



TRABAJO FINAL DE GRADO

**Presentado para acceder al título de
Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico**

Título: "Importancia del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el proceso de externación: presentación de un caso clínico del Hospital General Felipe Heras de la ciudad de Concordia".

Autor:

Costa, Verónica Patricia- D.N.I N° 30.691.362

Directora:

Lic. Escalante, María Sol.

Lugar:

Rosario

Fecha de presentación:

29/07/2024

Firma autor

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is cursive and appears to read 'Verónica Patricia Costa'. Below the signature, the name 'Verónica Patricia Costa' is printed in a smaller, blue, sans-serif font.

Índice

1.	Resumen	2
2.	Introducción	3
3.	Objetivos de la investigación	4
	3.1 Objetivo general	4
	3.2 Objetivos específicos	4
4.	Fundamentación	5
5.	Metodología	7
6.	Marco teórico	8
7.	Presentación del caso clínico	10
8.	Desarrollo	12
9.	Conclusión	21
10.	Referencias bibliográficas	24
11.	Anexos	26
	11.1 Entrevistas semiestructuradas a profesionales	26
	11.1.1 <i>Entrevista 1. Técnica en Acompañamiento Terapéutico. Licenciada en Psicología.</i>	
	<i>Daniela Schvindt,</i>	27
	11.1.2 <i>Entrevista 2. Licenciada en Acompañamiento Terapéutico. Tamara Chiappa.</i>	
	<i>Directora dispositivo habitacional. Co-directora Centro Educativo Terapéutico</i>	
	<i>Concordia. Directora Hogar “José”</i>	30
	11.1.3 <i>Entrevista 3. Licenciado en Psicología. Adrián Kolln</i>	37

1. Resumen

El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo dentro del campo de la salud mental, y más puntualmente en el proceso de externación, tiene una gran importancia, ya que desde sus inicios surge en el marco del cuestionamiento sobre el recurso de la internación, el encierro y el aislamiento. La efectividad de su rol y función, se debe a la modalidad de abordaje ambulatoria y de trabajo en equipo interdisciplinario, implementando intervenciones dentro de la cotidianidad del sujeto acompañado, posicionándose como un otro semejante. La presente investigación tiene como objetivo demostrar porque es importante la inclusión del dispositivo del acompañamiento terapéutico en el proceso de externación de una usuaria institucionalizada en el Hospital General Felipe Heras, de la ciudad de Concordia.

Palabras claves: dispositivo, acompañamiento terapéutico, proceso de externación

2. Introducción

El presente trabajo se encuentra enmarcado en la cátedra de Seminario de Trabajo Integrador Final, para la obtención del Título de grado de la “Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico” (Ciclo de Complementación Curricular) dependiente de la Universidad del Gran Rosario.

El propósito de esta investigación será la de indagar la importancia del dispositivo de acompañamiento terapéutico en el proceso de externación, a través de la presentación de un caso clínico de una usuaria institucionalizada en un Hospital General, de la Ciudad de Concordia.

Tomaremos como antecedente un trabajo final del Seminario de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico, dictada en la Universidad Autónoma de Entre Ríos, correspondiente al año 2018, siendo resultado del caso mencionado anteriormente, enmarcado dentro de las Prácticas Profesionales Supervisadas. (López, 2018)

El mismo nos sirvió como disparador, para el alcance de los objetivos del desarrollo de este trabajo, el cual se complementará con la información actualizada que se recabó a través de la metodología de trabajo de campo, mediante la realización de entrevistas a los profesionales de la salud, que han intervenido posteriormente en el proceso de externación; y a su vez dar conocimiento de cómo se encuentra en el presente la usuaria.

En las últimas décadas dentro de las políticas públicas del campo de la salud mental, se ha producido una apertura en la implementación de nuevos dispositivos, para el abordaje de problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico. Desde el nuevo paradigma de derechos humanos, el usuario es considerado como sujeto de derechos.

Este movimiento de apertura, posibilitó el surgimiento de nuevos actores dentro de los tratamientos, dando mayor relevancia a la figura del Acompañante Terapéutico, ya que su labor está dirigida a romper con las lógicas manicomiales que imperaban con el viejo modelo médico hegemónico.

Es por ello que nos propusimos poder indagar la relevancia de este dispositivo, en el proceso de externación, ubicando cuáles son las condiciones que determinan la institucionalización, y cuáles son los que contribuyen al proceso de externación. Por otra parte, también indagaremos el estado actual del caso clínico presentado.

3. Objetivos de la Investigación

3.1 Objetivo general:

-Investigar la relevancia del dispositivo de Acompañamiento Terapéutico en el proceso de externación en el campo de la Salud Mental.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar las condiciones que determinan la institucionalización.
- Señalar los determinantes que contribuyen al proceso de externación.
- Indagar el estado actual del caso clínico presentado.

4. Fundamentación

A lo largo de la historia, la locura ha sido considerada de distintas maneras de acuerdo a lo que plantea Foucault, según Utrilla (1993) los locos han sido excluidos, desterrados, considerados sagrados u originales, y por último, confinados ya sea compartiendo su encierro con personas con diferentes problemáticas (socioeconómicas, familiares, políticas, religiosas) o en manicomios y clínicas de salud mental. Se ha tratado de doblegar su espíritu y su cuerpo con métodos que van desde la indolencia a los castigos y torturas físicas y psíquicas.

Nuestro país no está exento de estas consideraciones. Solo a partir de la segunda mitad del siglo XX se comienza a considerar a los enfermos mentales como sujetos de derecho, incluidos en las políticas y prácticas de salud mental y se realizan experiencias alternativas al manicomio pioneras en Latinoamérica. Teniendo en cuenta lo que menciona Stolkiner (2021) en relación a las prácticas en salud, persisten aquellas que se encuadran dentro de las manicomiales tradicionales (encierro y medicalización) y las que apuntan a la restitución y protección de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental; coexistiendo actualmente modelos antagónicos dentro del campo de la salud mental.

En la actualidad, nuestro país cuenta con un instrumento jurídico, la ley nacional de salud mental N° 26.657 cuyos fundamentos expresan la necesidad de consolidar el cuidado de la salud mental como un derecho humano fundamental, apuntando a la transformación de instituciones y prácticas, teniendo en cuenta concepciones innovadoras para formular un nuevo marco teórico-técnico y político-sanitario.

La ley establece en sus Art.14 y 15, que la internación es un recurso terapéutico que solo debe utilizarse en última instancia, en un tiempo relativamente breve y no como solución a problemáticas socio-económicas.

Debemos mencionar que la figura del acompañante terapéutico en la Argentina surge en la década de los '70, como un recurso para el trabajo con pacientes adictos que presentaban dificultad para adherirse al tratamiento. Al estar la presencia de un Otro, desde otro lugar, permitió una dinámica diferente en los tratamientos, afianzando el proceso de recuperación de los sujetos.

Actualmente, se considera al acompañamiento terapéutico, ya no como un recurso, sino como un dispositivo. "Si nos referimos a un dispositivo como aquellas prácticas que, por su naturaleza estratégica y

de trabajo en red, posibilitan hacer frente a una situación emergente provocando un efecto, (...) (Vitelleschi, Audisio, 2014, p.p. 31-32); el acompañamiento terapéutico cumple con estas características de trabajo, resultando así una herramienta fundamental para el abordaje integral durante el proceso de externación.

5. Metodología de la Investigación

Esta investigación será llevada a cabo utilizando las metodologías de: revisión bibliográfica, y de trabajo de campo. Realizaremos un análisis exhaustivo de diversos textos, que nos aporten el estado actual de la cuestión o antecedentes sobre el tema a investigar. También, aplicaremos el método de estudio de caso, a través de la lectura de registros y entrevistas semiestructuradas a diferentes profesionales intervinientes en el proceso de externación de la usuaria; lo que posibilitará la recolección de datos cualitativos y análisis, dándole cuerpo a la metodología de trabajo de campo, que se caracteriza por ser flexible manteniendo una estructura básica de la entrevista.

6. Marco teórico

A continuación, desarrollaremos los conceptos que serán utilizados en el presente trabajo.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010): art.1° “La presente Ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional (...)” (p.10).

