Estado, si supone un sujeto no responsable al que la medicina tiene que asistir, puede quedar encerrada en modificaciones conductuales o en el uso de otras sustancias químicas propuestas como la cara remedio del *farmakón*. Así, una vez construido ese retrato del sujeto despojado de la responsabilidad, será el objeto sobre el que podrá volcar su saber. Es reintroduciendo esa responsabilidad como clave para su acción que puede operar el equipo de salud mental. Es esta una apuesta de trabajo posible

en el abordaje del tratamiento con sujetos con consumos problemáticos. Pasar del objeto al sujeto de derechos y entender que nadie sabe más que los propios usuarios acerca de su padecimiento es el punto de partida para un tratamiento posible. Sin embargo, comparto la idea de Cecilia López Ocáriz de que:

El gran monto de sufrimiento subjetivo que conllevan los diversos modos de la locura y sus expresiones sintomáticas, no obtiene alivio o remisión con el solo hecho de restituir al sujeto su condición de ciudadano o propiciarle necesarias referencias territoriales subjetivantes. (López Ocáriz, 2017: s/p)

Además agrega:

Es también necesario problematizar las intervenciones que anulan la dimensión subjetiva en el afán homogeneizante de la inclusión social o en la compulsión 'identificante' de proponerle al loco reconocerse en su locura ensalzando su condición de excepcionalidad. Retomar fuertemente el sentido de lo terapéutico es situarlo en torno a lo que le da su razón de ser: los modos del sufrimiento y el respeto por los modos también singulares de encontrar alivio, habitar el mundo y relanzar el lazo social, objetivos indeclinables en Salud Mental (López Ocáriz, 2017: s/p).

Es de esta manera que se puede pensar la inserción del acompañante terapéutico en un equipo público de salud mental. Como un profesional que intervenga de tal manera que pueda ofrecer nuevas formas de habitar el mundo y relanzar el lazo social, siendo al mismo tiempo un eslabón fundamental en la cadena familia – sujeto – equipo de tratamiento.

La constitución y sostenimiento de esta trama social y vincular implica no sólo organizaciones sino también vínculos que constituyen el mundo de un sujeto. El acompañante terapéutico, inmerso en la red de Salud Pública podría participar además en el sostenimiento de políticas educativas, asistenciales y, como se trabajó anteriormente, en políticas preventivas. La educación, el trabajo y la justicia, además de lo relativamente sanitario, serán cuestiones en las que el acompañante podría intervenir, ya que en las instituciones a ellas ligadas se encuentran en juego los derechos del sujeto como ciudadano.

Sigamos caminando: de la clínica del fracaso a la creatividad, una apuesta de trabajo posible

17

Entender la complejidad de las presentaciones actuales muestra la necesidad de cambiar el modelo de las presentaciones uniformes por aquel de las intervenciones según las necesidades. Esto requiere de la creatividad. Dar respuesta implica pensar en las nuevas subjetividades y sus procesos, crear nuevos dispositivos que se sostengan en la imprevisibilidad de lo otro. Se debe atender a la singularidad y el particular vínculo que el sujeto establece con el consumo.

Es necesario cuestionar el encuadre, en relación a las presentaciones actuales. Si

antes el encuadre consistía en un tiempo y un espacio determinado, como un consultorio, es posible que haya que flexibilizar o pensar de otra manera ese espacio y ese tiempo clínico de la intervención.

Todo acto terapéutico creativo en la clínica de los consumos problemáticos, implicará la construcción conjunta con el sujeto que se presenta como padeciente, ya que se lo considera capaz y responsable de tomar sus propias decisiones, incluso aquellas que forman parte de su tratamiento. De la misma manera, ese acto terapéutico es creativo, justamente, porque se tiene en cuenta la subjetividad de ese sujeto particular y no de otros o todos. Hay que tener en cuenta también la creatividad del acompañante terapéutico y lo que tiene para aportar una vez insertado en el tratamiento, ya que es él quien comienza a formar parte de la cotidianeidad del sujeto y cuenta con información más precisa de lo que sucede por fuera del consultorio. La intervención en el territorio permite también problematizar las prácticas, incluso aquellas que se consideran como verdades absolutas en el abordaje de los consumos problemáticos.

Tanto en el ámbito clínico privado como en su aplicación en dispositivos de salud pública, habrá que apostar a una práctica del acompañante terapéutico donde lo cotidiano resulta insostenible para ese sujeto sin la intervención de recursos que surgirán por fuera del consultorio y cuando aparezca el interrogante sobre como intervenir dónde el lazo está perturbado y/o la cronificación hace marca. Ante la pregunta sobre cuándo y cómo intervenir como acompañantes terapéuticos, Dragotto sostiene que “no hay recetas mágicas ni intervenciones generalizables, pero puede haber sentido de la oportunidad” (Dragotto, 2017: 161). La eficacia de dicha intervención dependerá del momento de la misma, de la dirección con la cual se haga y de la creatividad del acompañante, desplegada a partir de la transferencia.

