



TRABAJO FINAL

Presentado para acceder al título de

CICLO DE COMPLEMENTACIÓN CURRICULAR LICENCIATURA EN ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

**Título: “Habitando espacios de construcción
colectiva”**

Autor:

**Didiego Agustina DNI 21.707240
Mondino Mariela DNI 26.051.178**

Director/a:


Lic. Carcamo Ignacio

**Lugar:
Rosario**

**Fecha de presentación
22/12/2022**

Firma autor/es


Agustina Didiego
Tec. Sup. en Acompañante Terapéutica


Ignacio Carcamo

ÍNDICE

● Resumen.....	1
● Introducción.....	2
● Desarrollo.....	5
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.....	5
- “Caminante no hay camino, se hace camino al andar”.....	8
- Reconociéndonos en la historia... ..	10
- Revisando la ética del Acompañamiento Terapéutico.....	12
- La clínica del acompañamiento terapéutico.....	16
- Posibles ESPACIO/PROCESOS para la inserción del acompañante terapéutico en los equipos de Salud Mental de los Hospitales Municipales de la Provincias de Buenos Aires. Posibles funciones... ..	21
- El acompañante terapéutico como tallerista... ..	25
● Consideraciones finales.....	29
● Referencias bibliográficas... ..	32
● Anexos.....	34

RESUMEN

El siguiente recorrido persigue la intención de resaltar la imperiosa necesidad de la inserción de la figura del acompañante terapéutico, en las experiencias de equipos de salud mental de algunos Hospitales Municipales de la provincia de Buenos Aires. A su vez, arroja luz sobre los posibles espacios en los que podría insertarse dicho profesional y las funciones que llevaría a cabo.

INTRODUCCIÓN

El presente ensayo forma parte de la realización del trabajo final integrador del ciclo de licenciatura en Acompañamiento Terapéutico de la Universidad del Gran Rosario.

Como todo objeto de estudio, comenzamos con algunos interrogantes:

¿Por qué los equipos de salud mental de algunos Hospitales Municipales de la Provincia de Buenos Aires no convocan a la figura del acompañante terapéutico para trabajar interdisciplinariamente?, y si fuera convocado ¿en qué espacios podría insertarse y cuáles serían sus posibles funciones?

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 con base comunitaria abrió la posibilidad de la inserción de la figura del acompañante terapéutico en los equipos de salud mental. Dicha letra no solo nos permite introducir al acompañante terapéutico, sino que también les abre a los equipos la urgencia de pensar nuevos modos de mirar- actuar-, intervenir y abordar las problemáticas del campo de la salud mental posicionando a los sujetos padecientes como sujetos de derecho.

Pasaron 12 años desde que la Ley de Salud Mental N° 26.657 fue sancionada, y aún en muchos Hospitales Municipales de la Provincia de Buenos Aires, sin embargo, no se han implementado políticas públicas que contemplen a la figura del acompañante terapéutico como un integrante dentro de los Equipos de Salud Mental de dichas instituciones, ni como agente de promoción y prevención en los Centro de Atención Primaria de la Salud (ahora en adelante CAPS). ¿Qué se necesita para que se implemente la Ley de Salud Mental? ¿Por qué siempre cuesta habilitar estos espacios para esos otros que siempre estuvieron al margen de la sociedad? Cuando hablamos de otros, nos referimos a aquellos sujetos con vulnerabilidad y en esa mirada excluyente nos vemos reflejados como profesionales, siempre al margen de la mirada de otras especialidades. ¿Es solo una cuestión de la mirada restringida de otras profesiones? ¿Es desconocimiento de la figura?, o ¿habrá cuestiones del colectivo profesional que aún no se han establecido? En este sentido ¿qué le sucede al acompañante terapéutico que no logra habilitarse? ¿Y qué les sucede a los servicios de salud que no logran habilitarlo?

Estos y otros tantos interrogantes, no pretenden a través del presente ensayo dar respuestas, sino más bien abrir un debate que nos habilite a repensar en los abordajes posibles.

En este sentido, la producción de este ensayo nos abrió la puerta para realizar un recorrido histórico de nuestra profesión y como consecuencia, realizamos un análisis en relación a la dimensión ética de la disciplina. ¿Dónde nos posicionamos como acompañantes? ¿En qué lugar ubicamos al sujeto que acompañamos? ¿Cuáles son nuestras responsabilidades? ¿Cuáles son nuestras barreras?

Consideramos que con este escrito sumaremos propuestas a un nuevo modo de mirar-actuar-, intervenir y abordar las problemáticas del campo de la salud mental. Hoy en día, necesitamos de nuevos dispositivos para ocupar esos espacios que aún no pueden ser habitados.

El objetivo de este trabajo es visibilizar la importancia de la inserción de la figura del acompañante terapéutico en los equipos de Salud Mental de los hospitales municipales de la provincia de Buenos Aires.

Esta lectura, nos invita a proponer espacios y funciones posibles donde pueda insertarse la labor del acompañante terapéutico y evaluar los beneficios que la presencia de su figura implicaría para aquellos equipos. Además, pensarnos como agentes de promoción y prevención en los CAPS.

Entendiendo que formamos parte de una profesión joven, nos queda mucho campo por sembrar. En este recorrido escrito, evidenciamos la necesidad urgente de, en primera medida, ser habilitados por los demás, para poder, como consecuencia, habilitarnos. Fundamentalmente necesitamos construir un aquí y un ahora para que se inscriban posibles respuestas a las problemáticas de salud mental. Esta interpelación será formulada en tres sentidos:

- 1- La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.
- 2- Sobre la historia y surgimiento de la profesión del acompañante terapéutico.
- 3- Analizando un caso concreto que dio lugar a la intervención y a repensar modelos posibles de abordaje.

Los dispositivos actuales, sus instituciones y los profesionales que se encargan de la salud en general representan modelos clásicos de atención. Es decir, que a pesar del momento histórico y social que transitamos, y aún con cambios paradigmáticos como la promulgación de la Ley 26.657 siguen cobrando fuerza las lecturas biologicistas,

patologizantes y atomizadas. Esto lleva, sin duda, a que aparezcan dificultades para incorporar otras maneras posibles de abordaje más cercano a la concepción de sujetos de derechos.

Entender esta complejidad de entramados de historia, modelos, exclusión, representaciones, marginalidad, leyes, etc. nos sitúa como profesión a pensar nuevos dispositivos que se sostengan en la nueva concepción de derechos que poseemos todas las personas. Por este motivo, trazaremos una línea de abordaje posible, como “puertas de entrada” a nuevos dispositivos de trabajo clínico. Se trata entonces, de buscar “modos diferentes de hacer” que no recurren a la clásica mirada del encierro.

DESARROLLO

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Consideramos necesario hacer referencia al cuerpo teórico de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 con base comunitaria, ya que creemos que dicha letra no solo nos permite introducir a la figura del acompañante terapéutico, sino también un nuevo modo de mirar- actuar-, intervenir y abordar las problemáticas del campo de la salud mental.

Dicha ley, decreto reglamentario 603/2013 que fue sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre de 2010 , nos da un marco de referencia el cual apunta a desarrollar políticas de salud mental, poniendo énfasis, sobre todo, en el cumplimiento de los compromisos de derechos humanos en nuestro país; pero solo su marco de referencia no sería suficiente, debido a que es urgente el pensar, tanto en diseños e implementaciones como, en monitoreos que acompañen a que este cambio sea tangible.