Art.3°: En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (...). (p.12)

Art.8°. “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados (...)” (p.19).

Art.9°: El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (p.19)

Art.11°: (...) implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como (...) casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (p.20)

Art.14°: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (...)”. (p.23).

Art.15°: “La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. (...) En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda (...)”. (p.24).

Dispositivo: Según Fanlo (2011):

(...) Conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho, como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (...). (p.1)

AT como dispositivo: Según Banzczyk (2023), “El At pensado como un dispositivo, posibilita la construcción de un abordaje terapéutico ampliado, donde no solo se trabaja con el sujeto designado como paciente sino también con contexto del que forma parte.” (p.35).

Según Banzczyk (2023), “En este sentido, Frank (2015) plantea que en el acompañamiento terapéutico no solo se aborda al paciente en su singularidad, aislado de vínculos, sino a todo lo que participa de la escena, es decir, a todos aquellos personajes y actividades que constituyen y forman parte de la vida diaria del sujeto.” (p.36).

Proceso de externación: Según Esrequis (2020):

Se puede pensar este proceso como parte de la desinstitucionalización. Se trata de modificar los modos en que se practica la curación de las personas para transformar su sufrimiento, porque la terapia no es entendida solo como búsqueda de la solución-curación, sino como un conjunto global, cotidiano y elemental de estrategias indirectas e inmediatas que consideran el problema a través de la revisión crítica sobre la terapia misma. (p.67).

7. Presentación del Caso Clínico

En primer instancia, presentaremos un breve resumen de la historia clínica que hemos podido recabar mediante las entrevistas realizadas, la lectura de registros y el material bibliográfico consultado. (Trabajo Final de Seminario Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico 2018).

Norma V. nació el 21 de octubre del año 1970, actualmente tiene 53 años de edad. Su diagnóstico es Esquizofrenia Paranoide con cierto grado de retraso madurativo.

Norma recibe tratamientos psiquiátrico, psicológico y farmacológico; actualmente se encuentra internada en la sala de salud mental del Hospital Felipe Heras de la Ciudad de Concordia, por lo que es asistida por el cuerpo de enfermería de esta institución.

Norma comenzó a presentar sus primeros síntomas a los 16 años de edad, los cuales eran alucinaciones auditivas e ideaciones persecutorias. Desde entonces, y hasta la actualidad, la usuaria ha estado internada en diversas instituciones, como hospitales, neuropsiquiátricos, internados religiosos.

Su familia está constituida por cuatro hermanos, del primer matrimonio de su mamá, y tres hermanos del segundo matrimonio, de los cuales uno se encuentra residiendo en la ciudad de Concordia, con quien se ha logrado la re-vinculación durante este último periodo. A los 17 años de edad quedó huérfana de padre y actualmente huérfana de madre.

Norma ha tenido una relación dentro de la institución SISAME, donde recuerda haber estado embarazada, y que lo perdió antes de cumplir sus ocho meses de gestación. El mismo ha llegado a término y dado en adopción; en ese entonces se le habían retirado los medicamentos durante el embarazo. Si bien este hijo sabe de la situación de la progenitora, no ha querido tomar contacto.

Norma ha estado por más de treinta años institucionalizada en diversos lugares como en el Neuropsiquiátrico SISAME de Diamante, el Neuropsiquiátrico de Concepción del Uruguay, la Sala de Salud Mental del Hospital Felipe Heras, donde se encuentra actualmente.

Durante estos últimos años la usuaria ha transitado su proceso de externación primeramente en el dispositivo de Casa de medio camino (año 2018) ubicado a una cuadra del Hospital Felipe Heras, como instancia previa a recibir el alta de internación, el periodo fue de nueve meses junto a tres compañeras.

Por el desfinanciamiento del dispositivo, el mismo fue cerrado, provocando la descompensación de la usuaria, y por tal motivo vuelve a ser institucionalizada. En esta instancia se incorpora el dispositivo de acompañamiento terapéutico, donde el objetivo fue poder acompañar la estabilización de la usuaria, y luego continuar con los objetivos de autonomía y re-sociabilización.

Más recientemente, otra de las instancias en donde se ha trabajado su proceso de externación fue el Dispositivo Habitacional, ubicado en el centro de la Ciudad de Concordia. La directora del mismo, tenía un vínculo construido previo con la usuaria, en el Hospital Felipe Heras.

También Norma ha asistido en este último tiempo, aunque por un corto periodo, al espacio del Centro Terapéutico de Día, bajo la modalidad ambulatoria en donde se dictaban diversos talleres.

En el año 2021 se ha incorporado nuevamente a su tratamiento el dispositivo de acompañamiento terapéutico, para poder trabajar los objetivos de autonomía y re-sociabilización, el mismo fue interrumpido por temas personales del acompañante terapéutico, por tal motivo no estuvo durante el último proceso de externación, reincorporándose una vez que la usuaria había vuelto a ser hospitalizada debido a una crisis.

Durante el trascurso del tratamiento del acompañamiento terapéutico, Norma ha manifestado ideas delirantes del tipo persecutorio, alucinaciones auditivas, ideas ambivalentes y agresiones verbales. Esta actitud paranoica se presenta luego de una crisis que tuvo lugar una vez iniciado el acompañamiento, y fue disminuyendo paulatinamente luego de su estabilización. Actualmente sus lazos afectivos, familiares y amistades se encuentran debilitados; ha mantenido el contacto con dos de sus hermanos previamente a esta internación. En la actualidad Norma no cuenta con el dispositivo de acompañamiento terapéutico.

8. Desarrollo

Los inicios del Acompañamiento Terapéutico, según los antecedentes bibliográficos se ubican en la década del 50, aunque con denominaciones y características propias de cada contexto histórico-sociopolítico, ya que a nivel mundial se comienza a dar una apertura en los tratamientos; gracias a las influencias de la antipsiquiatría, la psiquiatría comunitaria, el psicoanálisis y los avances en el campo de la psicofarmacología así, la Psiquiatría deja de ser considerada como la única disciplina encargada de “curar” las enfermedades mentales. Esto contribuyó a la implementación de dispositivos de atención ambulatorios y abordajes inter/transdisciplinarios o multidisciplinarios.

En Argentina si bien no hay precisiones acerca de los comienzos de esta práctica, el acompañamiento terapéutico llega en el marco del cuestionamiento sobre el recurso de la internación, el encierro y el aislamiento, como únicas formas de tratamientos. Surge así, el concepto de campo de la Salud Mental apareciendo como aglutinador de esta nueva corriente que pretendía superar el manicomio como forma de asistencia.

A partir de la década de los 70, podemos mencionar el aporte del psiquiatra Eduardo Kalina, quien denomina a este recurso como “amigo calificado”, el cual era requerido para el trabajo con pacientes adictos, que no adherían a los tratamientos, brindando otra dinámica para afianzar el proceso de recuperación del sujeto.

Una de las primeras definiciones que se le dio al Acompañamiento Terapéutico en nuestro país, fue la del Psicólogo Rossi (2019) quien lo conceptualiza como un recurso clínico especializado y alternativo, que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional/equipo que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario que implica un abordaje integral de pacientes severamente perturbados. Se desempeña en forma ambulatoria promoviendo el desarrollo de un proyecto terapéutico valiéndose de la cotidianidad.

En los últimos tiempos, de acuerdo a lo que plantea la Psicóloga Graciela Bustos (2021) se produjo una “demanda masiva” en las solicitudes de acompañamiento terapéutico, desde otros ámbitos como son el de la salud, la educación, la justicia, para intervenir con sujetos vulnerables.

Como lo menciona la Lic. Susana Kuras Mauer (2015), en la actualidad:

Pensamos al acompañamiento en términos de Dispositivo. El término “dispositivo”, tomado del pensamiento de Michell Foucault, parece referir al entramado de una serie de prácticas y de mecanismos con el objetivo de hacer frente a una urgencia y de conseguir un efecto. (...), nos interesó rescatar tres aspectos consustanciales con esta profesión: la naturaleza estratégica del dispositivo, su heterogeneidad, y su funcionamiento en red. (p.3).