El dispositivo destinado al abordaje del consumo problemático de determinada persona puede entenderse como un dispositivo que vele por la subjetividad de los usuarios. Siguiendo a Silvia Bleichmar, “la subjetividad representa la singularidad humana resultado del entrecruzamiento entre los universales de la constitución psíquica y las condiciones histórico-sociales particulares que engendran al sujeto social” (Bleichmar; 2005: s/p).

La posibilidad de que el usuario vuelva a verse como sujeto de derechos puede ser posibilitada por el dispositivo de abordaje. La producción de subjetividad es una producción en relación con otro, en este caso, el acompañante terapéutico.

Aún con aquellos sujetos donde se observa una total desvinculación con el otro, se puede tomar posición en la trama social y vincular, que se consolidará y afianzará a partir de la transferencia. Y así como será oportuna la inclusión del acompañante, también deberá ser oportuna su retirada, porque no hay que olvidar que el abordaje debe estar en continuo movimiento y de acuerdo al caso por caso. Este movimiento hace necesaria la reevaluación continua del recurso por parte del equipo tratante.

En palabras de Pavlovsky:

La mala utilización del recurso del AT se verifica cuando los familiares o el equipo terapéutico indican el acompañamiento con la exigencia de que se convierta en la garantía de que el paciente no consuma, lo que le da cierto tinte policial a la presencia del acompañante. (Pavlovsky, 2019: 154)

Por último, cabe pensar que si existe tal fracaso, en el otro polo, está también el éxito: ¿para quién es ese éxito terapéutico?, ¿para el acompañante terapéutico y los equipos intersectoriales?, ¿para el usuario?

Es la tarea de los que nos ocupamos de esto, de los que nos formamos continuamente en este campo, desandando muchas veces nuestro camino ante cada frustración, el lograr que las personas que tratamos y sus familias sepan por qué y para qué usan las sustancias legales o ilegales de las que abusan; que las puedan dejar a conciencia y no reprimiendo las ganas; que se enteren de que las recaídas son 'un clásico', son parte del tratamiento y no un fracaso, un acto sancionable, un retroceso, etcétera. Y que sepa que haber consumido drogas no constituye una identidad, un trabajo ni tampoco un estigma. (Gersberg, 2018: 43)

Muchas veces se pregunta banalmente si una persona puede *salir de la droga*. No es que nadie tenga que salir de ningún lado, ni que las modalidades de intervención deban apuntar a esa meta o condición de tratamiento. La modalidad de intervención, sea cual sea, también será siempre la de acompañar a transitar a esa persona por ese determinado momento de su vida.

Si hablamos de éxito, es probable que este pueda existir al intervenir de acuerdo al caso por caso, al tratar a las personas como sujetos de derecho, al no pensar a la internación como único recurso posible. Estos lineamientos trabajados en el presente escrito no ofrecen respuestas acerca de para quién es el éxito terapéutico y ese es un interrogante que quedará abierto para seguir pensándolo más adelante, junto a los interrogantes sobre posibles modalidades de intervención del acompañante terapéutico en el campo de los consumos problemáticos, más allá de las anteriormente sistematizadas.

La práctica del Acompañamiento Terapéutico mostró a lo largo de su temprana historia la fuerte influencia que pueden tener los lazos sociales en la génesis de las enfermedades mentales, de los padecimientos subjetivos y en sus tratamientos. En el marco de los tratamientos terapéuticos se puede observar, desde la modalidad de intervención dentro del mismo, los efectos del vínculo transferencial que se produce con el paciente. Sin embargo, la modalidad de intervención del acompañante terapéutico en el trabajo con personas con consumos problemáticos no será sólo la de reconstruir lazos partidos a partir de ese consumo. La modalidad de intervención del acompañante terapéutico en relación a cada caso no podrá determinarse a priori porque dependerá del tipo y la orientación del tratamiento a partir de la estrategia clínica pensada por el equipo tratante, siempre haciendo lectura del lazo transferencial establecido.

Sin embargo, se ubicaron en este trabajo, modalidades de intervención como el acompañamiento en prevención, en los procesos de externación y en las prácticas intersectoriales públicas de Salud Mental, quedando abiertas múltiples modalidades de atención que podrán investigarse y ponerse en práctica a partir de la creatividad necesaria en el trabajo del Acompañamiento Terapéutico. Un trabajo posible con personas que consumen problemáticamente sustancias deberá ofrecer una propuesta que incluya una red de tratamiento, respuestas preventivas, de reintegración social y políticas de reducción de riesgos y daños.

La posibilidad de intervención no se dará rápidamente. Será necesario alojar en transferencia, correr del centro al objeto sustancia y dar lugar al sujeto. Para ello se deberá darse y darle tiempo al usuario, habilitando una práctica clínica del estar, de respetar los tiempos del sujeto. Llegará un momento en el que el discurso de la sustancia se suspenderá y comenzará a aparecer aquello que aportará al enigma en el trabajo del terapeuta, ya que el acompañante terapéutico no debe interpretar sino sólo operar en lo cotidiano, aportará pero no dirigirá el tratamiento. Es de este modo que Dragotto sostiene que la eficacia del trabajo del acompañante terapéutico con estos usuarios “tiene que ver con un saber hacer en el que pueda distinguir la singularidad de cada sujeto más allá del diagnóstico común. La singularidad de los distintos dispositivos y momentos del tratamiento” (Dragotto, 2017: 147).