Dicho cambio, nos remite a pensar en el pasaje de un enfoque tutelar a un enfoque de derecho, es decir a un cambio de paradigma, que respete a las minorías, que históricamente son segregadas, olvidadas y en donde el derecho al acceso a la salud esté efectivamente garantizado. Según el primer censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental del año 2019, en Argentina todavía hay 12.035 personas internadas en 162 instituciones públicas y privadas. Una de cada 4 personas lleva más de 11 años internadas (ver Anexo I).

Este cambio de paradigma que propone la ley nos enfrenta como profesionales de la salud a deconstruir conceptos que nos han atravesado durante años. El surgimiento del mismo deja atrás conceptos sobre la *locura* y antiguos tratamientos, pasando desde el encierro y exclusión a esta nueva mirada de inclusión social y desmanicomialización. Todo cambio implica la búsqueda de un nuevo posicionamiento y nuevas maneras de nombrar a los otros y nombrarnos.

Algunos conceptos que consideramos importante mencionar de la Ley 26.657 son los siguientes:

- a) Posicionar al **sujeto como persona con padecimiento mental** (PPM) y al derecho a su identidad, autonomía e intimidad.
- b) **Horizontalidad de saberes y multideterminación** del campo de la salud mental, lo que implica que ninguna disciplina puede dar cuenta de la totalidad, ni el sector

de salud por sí solo dar todas respuestas. (Los ítems a) y b) serán ampliados en el transcurso de este ensayo.)

- c) Conceptualizar a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.” En este punto, debemos resaltar que **la salud mental, es una cuestión de salud**, aclaración necesaria para que no quede como un concepto fragmentado y marginado solo a lo mental.
- d) **Presunción de capacidad:** Las personas no son vistas como incapaces, es decir que se les reconoce a los sujetos con padecimiento mental el derecho a que su sufrimiento no se considere inmodificable.
- e) Establecer controles y promoción para que junto con las provincias se creen “**dispositivos**” tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupo familiares y comunitarios, servicios de promoción y prevención en salud mental. En este punto, entendemos que el proceso *salud- enfermedad- cuidado* requiere de prácticas que incorporen al sujeto desde su singularidad y visto desde una dimensión histórica y social.
- f) Incorporar a las **adicciones como parte de las políticas de salud mental**. Antiguamente, solo estaba vigente la Ley N° 23.737, que penalizaba la tenencia para consumo personal.
- g) Promover 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, incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.
- h) Prohibir la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, públicas o privadas, obligando a los ya existentes a adaptarse a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Es decir, un proceso gradual y viable de desmanicomialización.
- i) Instar al Poder Ejecutivo a destinar el 10% del gasto total de salud a salud mental, y procurar que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Si bien la letra está escrita, aún no la vemos materializada en la práctica. Entonces, ¿puede una ley por el solo hecho de estar promulgada cambiar la mirada y las intervenciones en salud mental, siendo esta una ley muy joven en paralelo a una práctica de siglos de exclusión, marginalidad y encierro? La experiencia nos demuestra que no.

La Provincia de Buenos Aires a través de la Ley N° 14.580 se adhirió a la Ley Nacional N° 26.657 y aunque la ley es de carácter de bien público- no requiere adhesión por parte de las provincias-, y fue instada a treinta seis (36) meses para implementarla, aún no se han aplicado las reformas que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos. (ver Anexo II)

¿Qué se necesita para que se implemente la Ley Nacional de Salud Mental? ¿Por qué siempre cuesta habilitar otros espacios para esos otros que siempre estuvieron al margen de la sociedad? Cuando hablamos de otros, nos referimos a aquellos sujetos con vulnerabilidad y en esa mirada excluyente nos vemos reflejados como profesionales, siempre al margen de la mirada de otras especialidades.

Estamos convencidas de que esta letra marca un rumbo posible de entender, de que estos sujetos que siempre fueron objetos de intervención (de la medicina, de las farmacéuticas, de las instituciones totales) tienen a su disposición un marco normativo para convertirse en sujetos de derecho, pero estas modificaciones no podrán tener lugar mágicamente, sino a través de políticas públicas que le den sentido a la normativa, y que, a su vez, habilite nuestro rol como profesionales.

Este año, según los datos obtenidos por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, se anunció un Plan Integral de Salud Mental que tendrá una duración de 6 años para ser implementado (Ver anexo III). Este anuncio nos da un aire de esperanza, puesto que podría generar nuevas condiciones sociales para el cumplimiento práctico de la ley y habilitar nuevas praxis, entre ellas el acompañamiento terapéutico.

“Caminante no hay camino, se hace camino al andar”

Si de camino hablamos, el acompañante terapéutico en su búsqueda por un encuadre, tuvo y tiene un recorrido con senderos sinuosos a los que ha podido sobrellevar con altura. Estos caminos se han ido construyendo con teorías tomadas de otras disciplinas necesarias para ir construyendo un marco y un sustento a la aparición de esta figura dentro de los equipos de salud mental. Continuamos caminando porque sabemos por la experiencia que se hace camino al andar, aunque sigamos teniendo piedras en el camino y tormentas que muchas veces hacen flaquear nuestras fuerzas; pero aquí estamos, en continuo crecimiento y en búsqueda de una teoría propia y de un reconocimiento legal.

Ahora bien ¿qué ven cuando nos ven?

El encuadre es aquello que nos delimita, nos dice hasta dónde lo que hacemos define nuestro rol y cuándo eso deja de serlo. El encuadre nos sostiene y nos diferencia, pero no nos excluye de la escena. Como acompañantes terapéuticos, convivimos con la problemática de tener permanentemente que delimitar **¿cómo somos? ¿qué somos? y ¿dónde somos?**; un encuadre que también tiene normas y reglas que le dan al acompañante terapéutico una estructura formal.

¿Cómo somos? En principio, los acompañantes terapéuticos, creemos que es imperioso defender la Ley de Salud Mental, una ley que deconstruyó modos de mirar-actuar- intervenir y abordar las problemáticas del campo de la salud mental. ¿Por qué podemos identificarnos como defensores de la ley? La respuesta es clara, porque los acompañantes terapéuticos trabajamos hacia la construcción de nuevas formas y modos de intervenir que ubican al sujeto con padecimiento, como sujeto de derecho, lo cual implica que tomemos una posición ética, política y metodológica.

¿Qué somos? Agentes de salud necesarios en los tiempos que corren para los equipos de salud mental de los Hospitales Municipales de la Provincia de Buenos Aires. ¿Por qué somos necesarios? Consideramos que la manera de hacer y pensar la clínica en la actualidad, no puede quedar solo supeditada al consultorio o a las Instituciones (hospitales). En ese espacio simbólico, donde las otras profesiones encuentran su límite, donde los demás quedan impedidos, allí es cuando aparece la necesidad. Formamos parte de la clínica que intenta salir al territorio en búsqueda de aquellos sujetos que luego de la externación quedan segregados y aislados, sin tener garantizado el acceso a la salud.