El acompañamiento terapéutico cumple con estas características de trabajo mencionadas anteriormente, resultando así una herramienta fundamental para el abordaje integral durante el proceso de externación.

Como bien venimos desarrollando hasta aquí, el dispositivo de acompañamiento terapéutico, se fundamenta desde sus orígenes y hasta la actualidad, en el abordaje de personas con padecimiento mental, en la búsqueda de evitar el aislamiento, la estigmatización y la cronificación del sujeto. Es por ello que tomamos este caso clínico, como punto de partida para dar cuenta de la importancia de la inclusión del dispositivo de acompañamiento terapéutico en el proceso de externación, de esta usuaria institucionalizada desde hace más de tres décadas.

Nuestro país cuenta con un marco legal, la ley nacional de salud mental N° 26.657 (2010), que en su artículo 3° “(...) reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p.12).

De acuerdo a esta nueva concepción, se amplía la comprensión de las problemáticas actuales en el campo de la salud mental, no centralizándose solamente en la psicopatología, ni en la idea de ésta como un estado; sino dando lugar a la transitoriedad, a la idea de proceso, permitiendo pensarnos como padecientes potenciales, relativizando el estigma del que sufre como enfermo o loco.

Respecto a la modalidad de abordaje, la ley plantea que la misma debe realizarse a cargo de un equipo interdisciplinario y de trabajo intersectorial, preferentemente por fuera del ámbito de internación hospitalario, reforzando, restituyendo y promoviendo los lazos sociales. Se deberán implementar el

desarrollo de dispositivos para la inclusión social y laboral, tales como casas de convivencia (casa de medio camino, dispositivo habitacional), hospitales de día, cooperativa de trabajo, centro de día, etc.

Podemos mencionar, que, de acuerdo al caso clínico presentado, esta usuaria contó con un equipo interdisciplinario conformado por: psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, asesora legal del Servicio de Salud Mental, y en momentos por estudiantes avanzados de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico y una Acompañante Terapéutico. Con respecto al abordaje intersectorial, se trabajó conjuntamente con un dispositivo habitacional, casa de medio camino y centro educativo terapéutico.¹

En el tratamiento de la usuaria ha habido fluctuaciones en el equipo interviniente ya que nunca fue el mismo, sino que se fue modificando a medida que surgían distintas demandas por parte de Norma. Si bien, siempre se apuntó a trabajar de manera interdisciplinaria, hubo momentos que ésta interdisciplina se transformó en multidisciplinaria debido a la falta de comunicación y consenso de los profesionales, como así también a la disponibilidad de los recursos.²

Teniendo en cuenta lo que plantea la ley nacional de salud mental en relación al recurso de la internación, la misma debe llevarse a cabo en hospitales generales, por períodos breves, y su indicación o prolongación no debe ser la solución a problemáticas sociales o de vivienda. En relación al caso de Norma, se evidencia a través de las entrevistas realizadas que, si bien la usuaria ha sido internada en situaciones de crisis, luego de compensarse, siguió residiendo en el hospital. La sala donde ella se encuentra internada es un servicio de agudos, para atención en crisis, y por tanto, se han dado a lo largo del tiempo, algunos intentos de externación de esta usuaria; los mismos no han podido sostenerse en el tiempo por diversos motivos como son, la falta de implementación de la ley, la falta de dispositivos alternativos de externación, el trabajo intersectorial e interinstitucional, y un acompañamiento en red que sostenga. Así mismo, no podemos dejar de mencionar que otro factor que ha contribuido a su internación prolongada está relacionado con su subjetividad, su historia de vida, su paso por diferentes hospitales. Esto ha generado en ella muchas resistencias y falta de credibilidad en aquellos proyectos que se le proponían.³

¹ Ver anexo Entrevistas semiestructuradas a profesionales (1-2-3)

² Ver anexo Entrevistas semiestructuradas a profesionales (1-2-3)

³ Ver anexo Entrevistas semiestructuradas a profesionales (2-3)

A pesar de que contamos con la Ley de Salud Mental, Stolkiner (2021) sostiene que dentro de las prácticas de salud persisten las que se encuadran dentro de las manicomiales tradicionales (encierro y medicalización) y aquellas que apuntan a la restitución y protección de los derechos humanos de los sujetos padecientes, coexistiendo actualmente modelos antagónicos dentro de las prácticas en el campo de la salud mental. Podemos mencionar que, en este último modelo, nace el dispositivo de acompañamiento terapéutico, con el objetivo de restituir los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

De acuerdo a lo que teorizó la psicóloga Stolkiner (2021) existen múltiples determinantes sociales de la salud, que no solo amplían el concepto de ésta, sino que incluyen diversas dimensiones (económicas, sociales, biológicas, psicológicas y culturales) las cuales implican, indefectiblemente, una intervención multisectorial, que involucre la acción de diversos actores y un Estado presente, que lleven adelante políticas públicas socio-sanitarias.

En relación a esto, podemos dar cuenta que las condiciones que llevan a que la usuaria continúe institucionalizada no se reducen a la información recabada de las entrevistas, sino que resulta ser más complejo.

El Servicio de Salud Mental en el Hospital Felipe Heras data desde la década de los 60, siendo este, un hospital general polivalente, lo hace pionero por tener esta integración.

Según Brodsky (2014) evitar:

(...) procesos de institucionalización y hospitalismo, ha sido el criterio que ha prevalecido en su historia, aunque en muchos casos y sobre todo en las últimas décadas, las crisis económicas, el abandono familiar y social y del estado han determinado que la sala constituya para algunos pacientes su hogar (...). (p. 25)

A lo largo de su vida, Norma ha estado institucionalizada en varios lugares; en muchas oportunidades se ha propuesto como objetivo lograr que pueda reinsertarse socialmente, habiendo varias instancias que promovieron llegar a una externación. Adentrándonos en lo que refiere al proceso de externación, el mismo se define, según Esrequis (2020):

(...) parte de la desinstitucionalización. Se trata de modificar los modos en que se practica la curación de las personas para transformar su sufrimiento, porque la terapia no es entendida solo como búsqueda de la solución-curación, sino como un conjunto global, cotidiano y elemental de estrategias indirectas e inmediatas que consideran el problema a través de la revisión crítica sobre la terapia misma. (p.67)

Para acompañar el proceso de externación de la usuaria que ha estado institucionalizada desde hace varias décadas se requiere del trabajo de un equipo interdisciplinario y de abordaje multisectorial. Para llevar a cabo este objetivo, podemos mencionar algunos determinantes: la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, la inclusión del dispositivo de acompañamiento terapéutico, el recurso humano y físico (casas de medio camino, dispositivo habitacional, centro de día, dispositivos socio-laborales, etc.), la intervención de diversos organismos competentes en el abordaje de la problemática, promover redes de apoyo y contención, como así también de revinculación familiar.

Siguiendo el lineamiento de la Ley 26.657, la atención de la Salud Mental debe realizarse por fuera del ámbito hospitalario, siendo necesario para esto la implementación de dispositivos alternativos.

Durante el tratamiento de Norma, podemos mencionar varios de estos que intervinieron acompañando su proceso de externación: casa de medio camino, centro de día y dispositivo habitacional.

La casa de medio camino, según la definen Lascano-Loss (2020):

Es una institución que tiene por objetivo responder a las necesidades de las personas que han estado internadas en instituciones monovalentes de salud mental o en hospitales generales, y que se encuentran en proceso de externación, rehabilitación e integración social. El propósito de este establecimiento (...) es el lograr que estas personas puedan desenvolverse en la sociedad, de forma autónoma, autogestiva y participativa, mediante un proyecto de vida personal. (p.2)

Este dispositivo surge en un momento en el cual se pensaba en su posible externación y ella se encontraba con dificultades para convivir con su grupo familiar y en forma independiente. Esta casa de medio camino estaba financiada por una fundación, la cual, después de un breve tiempo no pudo sostener más el alquiler del inmueble, y debió cerrar. Es aquí donde esta situación agrava el padecimiento de Norma generando una descompensación; ella había logrado tener una adherencia muy importante con el

dispositivo, el mismo contribuyó positivamente a que desarrollara distintas habilidades y pudiera conservar las que ya tenía.⁴

El centro de día es (...) uno de los efectores de la Red Integrada de Salud Mental con base en la Comunidad, dedicado a la promoción, prevención, tratamiento y principalmente la rehabilitación psicosocial.