Apostar al Acompañamiento Terapéutico como una propuesta de trabajo posible ofrecerá al tratamiento intervenciones efectivas a partir del vínculo en lo cotidiano, ya que es allí donde se intervendrá, como un eslabón más en la cadena familia – sujeto – equipo tratante, multiplicando las escuchas, las miradas y extendiendo el tratamiento más allá del consultorio y dándole al equipo terapéutico tratante una posibilidad más de trabajo en el tiempo entre sesiones. Finalmente será esto lo que el acompañante terapéutico pueda aportar desde su modalidad de intervención al terapeuta y, del mismo modo, será a lo que apunte el terapeuta con la inclusión de este recurso: un miembro más del equipo allí en lo cotidiano, lugar de crisis, urgencias y también de abandonos. Lugar de lazos sociales, posibilidades y cambios. La inserción aportará en esas situaciones en las que se lo llama a acompañar, el encuentro con la singularidad del sujeto, un trabajo terapéutico creativo en la escena cotidiana, en el día a día.

El campo del acompañamiento terapéutico ofrece la posibilidad de poder seguir planteando múltiples modos de abordaje en Salud Mental. Apostar por un abordaje de los consumos problemáticos requiere pensar en intervenciones integrales. Para que sean posibles las mismas es necesario fomentar la formación profesional de aquellas disciplinas, como la del Acompañamiento Terapéutico, que forman parte de los equipos de atención de Salud Mental. Los trabajos que puedan aportar a la jerarquización y reconocimiento de esta profesión darán a este recurso de abordaje un mayor valor en la posibilidad de tratamiento de los consumos problemáticos. Los dispositivos de abordaje con todos sus componentes (argumentos, terminologías, estrategias) son llamados a rediseñarse en función del contexto y la época en que se llevan a cabo, pensando

siempre en clave de sujeto.

20

Hasta aquí fueron desarrolladas las nociones que pueden hacer del Acompañamiento Terapéutico un modo de abordaje posible en las estrategias pensadas para el tratamiento de los consumos problemáticos y se presentó un abanico de las modalidades de intervención más frecuentes. No queda otra posibilidad de poder transitar los caminos sin aceptar la falta que produce el saber. No queda otra posibilidad que aprender a convivir con los aciertos y errores que sólo el trabajo individual y colectivo otorga. Quedan abiertos interrogantes para una práctica futura y el deseo de que autores como los aquí citados sigan aportando a la implementación de dispositivos de abordaje ambulatorios en sustitución de las lógicas manicomiales para el tratamiento del padecimiento subjetivo, abogando siempre por la protección de la salud y respeto por los derechos humanos en lugar del castigo y el encierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, I. (2012). *La transferencia: un recorrido en la obra de Freud y Lacan*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

Benedetti, E. (Comp.) (2014). *1º Jornada de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos de Intervención Clínica* (1st ed.). Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.

- Benedetti, E. (2015). *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático. Notas político-epistémicas sobre modelos y estrategias de intervención*. Buenos Aires: Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Benedetti, E. (2020). *En clave de Época. Participación comunitaria*. www.revistasoberaniasanitaria.com.ar/en-clave-de-epoca/
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Bs. As.: Topía.
- Boiero, L. (2016). *Adicciones*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós. Chévez, A. [et al.].
- (2017). *Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras*. Córdoba: Brujas.
- Código Civil y Comercial de la Nación Argentina*. (1968). Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
- Corda, R. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de delincuentes enfermos a sujetos de derechos*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Dragotto, P. y Frank, M. (2017). *Acompañantes: conceptualizaciones del acompañamiento terapéutico como dispositivos en el campo de la salud mental*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Galeano, E. (2001). *Las palabras andantes*. Buenos Aires: Catálogos.
- Gersberg, L. (comp.) (2018). *Clínica de las adicciones: mitos y prejuicios acerca del consumo de sustancias: Intervenciones, abordajes, proyectos y dispositivos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Goltzman, P. (2016). *Intervenciones desde la reducción de riesgos y daños: perspectivas y desafíos actuales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Hermann, M. (2017). *Acompañamiento terapéutico y psicosis. Articulador de lo real, simbólico e imaginario*. Buenos Aires: Letra viva.
- López Ocariz, C. (2017). *Historia y actualidad del Acompañamiento Terapéutico. Debates y desafíos en el campo de la Salud Mental (Maestría)*. Universidad Nacional de Rosario.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos* (2014). Buenos Aires.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657* (2011). Buenos Aires.
- Pavlovsky, F. (2019). *Tratamiento ambulatorio intensivo: abordaje individual y grupal del consumo problemático de sustancias*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Materiales Didácticos.
- Rossi, G. (2010). *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Touzé, G., Pawlowicz, M., Rossi, D., Goltzman, P., y Cymerman P. (2008). *Consumo de Drogas en Argentina*. En *Drogas en América Latina*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica Silvia Henríquez.