Dentro de este marco, el acompañante terapéutico, debe aparecer operando como red de contención y socialización entre el sujeto y su entorno (equipo tratante, familia, sociedad) generando estrategias para su reinserción social y evitando su exclusión. En tanto que nuestro trabajo será en territorio, posicionándonos y posicionando epistemológica e ideológicamente, como parte de la sociedad, a las personas que atraviesan un padecimiento mental. Su tratamiento se realizará, en lo posible, inserto en ella. A partir de estos conceptos, es importante resaltar que el acompañante terapéutico distingue su praxis de otras disciplinas, puesto que sus intervenciones se dan en pos de mejorar la calidad de vida del sujeto y no apuntando a la conflictiva intrapsíquica.

¿Dónde somos? Somos en el vínculo. Es necesario y debemos estar atentos, debido a que, para que nuestras intervenciones den resultado deberemos establecer un vínculo, el cual a nuestro entender es nuestra herramienta principal. En este hacer y construir vínculos se pondrá en juego nuestra *ética*, concepto que desarrollaremos más adelante, y que pondrá en evidencia el marco teórico-referencial que fundamenta nuestro accionar y la dirección de nuestras intervenciones. Lo vincular es una experiencia entre sujetos que permitirá en esta dialéctica momentos de apertura y cierre, pero deberemos estar siempre atentos a alejarnos de la cristalización de roles. Desde el punto de vista del rol, trabajaremos siempre priorizando nuestros objetivos: la construcción de un vínculo positivo basado en la confianza, cuya metodología estará inserta en lo cotidiano (actividades de la vida diaria, traslado, higiene, etc.) teniendo en claro que si no existe un buen vínculo no se podrán llevar a cabo los objetivos. Según Rossi (2011) el trabajo inicial debe estar encaminado “hacia el establecimiento de alguna confianza en el vínculo, desde la actitud de cautela y la disposición del acompañante hacia el diálogo.”

Reconociéndonos en la historia

Nada más importante que la historia que nos permite comprender nuestro presente y proyectar nuestro futuro. La historia nos cuenta que el surgimiento del acompañante terapéutico podría ubicarse entre finales de los años `60 y principios de los `70:

“La psiquiatría dejó de ser la profesión exclusiva que curaba las enfermedades mentales y debió convivir con otras disciplinas como la psicología, la sociología, etc... encontramos allí las contracciones y tensiones, entre los diferentes grupos de psiquiatras, para constituir una organización gremial, profesional y científica que lleve adelante un proyecto acorde a los cambios que se venían produciendo.” (ROSSI, Gustavo, 2007, p.23)

Dicho cambio tenía que ver con la idea de encontrar diferentes modos de tratar la locura y otros trastornos psíquicos severos dejando al saber hegemónico de la psiquiatría como única herramienta para el tratamiento de las enfermedades mentales.

Este fue considerado un movimiento de transformación que permitió la inclusión de nuevos dispositivos como los hospitales de día, en la atención ambulatoria y por lo tanto propiciaron el desarrollo de nuevas disciplinas. Como toda transformación, el nuevo movimiento, implicó caos e incertidumbre y fue allí donde apareció la figura del acompañante terapéutico, ocupando un lugar indefinido. Una figura que nació con contornos borrosos, por falta de un lineamiento teórico y regulatorio.

En el año 1976, bajo la dictadura militar argentina, el acompañamiento terapéutico encontró un reducido espacio de supervivencia en el ámbito de las clínicas e instituciones psiquiátricas privadas, ya que el campo de la salud mental en este periodo se vio arrasado. Luego de la caída militar la disciplina resurgió, aunque acarreado las mismas faltas tanto de teoría como de reconocimiento legal.

En los últimos veinte años, el acompañante terapéutico comenzó a tener un fuerte crecimiento en la Argentina. Esto hizo, en principio, que la disciplina en búsqueda de un lugar tuviera una impronta más en el accionar que en la teoría, aunque se puede reconocer el esfuerzo de muchos profesionales como Federico Mansón, Gabriel Pulice, entre otros, que avanzaron en la producción de material teórico- práctico, lo que provocó, de algún modo, que la figura llamada acompañante terapéutico empezará a encontrar algún norte , que ya a esas alturas demostraba potencial y eficacia terapéutica en los tratamientos de

pacientes que eran considerados “inabordables” o “irrecuperables”. Podemos afirmar que históricamente, nuestra profesión toma teorías de otras disciplinas para esbozar algo sobre su propia práctica.

Le es necesario a la profesión, que los acompañantes terapéuticos comiencen a habilitar espacios de escritura que vayan trazando una teoría propia de la disciplina, a pesar de que tenemos pensadores y escritores tales como Gustavo Rossi, Susana Kuras de Mauer, Gabriel Púlice, Viviana Bálsamo entre otros tantos intelectuales, aún falta que “EL” acompañante terapéutico se habilite. ¿Qué es lo que nos impide habilitarnos? ¿Es falta de formación? Creemos que no. Nuestra profesión durante muchos años no tuvo una formación académica. A finales de los `90 y en los inicios de los 2000, existieron cursos de todo tipo, de seis meses o un año de duración, que fomentaron que se subestime la formación y la función del acompañante terapéutico cual agente de la salud mental. Sin embargo, desde el 2014 comenzó a dictarse en terciarios privados y públicos de la Provincia de Buenos Aires, la carrera de Técnico Superior en Acompañamiento Terapéutico, con aprobación de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, lo cual representa una gran oportunidad académica, que a su vez aporta a nuestra labor mayor entidad. En su formación de grado propone una cursada de tres años, con un total de veintidós asignaturas obligatorias (anuales), repartidas del siguiente modo: ocho en el primer año, ocho en segundo, y seis en el tercero. Cada año cuenta con la materia de prácticas profesionalizantes, lo que representa una suma total de 1640 horas cátedra.

La complejidad de la figura del acompañante terapéutico, indefectiblemente llevó a pensar en la necesidad imperiosa de su profesionalización. Contar con una formación académica acreditada implica un gran avance, tanto para el campo de la salud mental como para los acompañantes que hace más de veinte años estamos en búsqueda constante de formación y nuevos saberes.

Revisando la ética del acompañamiento terapéutico

En esta búsqueda de legalidad y remitiéndonos a la idea de *habitar/habilitar* espacios debemos hacer una revisión en cuanto a la ética del acompañamiento terapéutico. La ética representa los efectos concretos que tiene sobre un otro nuestro accionar, o como sostiene Gabriel Pulice (2001,p 64) “la ética tiene que ver con el modo en que hacemos las cosas.” Además, la noción de ética aporta una mirada más *micro* en relación a la disciplina, y es aquí donde necesitamos hacer foco para luego poder habilitarnos y diferenciarnos. Este accionar sin dudas tiene efectos sobre otros. La forma en que intervenimos, el lugar que le damos a los sujetos. Es por esto, que los acompañantes terapéuticos debemos comprometernos a:

- ✓ una formación continua (como se mencionó anteriormente),
- ✓ trabajar de manera interdisciplinaria, y no de manera aislada,
- ✓ supervisarnos, porque necesitamos de otra mirada,
- ✓ bucear hacia el encuentro de un posicionamiento.

En función de lo hasta aquí expuesto, destacaremos la importancia de aspectos tales como la supervisión, el posicionamiento y el trabajo interdisciplinario.