Tiene por objetivo la inclusión social plena (productiva, creativa, gratificante) de las personas con padecimiento mental, mediante el trabajo conjunto por el desarrollo de sus habilidades e intereses, la detección y desarrollo de los recursos socioambientales y el fortalecimiento de su autonomía.

Gran parte de las personas con padecimiento mental que han sufrido procesos de cronificación tienen como consecuencia el aislamiento, deterioro, marginalización y estigma (...) incluye entre sus objetivos evitar y/o desactivar los mencionados procesos (...)

(...) se adaptan de manera flexible a las necesidades de cada persona, detectando sus habilidades, intereses, recursos, referentes vinculares, lugares de pertenencia y actividades significativas; tanto actuales como potenciales.

Es un dispositivo de transición hasta tanto se efectivice el proceso de inclusión social. ("Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental", 2019).

De acuerdo a la entrevista realizada a la Lic. Chiappa, el centro de día fue un espacio que Norma sostuvo, en el cual las personas que participaban no pertenecían al servicio de salud mental. En este centro, se realizaban actividades relacionadas con la venta de macetas que ellos mismos elaboraban y hacían salidas recreativas; éstas contribuyeron a que el proceso de externación de la usuaria sea más ameno; su rutina diaria, al principio, era asistir a la tarde al centro de día, y luego volver al Hospital.⁵

El dispositivo habitacional es (...) parte de una política integral cuyo objetivo es brindar respuestas socio-sanitarias para aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio, o en condiciones de ser externadas de instituciones monovalentes de

⁴ Ver anexo Entrevista semiestructurada a profesionales (3)

⁵ Ver anexo Entrevista semiestructurada a profesionales (2).

salud mental (públicas o privadas) y que no cuentan con otras posibilidades de acceso a una vivienda digna en la comunidad.

(...) Son dispositivos promocionales de las habilidades de las personas y parte fundamental de la estrategia de rehabilitación psicosocial. La máxima autonomía posible y ejercicio de los Derechos de las personas son su principal propósito.

Se destaca que el dispositivo de inclusión habitacional no es un servicio de internación (...) (“Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental”, 2019)

La usuaria llega al dispositivo habitacional por una derivación realizada desde el Servicio de Salud Mental del Hospital, como una nueva alternativa de externación. Debido a que sus experiencias previas no resultaron favorables, y ella descreía toda nueva propuesta planteada, su incorporación en el dispositivo se llevó a cabo de manera paulatina. Esto le permitió ir conociendo el lugar y sus nuevos compañeros. Durante la mañana permanecía en el Dispositivo Habitacional, a la tarde continuaba asistiendo al Centro de Día, y una vez finalizadas sus actividades, regresaba al Hospital.

Su estadía en el dispositivo no duró mucho tiempo debido a que sus episodios psicóticos se fueron complejizando y manifestando de manera más recurrente, lo cual hizo que en reiteradas ocasiones concurrieran a la guardia con el consentimiento de Norma, para que sea asistida y compensada; al lograr esto le permitían regresar al dispositivo. Más adelante, esta situación se fue agravando, produciendo reiteradas internaciones breves, hasta que finalmente ella decide internarse voluntariamente en la sala.⁶

De acuerdo a la información que pudimos recabar de las entrevistas, la usuaria se encuentra actualmente internada en la sala del servicio de salud mental del hospital Felipe Heras de la ciudad de Concordia.

Cabe mencionar, que dentro de este servicio que es destinado para usuarios que estén atravesando una descompensación, y por lo tanto solo sería para tratar episodios agudos; la usuaria, en su estado de hospitalización, tiene acceso a un sistema de salidas, que los demás no lo tienen, para la realización de distintas actividades tales como, concurrir al dispositivo laboral, realizar compras y tramites.

⁶ Ver anexo Entrevistas semiestructuradas a profesionales (2).

Se pudo conocer que su demanda actualmente es la de volver a reincorporarse al dispositivo habitacional, en donde se había comenzado a trabajar su proceso de externación, el cual pudo sostenerse a lo largo de un año. Debemos mencionar que el mismo, no cuenta con vacantes actualmente. Ante la falta de recursos, tanto humano como material, que contribuyan al acompañamiento y sostén de este proceso de externación, la usuaria se encuentra nuevamente institucionalizada en la sala de salud mental del hospital.

De lo anterior resulta que; la inclusión del dispositivo de acompañamiento terapéutico durante el tratamiento de Norma, se ha dado de manera intermitente, por periodos breves, con estudiantes que estaban realizando sus prácticas profesionales supervisadas de la tecnicatura y una profesional del campo del acompañamiento terapéutico. En los distintos momentos del tratamiento se han implementado diversas estrategias que respondían a los objetivos delimitados por el equipo interviniente de ese instante. Entre estos podemos destacar: el establecimiento del vínculo de confianza, el proceso de externación, el proceso de estabilización, la adquisición de la autonomía, la restitución de los lazos afectivos y familiares.

De acuerdo a lo recabado de las entrevistas y a la revisión bibliográfica, pudimos constatar que a través de la implementación del dispositivo en acompañamiento terapéutico, la usuaria ha tenido grandes avances, pudiéndose lograr varios de los objetivos propuestos, de tal modo, que luego de concluirse estos mismos, ella ha podido desenvolverse de forma autónoma e independiente, en cuanto a las actividades de la vida diaria, tales como poder ir sola al banco a cobrar su pensión, concurrir a los espacios de talleres (revista, radio, huerta), manejar y administrarse con su dinero, realizar compras de acuerdo a sus necesidades, compartir tiempo y espacios con sus familiares (los fines de semanas quedaba a dormir con su hermana), mejorar las relaciones interpersonales con el cuerpo de enfermería.

Estos objetivos que han sido alcanzados gracias al trabajo en equipo, con inclusión de acompañantes terapéuticos, podían lograr un efecto que perduraba por un corto periodo en la usuaria, una vez dándose los cierres del dispositivo, luego nuevamente recaía en las consecuencias propias de la hospitalización crónica.

Todo lo planteado hasta ahora, nos ha sido útil para poder dilucidar la importancia del dispositivo de acompañamiento terapéutico en los procesos de externación. Por las características que ya mencionamos en este trabajo, podemos decir que el acompañamiento terapéutico es un dispositivo

terapéutico por excelencia para integrar los procesos de contención, los cuales permitirán la mayor autonomía posible de aquellos sujetos con padecimientos psíquicos. La inclusión del acompañamiento terapéutico en el proceso de externación, permite implementar estrategias terapéuticas que apunten a sostener el lazo social, generando un afuera contenedor, el cual se sustenta en pilares terapéuticos y vinculares.

Sobre el dispositivo de acompañamiento terapéutico, Vittelleschi y Audisio sostienen (2014): “Es importante considerar que funciona a modo de garantía para el paciente y el equipo. Además, destacamos la posibilidad de reducir los efectos de segregación y corte del lazo social de las internaciones psiquiátricas.” (p.115).

9. Conclusión

Como resultado de esta investigación, se concluye que el dispositivo de acompañamiento terapéutico, desde sus inicios y hasta la actualidad, ha demostrado ser una herramienta fundamental para el abordaje de problemáticas complejas referidas al campo de la salud mental, expandiéndose más recientemente a otros ámbitos, como el campo de la educación, la justicia, la discapacidad y lo comunitario. Es por ello que la práctica del acompañamiento terapéutico, ha ganado legitimación respecto al rol, el cual fue consolidándose a través de la profesionalización, pasando desde la informalidad a los ámbitos académicos, mediante tecnicaturas en universidades públicas como privadas.

En nuestra provincia de Entre Ríos, contamos desde el 18 de noviembre del año 2020, con la Ley N° 10.847 con la cual se crea el primer colegio de acompañantes terapéuticos a nivel nacional, denominado CATER (Colegio de Acompañantes Terapéuticos de Entre Ríos). Esto resultó de suma importancia para el reconocimiento y validación de la profesión, lo que implica la jerarquización de la misma.