Lo primero que podemos mencionar sobre el Acompañamiento, es que debe darse junto con el equipo interdisciplinario, generando un espacio semanal de supervisión de cada caso. Muchas veces, lamentablemente, esto es solo un ideal. No siempre logramos pertenecer a un equipo ¿y eso hace que nuestro trabajo sea poco ético? ¿Entonces qué hacemos para no abordar el caso de manera solitaria con todas las consecuencias negativas que ello puede acarrear? La respuesta no será muy alentadora. En teoría, deberemos salir en búsqueda de un profesional que nos supervise, lo cual representará para nosotros, un obstáculo económico, sobre todo teniendo en cuenta la baja remuneración de las obras sociales o lo que las familias están predispuestas o pueden pagar.

Pero si de supervisar hablamos y pensamos en una situación ideal, sin dejar de lado el concepto de ética, reconocemos la necesidad de otra perspectiva, que aporte objetividad a ciertas situaciones que se nos pudieran presentar durante los acompañamientos y que nos impidieran avanzar. Según Verónica Evangelina Fernández (2017): “La supervisión es un espacio de sostén del profesional, una instancia para poder

observar al paciente y poder autoobservarse como at, permite trazar los lineamientos por los cuales circulará el tratamiento, detectando los avances, retrocesos o interrupciones.” Necesitamos esa terceridad neutral que venga a poner en tensión nuestro quehacer, que nos abra la posibilidad de interrogarlo, repensarlo y que a través de esa mirada se pueda intervenir. Quien cumple la tarea de supervisor nos da la posibilidad y nos brinda herramientas para poder diferenciar si aquella intervención que hacemos tiene lugar de manera adecuada o desde nuestro lugar de sujeto implicado que no permite el despliegue del deseo de aquel que acompañamos.

En relación a este punto, también es interesante pensar a los acompañantes terapéuticos supervisando (supervisión de acompañante terapéutico a acompañante terapéutico). Es muy común en la actualidad, que seamos supervisados únicamente por psicólogos. Esta es una deuda pendiente de las carreras, armar posibles espacios que proporcionen las herramientas necesarias.

Retomando la idea propuesta en este segmento del presente ensayo, cabe destacar que la elección del posicionamiento también hace a nuestra ética. Por ello, elegimos posicionarnos desde una ética psicoanalítica que se sustenta en la subjetividad, es decir, en la posición que cada interlocutor sostiene frente a la presencia del padecimiento, ubicando al sujeto que acompañamos como sujeto de derecho, como sujeto de deseo, diferenciándose, de esta manera, de la concepción médico hegemónica que piensa a la ética desde la dialéctica saber Único- Poder. Esta concepción, ubica al sujeto como objeto de su investigación, donde el padecer queda relegado a una medicación y el tratamiento, a un saber previo. Oscar Massota (1986, p. 71) establece una diferencia entre el modelo médico y el psicoanálisis:

“Hay un saber médico, el que se aplica, es obvio, a los objetos de su campo, mientras en psicoanálisis es el lugar mismo del Saber de lo que se trata. En el sujeto llamado paciente, está en juego una relación del goce, el deseo y la pulsión con los objetos de su Saber. Sería un mal médico quien ignorara la evolución y el tratamiento de ciertos males determinados; pero sería un pésimo psicoanalista quien pretendiera Saber sobre esos objetos de los cuales el paciente pretende ya Saber (en el sentido de la función), mientras que le son enigmáticos”.

¿A qué hacemos referencia cuando afirmamos que nos posicionamos desde el discurso psicoanalítico, en relación a la ética profesional? A priori, pensamos en el sujeto que acompañamos preguntándonos: *en qué lugar de nuestra práctica lo ubicamos*. La respuesta sería: *como sujeto en su singularidad que está transitando por un proceso de padecimiento*, dejando de lado el término “paciente” que lo ubicaría como aquel que espera

la respuesta de un otro que sabe, y que posee el saber absoluto (noción SABER- PODER). Luego nos planteamos: *por qué con un padecimiento*. Porque consideramos que es un sujeto que está atravesando un momento de crisis, la cual es dinámica, que puede modificarse, que no está enquistada en su persona. No hablamos de **diagnóstico** sino de **síntoma**, un síntoma que nos quiere decir algo de ese sujeto y este “decir-algo” es darle el espacio a que circule, dándole libertad al sujeto para que pueda expresarlo sin condenarlo ni estigmatizarlo por aquello que le sucede. A esta clínica, la tomamos como **vector**, entendiendo al mismo como aquella fuerza que influye en el comportamiento de una persona.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, también surge preguntarnos como acompañantes terapéuticos ¿desde dónde nos posicionamos? La posición que asumamos será lo que posibilite que un acompañamiento devenga terapéutico. ¿Nos posicionamos desde un saber previo? La respuesta es que no. El acompañante terapéutico, quien no tiene un saber total, va al encuentro con el otro que sufre, que padece, y en este “no-tener-un-saber-total” se ve obligado éticamente (o debería, al menos) a convocar al equipo. Ya se ha mencionado, que no siempre se puede armar o no siempre somos convocados por los mismos.

Por lo tanto, el saber es pensado desde una “construcción” con otros y a su vez ubicamos al sujeto y su padecer en un contexto que está atravesado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Esa persona a la que acompañamos, también forma parte de ese saber, pasando de esta manera, desde el discurso del saber **del otro** hacia el saber **con el otro**. En esta instancia, el saber está **entre todos**, es decir que nos ubicamos en una trama que implica posicionarnos entre los saberes, experiencias, situaciones y modalidades que conforman un espacio de sostén, que habilita posibles intervenciones terapéuticas interdisciplinarias, junto con y en colaboración con las partes involucradas. Esto da lugar al despliegue del padecimiento psíquico de cada sujeto para acompañarlo a habitar su modo singular de estar en el mundo.

Por último y no menos importante, entendemos que el Estado está en deuda con nosotros en lo que a ética refiere, porque a pesar de nuestra formación que hace a un posicionamiento, supervisión y capacitación que acreditan nuestro conocimiento en el campo de la salud mental, debemos constantemente justificar nuestro saber. Desde la práctica, podemos citar algunos ejemplos -entre muchos-: cuando somos convocados para realizar un acompañamiento en una institución educativa, en principio, entramos enmarcados como agentes externos, dicho de otro modo, comenzamos sin encuadre. ¿Y

la figura del acompañante terapéutico dónde queda? ¿Es justo que la función de acompañante terapéutico sea ocupada por otras profesiones? ¿Cuándo terminará esta manipulación despectiva por parte de las Instituciones? Sumado a esto, las obras sociales nos rechazan porque no formamos parte de su nomenclador, entonces, para obtener la cobertura de la prestación, las familias se ven obligadas a buscar a otros profesionales que NO son acompañantes terapéuticos y que NO tienen un acercamiento a nuestra labor. Esto nos provoca frustraciones y angustias, aunque sabemos que algunos de estos aspectos están íntimamente ligados a que nuestra profesión es joven y que se requiere de nuestra implicancia para acercarnos al objetivo de conquistar terrenos. Está en nuestras manos la lucha por el reconocimiento político de nuestras capacidades y formaciones.