A pesar de esto, nuestra situación en la ciudad de Concordia, dentro del sistema de salud pública, no es la misma que en otros puntos del país, en donde los acompañantes terapéuticos forman parte de los equipos de salud. Esta falencia que tenemos al día de hoy, puede verse reflejada en el caso clínico presentado en este trabajo, en donde la usuaria solo contaba con este dispositivo por medio de estudiantes avanzados que realizaban sus prácticas profesionales (ad honorem) de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico y una profesional acompañante terapéutico, que recibía sus honorarios a través de la pensión de discapacidad de la usuaria.

Los intentos de externación de la usuaria no se pudieron sostener en el tiempo, a consecuencia de la falta de implementación de dispositivos alternativos así como también de recursos humanos, más precisamente, el acompañamiento terapéutico, que se integre a la dinámica del hospital y a las estrategias de tratamiento singulares de cada usuario, lo cual le hubiera garantizado un seguimiento y la posibilidad de continuar con el tratamiento requerido.

La incorporación del acompañante terapéutico en los equipos de salud pública también posibilita localizar e identificar las redes de apoyo socio-afectivas o restituir las, prevenir la institucionalización y la

cronificación del usuario, visualizar los síntomas de manera temprana previniendo recaídas y contribuir al sostén de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

Bustos (2020):

La inclusión del AT en el sistema público de salud es una herramienta fundamental para garantizar y sostener los tratamientos en el campo de la salud mental-, ofrecemos un dispositivo móvil, flexible, que permite ampliar la cobertura: en el domicilio, en la calle, en otras instituciones de la comunidad. Esto nos obliga a repensar las estrategias de intervención y a fundamentar la tarea realizada; desarrollar y validar métodos, técnicas e instrumentos de exploración e intervención en acompañamiento terapéutico tarea de las nuevas generaciones. (parr.61)

10. Referencias bibliográficas

- Banszczyk, B., Bustos, G., Frank, M.L. y González, K. (2023). *Acompañamiento Terapéutico. De lo clínico a lo comunitario*. Editorial Noveduc.
- Brodsky, S.L. (2014) *De amor y de muerte. Consideraciones sobre la prevención y asistencia al suicidio*. Editorial Panza Verde.
- Bustos, G. (2021, 10 de agosto). *XVIII Congreso Internacional*. Costa Rica.
- Bustos, G. (2020) *Salud Pública. El acompañante terapéutico un nuevo actor*. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-autonoma-de-entre-rios/practicas-acompanamiento-terapeutico-2/salud-pca/85773084>
- Bustos, G; Frank, M.L. (2011). *Acompañamiento terapéutico. Innovaciones en la clínica. Inscripción institucional*. Editorial Dunken.
- Esrequis, A. (2020). *Barquitos pintados. Experiencia Rosario: año IV-número 4*. Rosario.
- Fanlo, L. (2011). *¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze y Agamben*. Revista de filosofía, 1.
- Frank, M.L., Costa, M. y Hernández, D. (2016) *Acompañamiento Terapéutico. Clínica en las fronteras*. Editorial Brujas.
- Fudin, M. (2016). *De familias, psicosis e internación: una mirada psicoanalítica: conversaciones en el hospital*. Editorial Letra Viva.
- Lascano, B y Loss, A (2020). *Inserción del AT en nuevos Dispositivos en Salud Mental*. <https://es.scribd.com/document/532241125/LASCANO-INSERCIÓN-DEL-AT-EN-LOS-NUEVOS-DISPOSITIVOS-DE-LA-SALUD-MENTAL>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 de 2010. D.R. N° 603/2013
- López, F. (2016). *Trabajo Integrador Final. Seminario de Acompañamiento Terapéutico. Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico*. Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. UADER.
- Resol-2019-715-APN-SGS#MSYDS [Ministerio de Salud y Desarrollo Social]. Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de Salud Mental. 2019.
- Rossi, G.P. (2019) *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Editorial

Polemos.

Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Editorial Lumen.

Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Editorial Noveduc.

Utrilla, J. (1993). *Historia de la locura en la época clásica I*. Editorial Fondo de cultura económica S.A.

Vitelleschi, B. y Audisio, S. (2014). *El acompañante terapéutico en la clínica de lo cotidiano*. Editorial Bonum.

11. Anexos

11.1 Entrevistas semiestructuradas a profesionales:

1. ¿Cuál es tu profesión dentro del campo de la salud mental?
2. ¿Cuál fue la relación laboral establecida con la usuaria? ¿Cómo ha llegado la demanda?
3. ¿Cuáles fueron tus objetivos, desde tu rol y función dentro de su tratamiento?
4. ¿Cómo estaba integrado el equipo terapéutico destinado al tratamiento de la usuaria?
5. ¿Existieron otros organismos/sectores que hayan intervenido?
6. ¿Se ha podido realizar una re-vinculación con los lazos familiares?
7. ¿Se ha podido construir espacios de re-sociabilización?
8. ¿Cuáles son los factores que podrías mencionar, contribuyen a que la usuaria continúe estando institucionalizada?
9. ¿Y cuáles favorecerían a poder llevar a cabo el proceso de externación?
10. ¿Cuál es la situación actual de la usuaria? Teniendo en cuenta la ley nacional de salud mental vigente, qué tipos de medidas se han podido (o se podrían) tomar, teniendo en cuenta que la usuaria esta desde varias décadas institucionalizada.

11.1.1 Entrevista 1. Técnica en Acompañamiento Terapéutico. Licenciada en Psicología.

Daniela Schvindt

- 1) La acompañe por mucho tiempo pero de manera medio intermitente, o sea en el sentido de que yo la acompañaba la semana que cobraba, dos veces o tres por semana como para que ella lo pueda hacer sola. Trabajamos un montón de objetivos que tenían que ver con el manejo del dinero y demás pero no estuve en el proceso de externación de Norma porque cuando yo me fui de viaje, Norma todavía estaba en trámites papeleríos.
- 2) Bueno mi profesión dentro del campo de la salud mental es Técnica en Acompañamiento Terapéutico y también soy Licenciada en Psicología.

La relación laboral establecida con la usuaria fue Acompañante-Acompañado, la demanda llega a través del equipo interdisciplinario, que en ese momento estaba con ella, formaba parte su psicólogo de muchos años y una trabajadora social que estaba dentro de lo que es la residencia interdisciplinaria de salud mental, que junto con el equipo de sala de internación, estaban pensando un proyecto de externación. Entonces a partir de este proyecto llega a mí la demanda.

- 3) Los objetivos los fuimos pensando en principio con el equipo, después bueno a partir de una vez que yo empecé a trabajar con ella, al acompañarla, los objetivos pudieron ir cambiando para poder trabajar otras cosas que eran más urgentes con ella, bueno en esto de promover su subjetividad. La usuaria no iba al cajero sola, no se animaba así sea estando acompañada conmigo, a poder insertar su tarjeta, poner un código, aunque se lo sabía de memoria. El mayor tema con esto, era el gasto. Ella cobraba y se volvía al hospital sin casi un peso, porque entre lo que debía y las cosas que compraba para regalar se le iba toda la plata. Entonces como objetivo principal que primero era el de salir de la sala, sola, caminando, primero en remis, después pensamos en hacerlo caminando. O se iban en remis al centro y volvíamos caminando al hospital. Después pudimos hacer ambas cosas, ir y venir caminando.

Primero tuvo que ver con esto los objetivos, pero después fue cambiando, fue mutando a una cuestión del manejo del dinero. Hasta el momento que yo hice el acompañamiento con ella y luego cuando retomo. Después de varios meses que no estuve, ella había logrado administrar su dinero de una manera totalmente increíble a como empezamos.

Llegaba muy bien mes a mes, siempre le quedaba plata guardada. No es que dejó de hacer regalos, pero de comprar un montón de cosas para todos los enfermeros y al resto de usuarios que estaban ahí compraba unas facturas para todos, una gaseosa y listo. Antes les compraba cigarrillos a todos, ropa, en fin un montón de cosas.

- 4) Cómo está integrado el equipo terapéutico destinado al tratamiento del usuario, bueno estaba conformado como dije hoy por su psicólogo psiquiatra trabajadora social y yo como AT.
- 5) En ese momento yo no estaba con el acompañamiento, pero los organismos y sectores que intervinieron fueron: el dispositivo habitacional, el de Tamara; ella trabajó un montón en esta externación. Y después el órgano de revisión que vino y estuvo interviniendo, porque de hecho en un momento antes de que sea éste el lugar, también se había pensado en Diamante, y se había viajado hasta allá. Esta usuaria viajó a una entrevista acompañada por enfermeros, en ambulancia.
- 6) En cuanto a la revinculación con los familiares, podemos decir que se logró a medias. La usuaria empezó primero a comunicarse por teléfono con una de sus hermanas y después de un tiempo logramos que ella comience a ir a la casa, primero a pasar el día y en algunas oportunidades se ha quedado a dormir el fin de semana, pero generalmente iba a pasar el día. Esta revinculación llevó mucho tiempo y fue la única que, en el transcurso que yo estuve, se había logrado; o sea, años anteriores esto no había sido posible. En la actualidad, no sé cómo seguirá, pero a ella le hacía muy bien cuando su hermana la iba a visitar, la buscaba, se iban de paseo con cositas ricas para el mate.
- 7) La resociabilización que hubo fue en el hogar, que yo no estaba, pero ahí la usuaria pudo generar otras redes, hablar con otras personas, compartir con otros, porque estaba muy

acostumbrada, estaba en la iatrogenia de la institución y todos sus vínculos estaban ahí en el hospital.

- 8) Yo creo varios factores, primero lo que tiene que ver con los lazos familiares, porque si bien se logró un acercamiento, no fue continuo en el tiempo. La usuaria volvió a quedar muy sola, extraña mucho a su mamá que falleció hace muchos años, entonces eso tampoco la estaba ayudando. Después también considero que otro factor sería todo el equipo, en ese momento tampoco tenía una at. Como una percepción personal, siento que estuvo como bastante sola en su externación, por eso volvió a ese lugar donde ella se siente segura y está hace muchísimos años, entonces ahí ella es alguien, en el hospital ella tiene un nombre, tiene un lugar, se la escucha, por eso esta necesidad de siempre llevar algo, para seguir siendo reconocida como tal y ocupar ese lugar que no se pudo sostener en otros espacios.
- 9) Considero que la incorporación de un acompañante terapéutico serviría para que la usuaria pueda sostener su externación, ya que en el tiempo que yo trabajé con ella se pudieron lograr varios de los objetivos planteados; ella se sentía acompañada y contenida, ayudando de esta manera a que sostenga su tratamiento.

Lo que ayudaría también es la creación de más centros de día, casas de medio camino y otros dispositivos alternativos que la ley nombra.
- 10) En la actualidad la usuaria se encuentra alojada en la sala del servicio de salud mental del hospital. Igualmente ella tiene un sistema de salidas distinto al de los demás usuarios; ella puede salir a comprar sus cosas, a realizar trámites y concurre a un dispositivo laboral.

11.1.2 Entrevista 2. Licenciada en Acompañamiento Terapéutico. Tamara Chiappa.

Directora dispositivo habitacional. Co-directora Centro Educativo Terapéutico

Concordia. Directora Hogar "José"

- 1) Mi profesión dentro del campo de la salud mental es de licenciada en acompañamiento terapéutico.
- 2) En el momento de la admisión al dispositivo habitacional, mi relación laboral con la usuaria es como directora del espacio. Pero había un vínculo previo preestablecido, con ella, desde hace 10 años cuando yo realice las prácticas institucionales en el hospital, y fue ahí donde establecimos el primer contacto. Fuimos armando un vínculo donde la acompañé a un montón de actividades, ella se sumó también a otras, las cuales eran grupales en las cuales yo participaba también; ahí se fueron estableciendo los primeros momentos con la usuaria. En relación a la demanda, ésta deriva desde el servicio del hospital, el cual tiene como referente institucional al dispositivo habitacional, al cual fue Norma y otros usuarios en situación de crónicos.
- 3) Si bien uno puede visualizar objetivos y la función dentro del tratamiento de un usuario en proceso de externación, a nivel específico de la profesión, yo no cumplí ese rol con la usuaria, no hice de su acompañante, no acompañe específicamente en el proceso de externación, en la cotidianidad de ella, sino más bien desde el lugar de coordinación y de directora. Trabajé interinstitucionalmente con su equipo pero no planteamos objetivos que tienen que ver con la figura o el rol del AT. A nivel institucional los objetivos que se plantearon fueron, primer poder acompañar el proceso y la lógica de Norma en tanto boicot de tratamiento y de proceso de externación, ya había habido otros indicios en relación a la posibilidad de externarse, y ella a último momento lo boicotea, haciendo referencia a que esos lugares no son buenos, que al final, no estaba tan segura de querer irse cuando justo llegaba el momento de dar el último paso. Entendiendo esa lógica de funcionamiento de Norma, trabajamos algunas cuestiones previas, como: conocer el lugar a corto plazo, lo que nos permitía, poder pensar en una externación sustentable, actividades que tenían que ver con la casa, hacer compras con las compañeras, ir a pasar primero un fin de semana, y así

progresivamente, se fueron sumando más días con objetivos más claro y concretos para ella, donde podía garantizarle que no iba a perder el lugar en el hospital en el caso de que ella se arrepintiera. Una de las cuestiones que también se jugaba es que el único lugar seguro que tenía era el hospital, aventurarse a otro espacio tenía que ver también un poco con su historia, que ya había transitado en una casa de medio camino y después por cuestiones políticas y falta de financiamiento, se cerró; quedando ella con un montón de frustraciones y de ilusiones en relación a lo que se le había propuesto. Cuando ese dispositivo cierra todos los usuarios que transiten en ese lugar tienen que regresar a la sala de agudos, por lo tanto ese fantasma volvía a aparecer en la usuaria, en relación a si me voy puedo perder la cama del hospital. Todo lo que implica la cama del hospital simbólicamente, de lo concreto que sirve para dormir, es allí en donde guarda sus pertenencias más preciadas, donde tiene su espacio de pertenencia y así también de poderío ante la sala; era mucho lo que había para perder en el caso de que pueda estar en juego de que el otro espacio no funcionara y tuviera que volver.

El objetivo general era poder sostener a la usuaria sin irrupciones, sin manipulación, también hay que entender el despliegue de esta usuaria en el servicio donde durante muchísimos años, podemos decir unos 20 aproximadamente, fueron funcionales a su demanda; por lo tanto esta demanda inagotable en muchos momentos, donde iban cambiando los diferentes psicólogos, jefaturas y lógicas de intervención, la usuaria iba manipulando y generando ciertas situaciones de beneficio de goce del padecimiento, en donde la posicionaba en un lugar que era difícil renunciar a todo eso. Por lo siguiente, en el dispositivo ya no tenía esa respuesta en relación a los vínculos ni a los profesionales.

Otro de los objetivos fue modificar las lógicas que se manejaban en el hospital que no las continúe en el dispositivo habitacional; como por ejemplo lo que tiene que ver con el trueque de elementos, sobornos de alimentos por actividades, canje de tareas o actividades de la vida diaria que ella tenía que realizar como parte de la rutina en el dispositivo. Con esta lógica de 20 años de tener un sistema de hábitos incorporado, los cuales eran de intercambio, de abuso, de poder, de sálvense quien pueda, era un gran desafío y un gran

objetivo para trabajar. De acuerdo a lo que el equipo veía, la idea era poder desterrar esos hábitos que tenían que ver con la supervivencia dentro del servicio de sala, y demostrarle a la usuaria, de manera progresiva, que los mismos no eran necesarios en el nuevo espacio del dispositivo habitacional.

- 4) El equipo terapéutico destinado al tratamiento de Norma, estaba armado de tal manera que el mismo terminaba siendo funcional a las demandas de ella, en tanto era un gran desafío este personaje del servicio. El equipo estaba conformado por la trabajadora social, que hizo de articulación y aportó en la búsqueda de éste nuevo espacio; también hubo varios profesionales que no trabajaban directamente con ella, pero sí tenían un vínculo, lo cual generaba cierta adherencia al tratamiento; además había psicólogos, psiquiatra, el coordinador del servicio y el área de enfermería.