La clínica del Acompañamiento Terapéutico

Sin dudas, en todo el recorrido realizado, en primer lugar, visibilizando la importancia que tiene la figura del acompañante terapéutico como agente de salud habilitado por la Ley de Salud Mental y en segundo lugar, ubicando al acompañante terapéutico en un recorrido histórico en búsqueda de una ética que supone acciones que lo van enaltecendo y profesionalizando, nos parece menester evocar un caso clínico que fue disparador para este trabajo, porque nos abrió la posibilidad de reflexión desde la práctica sobre los resultados positivos que tuvo la presencia de la figura del acompañante terapéutico dentro de un equipo de salud mental privado. En función de ello, nos planteamos el interrogante que atraviesa el presente trabajo: ¿por qué aún el acompañante terapéutico no ocupa espacios en los equipos de salud mental de los hospitales municipales de la provincia, cuando se ha evidenciado con creces la incidencia positiva que nuestra labor puede acarrear? Y como consecuencia, si efectivamente este lugar se nos brindara, ¿cuáles serían las funciones que deberíamos llevar a cabo?

Cabe mencionar, que analizamos exclusivamente el territorio de la Provincia de Buenos Aires porque las dos estudiantes que realizamos este escrito residimos aquí, y a partir de nuestras experiencias podemos observar que en los Hospitales Municipales no existe la figura del acompañante terapéutico dentro de los equipos de Salud Mental.

Dicha afirmación surge desde varios sitios empíricos:

-A través de jornadas interdisciplinarias de envíos de email a la secretaría de salud de Morón.

-Por ser una de nosotras profesoras de las prácticas profesionalizantes de II y III año de la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico en el Instituto de Formación Docente y Técnica N° 126

- Por co - formar en la carrera con profesionales de la salud mental que trabajan en el hospital Municipal de Salto.

Nos encontramos con la continua problemática y también el “desborde” por parte de los equipos, ya que muchos sujetos con padecimiento mental que han permanecido internados en las Instituciones, luego de su externación quedan segregados y olvidados. No tienen acceso a una obra social o medios económicos para solventar un seguimiento

interdisciplinario, hasta su próximo ingreso a la Institución hospitalaria, en caso de una nueva descompensación.

Viñeta Clínica

Este es el caso de un sujeto, quien a partir de ahora será mencionado como A. Llega por segunda vez luego de una primera internación, a la misma clínica privada, con descompensación psicótica.

Historia clínica: Se ubica su primer episodio psicótico en el año 2015, cuando se realiza su primera internación, con una duración de dos meses. Luego continúa su tratamiento ambulatorio con una psicóloga y psiquiatra sin presencia de otro profesional.

El inicio de su enfermedad se marca a los 26 años. En el año 2016 tras haber abandonado el tratamiento, realiza una ingesta medicamentosa que motiva su internación en el Hospital Municipal derivando a una clínica privada, donde permanece alojado hasta febrero del 2017. Se otorga el alta médica y luego de 10 días presenta nueva descompensación psicótica, y es reinternado hasta la entrevista de admisión con el nuevo equipo compuesto por psicóloga, psiquiatra, terapeuta ocupacional, y se decide que continuará en un hospital de día privado como estrategia de externación, incluyendo a la figura del acompañante terapéutico.

Objetivo del acompañamiento:

- Realizar seguimiento en la toma de medicación matutina y vespertina ya que, uno de los desencadenantes de su descompensación tuvo que ver con dejar de tomarla.
- Trabajar la hipobulia y clinofilia a partir de actividades recreativas por la tarde.
- Acompañar y sostener un proyecto personal que comienza por reforzar conductas de autonomía en las AVD (actividades de la vida diaria) y mejorar su alimentación.
- De traslado, incentivar la asistencia al hospital de día.
- De reinserción a la sociedad/recreativo, generando propuestas en y con la comunidad.

A meses de iniciado el acompañamiento, A comienza a padecer alucinaciones auditivas, aun tomando la medicación en tiempo y forma. El acompañante terapéutico

se contacta con la psiquiatra del equipo y A es derivado al Hospital Municipal de Salto, ya que en la clínica privada no se cuenta con un Servicio de Salud Mental.

Se acompaña a A. hasta el hospital, quien es trasladado a una habitación con otro paciente y es sedado. A. permanece una semana bajo sedación.

“Mis ojos se abren de par en par, no pudiendo creer que lo que veo es a aquel sujeto que acompañó, que hacía días caminaba lúcido a mi lado, tirado en una cama, sedado, intentando reclinarsse y diciéndome que le era imposible, que su cuerpo no le respondía. A su lado un hombre cubierto en pis, solo, abandonado. Siento el olor, veo que A. tiene su remera bañada en baba, en sudor, su pelo sucio, y yo siento dolor, impotencia, no hay espacios físicos, más que mi presencia para alojar aquel padecimiento. Me siento sola, supongo que a A. le pasa lo mismo. Oscuridad y abandono son sinónimos en este momento” (Fragmento de bitácora clínica, 2018)

En esta instancia e intentando ver de qué manera proceder desde lo éticamente correcto, el acompañamiento terapéutico queda sin efecto, y se regresa a intervenir cuando a A. comienzan a reducirle la medicación y estando más lúcido se comienza con una serie de estrategias que tienen como objetivo la revinculación, primero dentro del hospital para luego, proceder a la externación y continuar con el acompañamiento domiciliario.

Junto con el Equipo de Salud de la clínica privada, se presenta en el Hospital Municipal la dificultad para generar estrategias que permitan acompañar el objetivo de revinculación dentro del mismo antes de la externación, ya que no cuenta con espacios adaptados arquitectónicamente como sillas, mesas o bancos y espacios recreativos o talleres que acompañen este proceso.

A partir de este caso, realizamos la siguiente lectura. Que:

- Aun en la práctica los hospitales no han modificado su estructura arquitectónica para llevar a cabo actividades con aquellos sujetos que estuvieron un corto plazo internados.
- Queda manifiesta la desigualdad en materia de atención y de igualdad de oportunidades que garantice a todos los sujetos un acceso pleno a los servicios de salud mental, quedando las minorías siempre aisladas y segregadas. Como mencionamos anteriormente, A. continuó con un seguimiento por parte del equipo tratante; pero ¿qué sucede con aquellos sujetos que están bajo vulnerabilidad social y también vulnerables frente a la situación que les toca atravesar?

- Esto demuestra que la letra de la Ley no es la que falla, sino la falta de recursos económicos que habiliten la implementación de políticas públicas que les permitan a todos los ciudadanos de la República Argentina acceder a Servicios de Salud Pública de calidad

Con A. se continuó trabajando de manera interdisciplinaria (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional y acompañante terapéutico) luego de la externación, lo cual implicó reformular algunas estrategias. Se continúan las reuniones quincenales, en las que se conversa sobre posibles intervenciones, reformulación de objetivos y estrategias que también sirven de sostén sobre todo para el acompañante terapéutico en las etapas en que A. está con abulia y nada en las propuestas mueven algo del deseo.

Desde el análisis que se hizo con el equipo entendimos que el acompañamiento terapéutico fue eficaz en el momento de la externación, porque pudo dar una respuesta adecuada a una situación, y sobre todo como argumenta Gabriel O Pulice (2001. p 82): “Es eficaz también, y fundamentalmente, cuando esa intervención deja lugar, da tiempo para que, en algún momento, ese sujeto pueda pronunciar, al menos, una palabra propia relativa a su deseo. Y éste tendría que ser el verdadero horizonte de toda intervención.”