Si bien no hubo una participación directa de éste equipo de profesionales, pero sí la referencia de estos, que transitaron en la vida de Norma, sirvieron para impulsar en muchas intervenciones con la usuaria. Podemos decir entonces que todos los que transitaron en la vida de Norma y dejaron una huella, fueron positivos en su andar terapéutico, sirviendo en este proceso de externación.

- 5) Sí, previo al arrancar el proceso de externación en el dispositivo habitacional la usuaria había pedido el traslado a Diamante, en dónde en su momento también era un neuropsiquiátrico pequeño pero luego se había reconvertido en una residencia de adultos mayores. Ella viaja para la entrevista, y queda convencida que sí quiere ir; luego pasan los meses, la institución recién ahí contesta de que sí había lugar, que le daban la vacante. En ese momento, interviene el órgano de revisión entendiéndolo que se estaba incumpliendo con los artículos de la ley de salud mental, donde establece que el usuario no puede irse de su ciudad si tiene familiares o si tiene personas de referencia. Es aquí en donde, para garantizar el cumplimiento de la ley, aparece como una nueva propuesta el dispositivo habitacional. Teniendo en cuenta que la dirección del dispositivo estaba a mi cargo y ya existía un vínculo previo con la usuaria, esto fue informada a la misma, la cual decide renunciar a la solicitud de admisión de la institución de Diamante y pide la admisión para el

dispositivo habitacional. Durante el proceso, se la hizo partícipe a la usuaria, de la toma de decisiones, explicándole todo lo que implicaba decir que no a la institución que ya le había otorgado un lugar. Esto termina concluyendo con la negativa al otro espacio y su inclusión al dispositivo habitacional.

- 6) En tanto a la revinculación con los lazos familiares, sí se pudo trabajar muy bien con una de las hermanas, que no la visitaba seguido en el hospital, casi que no había vínculo. A partir de esta revinculación se pudo trabajar en la individualidad de la independencia en lo que tiene que ver con el traslado de la usuaria para que ella sola pueda ir a visitarla a la casa, entendiendo también que tenía que ser una visita, lo cual implicaba ir a tomar unos mates y poder regresar, para también desterrar el fantasma que tenía la hermana de que se la iban a dejar. Pudimos trabajar muy bien eso, inclusive una de las fiestas la usuaria pasa con su hermana y sus sobrinos, hasta que después empezaron a aparecer ciertas situaciones que tenían que ver más bien con la fantasía de la usuaria en relación al regreso de la mamá, la cual había fallecido hace 40 años, desde ese lugar queda ligada ahí la hermana generando irrupciones en el vínculo.
- 7) Los espacios de resociabilización de la usuaria sin duda que siempre tenían que ver con los circuitos de salud mental, ninguno de los espacios que se pudo trabajar o que se pudo sostener en el tiempo tenían que ver con cosas ajenas, lo cual hace que sea una revinculación o una resociabilización media rara, es decir, la usuaria ya estaba resociabilizada, hacía actividades y generaba encuentros que no tenían que ver con el afuera de la sala del servicio, lo cual después hace más difícil sostener esos espacios porque tienen que ver justamente con un profesional que lo sostiene, tiene que ver con una amiga únicamente del servicio, y cuando se queda sin ese vínculo que se había trabajado, se descompensa. Sacando todo lo que genero el servicio o el dispositivo, en relación a la revinculación social, no hubo otro espacio que se haya sostenido que el familiar.
- Un espacio que la usuaria sostuvo y no tenía que ver con los mismos participantes del servicio, es un centro de día en el cual hacían actividades que tenían que ver con la venta de productos de macetas que elaboraban, con actividades de salida a las termas o

recreativas, que salían del circuito que ella conocía. Eso ayudo a que el proceso de externación sea mucho más amigable, entendiendo de que a la mañana iba el dispositivo, a la tarde al centro de día luego, volvía al hospital a dormir y así ese circuito se mantuvo durante un largo tiempo donde a ella le dio seguridad de transitar por la ciudad cómodamente, siendo parte, siendo responsable de las actividades que tenía que sostener y los compromisos que se pautaban; eso contribuyó a que la usuaria pueda despegarse de la sala entendiendo también que su único interés en principio era la ingesta de alimentos que luego pudo sostener un espacio más allá de que haya o no alimentos, así que eso favoreció a que la usuaria pudiera salirse del servicio de la sala.

- 8) Creo que el cambio de gestión, cambio de propuestas, la caída de proyectos, hizo que la usuaria genere una apatía por cualquier cosa propuesta, desgano y además una falta de credibilidad a los proyectos. Por lo tanto todo lo que se le ofrecía, ella ya lo boicoteaba o daba por hecho que no iba a funcionar, porque después de un tiempo el proyecto se caía. Eso hizo que esos elementos dieran lugar a que la usuaria creyera que nada podía sostenerse en el tiempo, porque ya tenía antecedentes, no por nada, no lo cree, sino por los antecedentes previos a la casa de medio camino donde ella arranca y luego de un tiempo tiene que volver con todas sus cosas, donde le asignaron una psicóloga y después no le renovaban los contratos y se quedaba sin psicóloga, donde los procesos judiciales donde ella solicitaba la asignación de una residencia tardaban años. Todos esos elementos contribuyeron a que la paciente siga institucionalizada.
- 9) Lo importante sería que se pudiera contar con más dispositivos alternativos de externación, como lo dice la ley de salud mental, para así evitar la permanencia en el hospital. También la incorporación de un acompañante terapéutico sería de gran utilidad para que la usuaria puede sostener su cambio de lugar, ya que ella se siente muy referenciada en el hospital, y tenemos conocimiento que cuando Norma tuvo acompañantes, que por distintas razones no pudieron continuar con ella, su tratamiento se pudo ir sosteniendo.
- 10) La situación actual de la usuaria, es en este momento, pidiendo cupo de nuevo para ingresar al dispositivo habitacional. Luego de un año de estar externada la usuaria empieza

a generar descompensaciones todos los fines de semana cada vez haciéndolo con un nivel de violencia más agudo, sus descompensaciones tenían que ver con brotes psicóticos, donde ella referenciaba escuchar y ver cosas, por lo tanto terminaba siempre en la hospitalización. Y con todo lo que eso implicaba, había días que, terapéuticamente podíamos generar que la usuaria pueda ir al hospital, que podíamos trasladarla en un auto particular, que la podíamos convencer de que ella vaya al hospital para que pudieran asistirle en ese momento de gravedad y luego volvíamos, ella referenciaba que la íbamos a dejar abandonada por lo tanto se negaba a ir. Todo ese proceso de convencerla, de que quiere ir a la guardia, nos llevaba muchas horas, mucho desgaste de los equipos, teniendo en cuenta también que entre todo eso había cosas que se revoleaban, gritos, azotes de puertas, enfrentamientos con otros pacientes donde ella era la que generaba el desborde. Así estuvimos en los últimos 3, 4 meses, yendo a la guardia todos los fines de semana o por día, después cada vez se fue incrementando los días de la semana. Se vuelve a evaluar el tema del esquema farmacológico y volvemos a reunirnos, nos preguntamos qué nos pasa como equipo, qué es lo que le pasa a la usuaria que esta con estos desbordes constantes, hasta que se decide internarla de nuevo por un lapso de tiempo más duradero que solo la asistencia por guardia.

En ese regreso de compensación a la sala, Norma refiere que no quiere volver al dispositivo. Ahí empezamos un trabajo a la inversa, de empezar primero a que ella pueda entender lo que le había pasado, qué es lo que nos había pasado, qué situaciones piensa ella que pudieron desencadenar, y arranca con esta cuestión que había mencionado en su momento de que la mamá aparece, que le dice que se quede en el hospital, que ella la extraña, que ella no va a poder vivir en otro espacio que no sea el hospital porque está muy angustiada. Al día de hoy, sigue hospitalizada la usuaria en un servicio de agudos.