El trabajo interdisciplinario, permitió (también haciendo un análisis de las anteriores internaciones que tuvo A. y donde no estaba la figura del acompañante terapéutico) que:

- A. registre su propia implicación e incluso de su responsabilidad en el tratamiento.
- En 5 años no existiera una nueva descompensación y hoy en día A. sea autónomo y responsable en la toma de su medicación.
- Logre asistir a los talleres que le ofrece el Hospital de día privado y con su acompañante caminar por las calles de la ciudad, apropiándose de dichos espacios. Como sostiene Palombini:

“El mismo, el acompañante terapéutico, produce de entrada ese puente, hasta que el sujeto esté en condiciones de construirlo por sus propios medios. Conocer la ciudad, caminar por sus calles, explorarlas y dejarse tocar por ella, es sin dudas una experiencia que apunta a fundar un lugar, más habitable, para el sujeto, propiciando la conjunción de su tiempo y su espacio con los del otro.” (PULICE, 2001, p.148)

La práctica nos demuestra que el acompañamiento terapéutico es un recurso que da respuestas cuando se deben sostener tratamientos de sujetos cuyo abordaje ha sido muy dificultoso desde los métodos tradicionales. También cual sostén en la continuidad del trabajo clínico en el pasaje entre sus distintas instancias, tanto desde el retorno al medio familiar luego de una internación, como hasta la reinserción del sujeto en actividades laborales, educativas o recreativas. A su vez, nos demuestra las dificultades con las que se encuentra la clínica de los acompañantes terapéuticos en los hospitales municipales de la provincia de Buenos Aires por falta de insumos y modificaciones arquitectónicas para lograr sus objetivos terapéuticos.

Posibles ESPACIOS/PROCESOS para la inserción del acompañante terapéutico en los equipos de Salud Mental de los Hospitales Municipales de la Provincia de Buenos Aires. POSIBLES FUNCIONES

A lo largo de este ensayo fuimos realizando un recorrido histórico y ético sobre la profesión del acompañante terapéutico, vimos cómo el mismo apareció como esa figura que aunque con márgenes difusos en un principio, luego empezó a ocupar lugar en esos grises en donde otras profesiones no lograban llegar, espacios que estaban por fuera del límite del consultorio o de las Instituciones, es así como nos animamos a pensar posibles ESPACIOS/PROCESOS en los que podría insertarse la figura del acompañante terapéutico, si fuera convocado por los Equipos de Salud Mental de los Hospitales Municipales de la Provincia de Buenos Aires. Para pensarlo, nos formulamos las siguientes preguntas: En ese espacio/proceso ¿cómo se insertaría el at? y ¿qué función podría cumplir?

A- ESPACIOS/PROCESOS- POSIBLES INSERCIONES DEL AT

Pensamos al ESPACIO, como un “otro lugar” simbólico, donde alojar a aquel que acompañamos. Pensamos en un PROCESO como un tiempo paulatino donde construir con un otro un otro espacio.

“El individuo que tenemos delante nuestro constituye apenas lo terminal de todo un conjunto de agenciamientos sociales y si no conseguimos alcanzar el centro de esos agenciamientos nos embarcamos en actitudes ficticias (...) No se trata sólo de localizar la inserción de agenciamientos en el que un individuo se constituye, sino de encontrar también el punto de apoyo mínimo que le permita conquistar algunos grados suplementarios de libertad.” (Guattari y Rolnik, 2009, p. 294)

- **EN EL ESPACIO/ PROCESO DE EXTERNACIÓN y REENCUENTRO CON LO COTIDIANO** pensamos en el acompañante terapéutico **como un nexo regulador** entre la Institución Hospitalaria y ese mundo exterior al que muchos sujetos con padecimiento en estado de vulnerabilidad no pueden enfrentar solos:

Freud nos habla, como el encuentro con algo familiar, que se ha tornado repentinamente extraño, amenazante, terrorífico. En este sentido también la casa, puede de pronto convertirse en el peor de los infiernos, siendo a menudo ese mismo lugar que debiera ser para el sujeto su refugio, el escenario en el que súbitamente se despliegan sus más feroces fantasías de fragmentación y aniquilamiento. Es en la consistencia misma de esas fantasías en que el sujeto se halla apresado lo que será preciso captar, como condición necesaria para que, en algún

momento, y en la medida en que el tratamiento permite desactivarlas, pueda transitar de un modo mínimamente soportable tanto por su casa, como por el barrio la ciudad, y los demás lugares del mundo. (Pulice, 2001, p. 143)

La práctica nos demuestra que recuperar ese espacio luego de la externación requiere de un proceso, sobre todo cuando el sujeto debe reencontrarse con las personas, los objetos o las situaciones que desencadenaron la crisis.

- **EN EL ESPACIO/ PROCESO COMO AGENTES DE SALUD QUE REALICEN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL.**
Como red y formador de redes, desde los Equipos de Salud Mental de los Hospitales articulando con los CAPS (Centro de atención primaria de la salud). El acompañante terapéutico. siempre trabaja en red, no puede prescindir de ella, sigue posicionándonos en el lugar de trabajar con los otros. Muchas veces en la práctica uno se encuentra con la dificultad de llevar adelante la red, porque como dice Bertucelli (1998) “muchos profesionales se resisten a operar en red porque piensan que pierden el rol, y es cierto, pero ganan el rol que tienen que tener para resolver problemas.”

B- POSIBLES FUNCIONES DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO PARA LOS ESPACIOS/PROCESO

En el **ESPACIO/ PROCESO DE EXTERNACIÓN Y REENCUENTRO CON LO COTIDIANO.** Pensamos la figura del at como agente de salud que **acompañe** a realizar salidas terapéuticas antes del alta, con el objetivo de trabajar sobre el desgano, la abulia y los rituales que se dan dentro de los hospitales donde las horas se hacen días y los días meses, sin marcar el cambio temporal que diferencie un martes de un sábado.

En el reencuentro con lo cotidiano la función será **asistir** y **contener** a los sujetos segregados y aislados a reencontrarse con ese cotidiano que muchas veces resulta opresor o fue el espacio desencadenante de una crisis. ¿Cómo pensamos lo cotidiano? ¿Es *mi* cotidiano? ¿Cuál es el cotidiano?

Al decir de Chevez (2017), pensamos lo cotidiano desde una manera de controlar el tiempo y el espacio, aquello que las instituciones tratan de imponer al hombre común a través de rituales y representaciones. El autor plantea que aquello que se impone, este

cotidiano, que incluye la repetición y la rutina, el control social físico y simbólico, que define lo permitido y lo prohibido, lo correcto y lo incorrecto, lo justo y lo injusto, lo verdadero y lo falso, lo bello y lo feo. Es un cotidiano, pilar del mundo de la cultura (simbólico) y del mundo de la dominación (de clase, de género, de etnia), a través de la repetición y de la rutina, a través de las costumbres y de las opiniones, el cotidiano naturaliza la vida social y la dominación.