Teniendo en cuenta que, ella vuelve a solicitar la vacante en el dispositivo habitacional, ella vuelve a querer irse del hospital, pero bueno, con este constante manejo y manipulación que vuelve a aparecer como característica de la usuaria, pone condiciones cómo: “en estas condiciones yo me voy”, “yo quiero ir a este lugar”, “no, yo quiero ir a este otro lugar”, o

diciendo” dentro de dos semanas recién me quiero ir, antes no”. Todas estas cuestiones, que son elementos o herramientas que nos hemos dado cuenta en el transcurso del Acompañamiento a la usuaria, son de manipulación de las situaciones, son también de una respuesta y resultado de la institucionalización crónica que tiene esta usuaria y que hoy en la ciudad no tenemos ningún otro referente como para poder sostener y ofrecerle un dispositivo, ya que en mi espacio no hay más vacantes, y a nivel provincial no se han generado espacios que pudieran resolver y acompañar estos procesos.

11.1.3 Entrevista 3. Licenciado en Psicología. Adrián Kolln

- 1) Mi profesión es psicólogo, trabajo en el servicio salud mental, tengo un posgrado hecho en lo que es salud mental y derechos humanos, y por ahí mucha de la formación que tengo tiene que ver con eso y con la atención hospitalaria en lo que es agudos y patologías graves en crisis.
- 2) Con respecto a la segunda pregunta sería una relación psicólogo paciente, psicólogo usuario, una alianza terapéutica podríamos decirle, pero no hay una relación laboral; la relación laboral la tengo yo con el hospital que sería mi empleador pero no con la usuaria.
- 3) Los objetivos digamos que cuando ella me fue asignada como paciente, en un primer momento, tuvieron que ver con brindar la atención psicológica correspondiente que todo usuario del servicio que está cursando la internación tiene que tener. Ella justamente venía de sufrir una descompensación y el equipo anterior había intentado la externación con familiares, con una parte de la familia, y eso no resultó derivando en una descompensación de la usuaria, a lo que la misma comienza a negarse a seguir con ese mismo equipo y cambió de psicólogo y entro yo. Es decir que en un primer momento, los objetivos fueron que la paciente vuelva a estar compensada, poder atemperar lo máximo posible los efectos de esta descompensación que había tenido.
- 4) El equipo terapéutico en general es para todos igual, psicólogo, psiquiatra y lo que es muy importante el personal de enfermería, que el usuario tiene contacto 24 horas, eventualmente también hubo trabajadores sociales en ciertos momentos en el servicio y que estuvieron abocados a trabajar con esta usuaria ,y también, y ahí entran ustedes , varias acompañantes, estudiantes avanzados de acompañamiento terapéutico, que formaron parte del equipo; también tenemos la asesora legal del servicio su injerencia.
- 5) Sí existieron, la parte por ahí de Desarrollo Social de la municipalidad, pero fue muy poco, cuando se intentó generar la posibilidad de una vivienda propia o poder refaccionar la de los familiares para que Norma tuviera una habitación, pero no se llegó a nada con eso, no dispusieron los bienes, mejor dicho los materiales, después el programa Incluir Salud

también, en su momento alguna institución educativa que brindara algún taller o algunos de los cursos a los que Norma ha ido por ejemplo en el centro terapéutico, el centro de día de Tamara y Juliana, también participó, tuvo una parte importante brindando los talleres a los que Norma iba.

- 6) La institución justicia también digamos, desde todo lo que la justicia podría haber hecho y no hizo; y una institución especial fue la Fundación, que bancó unos meses, lamentablemente unos meses nomás, el tema de la casa de medio camino que fue un dispositivo en el que la usuaria tuvo una adherencia muy importante, que tuvo un desarrollo bastante positivo de distintas habilidades y conservación de las que ya tenía y en las que se pudo sostener junto a otra usuaria y a otros 2 usuarios más que también que estuvieron alojados mucho tiempo, hasta que por distintos motivos esta Fundación dejó de pagar el alquiler y el dispositivo se tuvo que cerrar, con todo lo que eso conllevó a agravar el padecimiento subjetivo de la usuaria; entonces redundó en una descompensación más, porque estaba muy afianzada. No sé si considerar esta fundación como una institución también que trabajó, pero para mí sí.
- 7) La revinculación con los lazos familiares ha sido parcial, ha sido fluctuante; parte de su familia es disfuncional, algunos con problemática de consumo, violencia familiar, y otra parte estuvo como desaparecía mucho tiempo, y el año pasado justamente, también por el trabajo de una acompañante, se logró que la fueran a visitar y que Norma fuera a visitar a su hermana, quedándose unos días ahí haciendo, retomando el vínculo. Con una parte de la familia sí se pudo, y con la otra no tanto porque justamente Norma lo que ha podido llegar a vislumbrar es que hay un imposible ahí, porque esa otra parte de la familia, en la cual ella sí tiene una ligazón afectiva, no están en condiciones ni de sostenerse ellos mismos, y han generado otras situaciones más complejas.
- 8) En cuanto a la resocialización, ha estado en distintos espacios, yo soy psicólogo de ella hace bastantes años y estos espacios han ido cambiando y ella se ha ido adaptando; participó mucho de lo que eran los talleres de la revista del revuelo en el attillo y en el programa de radio tuvo una parte muy activa, después lo que eran talleres que están

dirigidos por la terapeuta ocupacional donde se producían distintas cosas y también se vendía ropa, también participó mucho de eso, después en un momento concurre a algunos cursos de costura, muy breve, donde tenía cierta inserción aceptable.

Los factores que contribuyen a que siga institucionalizada es la no aplicación entera de lo que es la ley de salud mental, la no destinación de recursos en lo que tiene que ver con casa de medio camino, en casa de convivencia o casa de cuidado, como también se le llama, o directamente ayudarla económicamente con un alquiler, básicamente pasa por ahí. Si bien hay cuestiones que sí tienen que ver con la subjetividad, debido a que ella al estar tanto tiempo institucionalizada es un gran trabajo cada vez que se ha logrado externarla, hay que hacer un arduo trabajo previo, porque tiene sus idas y vueltas en esta idea, más allá que está con la idea de irse, cuando la posibilidad se acerca aparecen ahí las resistencias o una vez que se va aparecen pequeños obstáculos, descompensaciones o crisis, que hacen que termine volviendo siempre a la sala; nunca ha podido correr del todo el lugar de la sala como de referencia de ella.

- 9) Básicamente yo creo que si no se ha podido es porque no hay el recurso físico, aún no hoy, hace como 14 años de la sanción de la ley y no están los medios. Hubo una experiencia donde ella fue a una casa hogar pero no deja de ser una institución, y también ahí por distintas cuestiones que tienen que ver con su historia, termina entrando en crisis y se termina ese dispositivo porque sufre otra descompensación pero básicamente tiene que ver con eso, con que la ley no ha sido aplicada en su totalidad.

También sería interesante la incorporación de un acompañante terapéutico, ya que las veces que lo tuvo, se vieron avances muy positivos.

- 10) En cuanto a la situación actual, ella está en la sala alojada, tiene un régimen un poco distinto, con muchas más posibilidades de salir, de entrar, de ir a comprar cosas, que los otros usuarios no tienen el mismo régimen que los pacientes agudos, pero ella misma lo registra, así mismo no deja de estar dentro de la sala.

Ella hace una diferencia entre estar institucionalizada en la sala o en otra institución, o por ejemplo un geriátrico que también estuvo, una casa de ancianos, eso sí ella se sentiría de

acuerdo, ella llega a hacer la distinción de lo que es un servicio de agudo de salud mental a lo que es un geriátrico, una casa de cuidados de abuelo, donde ella también estuvo unos meses, incluso llegando a tener cierta actividad ahí en donde participó de lo que es el cuidado, también en la limpieza y en preparar la comida; en eso es muy resolutiva, tiene muchas capacidades para eso, pero bueno justamente no se pudo dar porque el costo de la pensión no llegaba a cubrir lo que era el costo del geriátrico. Básicamente las medidas que se pueden tomar es asignar recursos, después bueno, está el trabajo del equipo, que es todo un proceso, no es decir “está el recurso la llevamos, la dejamos ya está”; es todo un proceso de preparación, que se vaya adaptando a un lugar, a veces esto se hace de a poco, parcialmente, con que vaya los fines de semana o vaya de a poco unos días y después vuelva; se fueron tomando distintas estrategias, pero el escalón número uno, es el recurso material.