Para nuestros acompañados, este cotidiano “culturalmente impuesto” muchas veces resulta opresivo y violento o un espacio productor de crisis. Muchas veces desde nuestra práctica nos encontramos, por un lado, con el dilema de qué es lo que el equipo interdisciplinario supone que debe “cumplir” la persona que acompañamos y por el otro lado, nuestra mirada que entiende que ese cotidiano impuesto no tiene ningún sentido para el sujeto. Luego de algunos acompañamientos hemos observado que esta imposición los lleva a una descompensación.

Es entonces cuando adherimos a lo que plantean Luciana Chaui Berlinck Y Pablo Dragotto- respectivamente-, que, “si el acompañado sufre de esta imposición, es necesario encontrar otra posibilidad. Otro lugar. (..)El at surge, entonces, como otro espacio y otro tiempo, un hueco y una pausa en el espacio-tiempo del cotidiano. Basado en la idea de espacio transicional. El acompañar y asistir en lo cotidiano también tendrá que ver con acompañar atravesando fronteras” (Chevez, 2017, p. 278). El acompañante terapéutico atraviesa las fronteras junto a su acompañado, actúa hacia el sujeto, pero también hacia lo social con sus intervenciones.

El acompañante terapéutico de la mano de una estrategia pensada en equipo atraviesa estos límites familiares, que son mucho más que un lugar, son condición de subjetivación e interviene en lo cotidiano generando modificaciones en la subjetividad, en la red familiar y social. Con la presencia del acompañante terapéutico se pueden hacer visibles prácticas cotidianas que subjetivan, roles estereotipados, información que será de vital importancia para el equipo tratante (psicólogo, psiquiatra). Desde nuestro posicionamiento sabemos que cuando acompañamos no solo acompañamos al sujeto con padecimiento sino a esa persona que seguramente es el emergente de un grupo familiar enfermo.

En el **ESPACIO/ PROCESO COMO AGENTES DE SALUD QUE REALICEN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

Pensamos al acompañante terapéutico como:

- **Tallerista** y coordinador en los CAPS. (Este punto lo desarrollaremos más adelante);
- Quien **convoca** a los sujetos con padecimiento mental a los talleres que propongan los CAPS;
- Quien acompaña y **sostiene** a los sujetos con padecimiento mental en salas de espera de los CAPS.

El Acompañante Terapéutico como tallerista

La inserción del acompañamiento terapéutico implicado como tallerista, en los equipos de salud mental de los Centros de Atención Primaria de la Salud (de ahora en adelante, CAPS) está pensado a modo de agente de salud que intervenga en la promoción y prevención de la salud, fomentando cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”, fortaleciendo las alianzas entre los sectores con el fin de hacer más efectivas las acciones de promoción. El objetivo es desarrollar acciones de comunicación social dirigidas a promover condiciones que mejoren los estilos de vida, conductas y generen ambientes saludables.

En dichos talleres, el acompañante terapéutico, comenzará a vincularse con cada integrante escuchando sus intereses para que pueda orientar y agrupar a los sujetos con intereses similares. Pensarlo de otro modo, sería no tener en cuenta la singularidad de cada uno. Por ello, está planteado desde una perspectiva epidemiológica crítica, la cual es “una disciplina contra hegemónica, que dispone su arsenal conceptual y práctico al servicio de los ‘sin poder’” (Breilh, 2010.p. 215) A estos sin poder podemos ubicarlos en esas minorías que siempre fueron desplazadas y segregadas, continuando con nuestro posicionamiento a partir de las nociones de subjetividad y sujeto, entendiendo que hay procesos psíquicos que están implicados en las formas de vivir, enfermar, padecer y sanar.

Desde nuestras prácticas venimos observando la *posición de desigualdad* que sufren los sujetos con quienes trabajamos, entendiendo a la misma según Breilh (2010) como una “expresión observable típica y grupal de la inequidad social, siendo esta una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, en la que quedan subordinados los grupos con algún tipo de padecimiento mental.” Estos grupos segregados, aislados y olvidados no cuentan con los medios económicos, sociales y familiares que le permitan continuar con un seguimiento médico integral frente al padecimiento mental, quedando en desventaja y en estado de vulnerabilidad que suma al sufrimiento otro grado de padecimiento.

Debemos seguir trabajando para visibilizar y acompañar a estos grupos, bajo el enfoque de salud-enfermedad-atención. Este proceso de comprensión y posicionamiento también nos permitirá, como acompañantes terapéuticos, abordar estrategias desde una conceptualización actual trabajando desde este paradigma en salud mental que insta a la construcción colectiva de la salud como un bien social y que hace hincapié en el hecho de que hablar de salud mental es una cuestión de salud.

Esta idea de salud colectiva entiende a los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva histórica que intenta entender el proceso dinámico en el que intervienen múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y del sistema de salud, así como la historia, la geografía, la cultura, la economía y la política en la que están inmersos los individuos, su familia y su comunidad, denominados estos como “determinantes” de la salud- enfermedad.

Ya no podemos seguir pensando a la salud como algo estanco, establecido, sino como un proceso dinámico de construcción colectiva que implica un nacimiento permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales que comprometen la vida misma.

La inserción del acompañante terapéutico en los CAPS intervendrá desde el enfoque de promoción y prevención de la salud (atención primaria de la salud). Su presencia en las prácticas sanitarias, tendrá como objetivo:

- El fortalecimiento del entramado social de los sujetos con padecimiento mental.
- El acceso a su mundo y a la percepción que tienen de su cotidianidad, de sus vínculos con otros y la cultura, permitiendo de esta manera pensar estrategias que respondan a la demanda concreta de la población, en base a sus necesidades para no solo quedarnos en la simple demanda propuesta por los servicios de salud.

Estos objetivos reforzarán el poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y **ser parte activa** del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables, de manera que puedan incidir e identificar las decisiones que afecten su salud y un acceso adecuado a los servicios de salud pública. Si el sujeto no tiene acceso y participación no hay atención comunitaria.

“Así, representaciones y prácticas de cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, sigue siendo un proceso dinámico, desde la propia experiencia personal y desde el contexto que la determina. Las modalidades de percibir un problema de salud son múltiples y están condicionadas socio históricamente, desde el plano de la responsabilidad del sujeto hasta las del grupo, la familia y la comunidad. Ellos son los que van a definir las prioridades cotidianas y las actividades que realicen para atender a esos problemas de salud-enfermedad. Las prioridades y actividades, son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional y autorizado o legitimado por la biomedicina, por ejemplo, las actividades de autoatención.” (Menéndez, p.225, 2003).

En este marco, “(...) es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder.” (Aguirre, 2007)

La Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido definida como una de las estrategias fundamentales para lograr la extensión de la cobertura, junto a la participación de la comunidad en las acciones de salud. De este modo, el concepto de Atención Primaria exige un enfoque intersectorial, un trabajo en red como ya hemos mencionado anteriormente.

Chevez (2017) plantea al acompañamiento terapéutico en su formato grupal, no solo desde la praxis sino desde una perspectiva teórico práctica y metodológica, que trae inspiración del psicodrama y del teatro espontáneo. ¿Por qué una metodología grupal? Porque permite el aprendizaje a través de la experiencia, en el espacio de la interacción múltiple, uniendo acción e interacción y pasando de lo diádico a lo grupal.

La manera de estar del acompañante terapéutico en un grupo se centrará en orientar a los sujetos con padecimiento mental al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales. El estar en forma grupal, también hace que el accionar de uno produzca un efecto en el otro y viceversa. El trabajo en grupos favorece el reconocimiento de la voz del sujeto con padecimiento, y le permita pensarse dentro de la sociedad en la que habita, promoviendo de esta manera el empoderamiento y previniendo la exclusión de la misma que tiende a signarlo como portador de una “locura potencialmente peligrosa”. De esta manera, se hace foco en la autoatención, “modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parental o comunal, en la cual no actúa directamente un curador profesional.” (Menéndez, 1992).

“Las intervenciones basadas en el empoderamiento generarán que aquello que era marginal se vuelva central y el at deberá generar estrategias que permitan sostener esas nuevas invenciones” (Kelly. 1992) El término “empoderamiento” se refiere a este “poder para” y que se logra aumentando la capacidad de una persona de cuestionar y resistirse al “poder sobre”, siendo, en este sentido, el sujeto no como ente pasivo, sino el motor de cambio ante los modelos que sobre él se plantean. “En la medida que el sujeto tome conciencia de su aminoramiento social, en cuanto objeto de una determinada concepción de la realidad, puede volverse capaz de subvertir el orden que lo victimiza.” (Iacub, 2003) El empoderamiento implica, por lo tanto, un proceso de reconstrucción de las identidades, que supone la atribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia

para promover cambios en lo personal y en lo social. Esta toma de conciencia de sus propios intereses y de cómo estos se relacionan con los intereses de otro produce una representación nueva de sí y genera una dimensión de un colectivo con determinadas demandas comunes.

El armado de posibles talleres que trabajen sobre el empoderamiento permitirá un proceso de visibilización de aquellos efectos nocivos, relativos a los estereotipos de la locura y a la comprensión de las variadas formas de producción de padecimiento actual, “aspirando a que los actores implicados se reconozcan en su condición de semejantes, al comprometerse en el proceso; poniendo en juego subjetividades condicionadas por un entorno socio-económico que contextualiza la producción de sufrimiento psíquico y que dinamiza y, a veces complejiza, las posibilidades y el alcance de las intervenciones orientadas a aliviar” (Chevez, 2017).

Se propone entonces, que el acompañamiento terapéutico pueda pensarse en un **marco de trabajo interdisciplinario e intersectorial** que intente dar respuesta a las nuevas demandas del sufrimiento psíquico, en un momento histórico en el que, afortunadamente, la psiquiatría va dejando de ocupar un lugar hegemónico.

CONSIDERACIONES FINALES

La inclusión de la figura del acompañante terapéutico en el marco de la Ley de Salud Mental en los Hospitales Municipales de la provincia de Buenos Aires debería llevarse a cabo, sin embargo, en algunos existen impedimentos que impiden una legitimación formal en el ámbito del sistema de salud. ¿Cuáles podrían ser tales impedimentos? Años atrás se podría pensar que al ser una profesión joven y no contar con una formación académica, implicaba una dificultad; pero desde el 2014 cuando comenzó a dictarse la carrera de Técnico Superior en Acompañamiento Terapéutico creímos que nuestro horizonte laboral iba a extenderse y que por fin nuestra labor iba a ser reconocida profesionalmente. Pero no fue así como sucedió exactamente.

Al día de hoy, consultando con la Directora de Salud y Territorio del Municipio de Morón, lugar donde reside una de nosotras, nos confirmó, palabras textuales “Desde el área propia de salud no hay contrato de acompañantes terapéuticos, no existe el rol en el sistema público moronense sobre acompañantes terapéuticos”.

Podríamos concluir entonces, que en este momento en la provincia de Buenos Aires no somos convocados y visibilizados por muchos de los equipos de Salud Mental de los Hospitales Municipales porque:

- Hay una falta de implementación de políticas públicas que lleven a la práctica lo dispuesto por la Ley de Salud Mental. A raíz de esta falta, la figura del acompañante terapéutico no es convocada para ocupar espacios dentro de aquellos.
- No se cumple con ese mínimo presupuestario establecido en el momento de sancionar la Ley de Salud Mental. Este año la Provincia de Buenos Aires presentó el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027.
- Hay muchos profesionales que no cuentan con la formación en salud comunitaria, y continúan con una visión clínica hegemónica, restringen la clínica en la atención del uno a uno quedándose en la comodidad del consultorio porque no es sencillo trabajar en red. Desde la práctica hemos comprobado que, armando red, nuestra intervención es más efectiva.
- No se aprobó el proyecto de Ley de Acompañamiento Terapéutico que regularía nuestra función, siendo este un eslabón en la cadena de acciones tendiente a cumplimentar lo prescripto por la Ley Nacional N° 26.657. En la implementación de la misma, la figura del acompañante terapéutico podría ser reconocido ya como

agente de salud mental dentro de los hospitales municipales de la provincia de Buenos Aires y formar parte de su planta permanente.

Interpeladas por la práctica que nos habilitó a reflexionar sobre posibles espacios que podrían ser habitados por nuestra profesión y pensando cómo construir posibles funciones que habiliten el trabajo interdisciplinario con los Equipos de Salud Mental de los Hospitales de la provincia de Buenos Aires, trabajando en red con los CAPS, concluimos que el acompañante terapéutico:

- **Actúa como apoyo** para la reinserción en la vida en comunidad de las personas con padecimiento.
- **Forma redes.** Dicho de otro modo, está claro que las funciones dentro de los equipos de salud mental están en vías de construcción y a su vez, que funcionamos como nexo para formar redes, redes que permitan al sujeto, en algún momento, estar contenido para poder lograr la mayor autonomía posible.
- **Facilita el lazo social**, acompañando e incentivando nuevas inscripciones sociales en lo educativo, lo laboral y lo recreativo en pacientes para evitar situaciones de crisis, evitando la segregación y la cronificación.
- **Actúa como auxiliar**, brindando soporte a los tratamientos que necesitan continuidad con los equipos de salud mental -los cuales se ven limitados en el consultorio al no salir al territorio-, siendo una alternativa para evitar las internaciones, reduciendo de esta manera considerablemente la ocupación de camas en los hospitales.

Finalmente, si bien existe una ley nacional que busca proteger a los sujetos con padecimiento mental, aún existen múltiples trabas para su implementación efectiva. Ello acarrea la grave consecuencia de no hacer visible el importante y urgente rol del acompañante terapéutico en los equipos de Salud Mental. Entendiendo que este espacio históricamente no se nos brindó por lo “nueva” que era nuestra profesión, y sin embargo, reconociendo todos los aspectos que involucran nuestra formación permanente, tanto el posicionamiento, como la supervisión, el trabajo interdisciplinario y otras cuestiones concernientes a la ética profesional. A pesar de todo, seguimos realizando acciones que nos nutran, intentando construir y reconstruir un marco teórico, metodológico, ético y político propio. Por momentos, se torna un camino sinuoso y las fuerzas flaquean, pero ahí aparecen los otros, aquellos que empujan y paradójicamente acompañan. Y por ello, este utópico recorrido que hemos realizado en el presente ensayo, propone la implementación

de herramientas que, quizás, alguna vez brinden a nuestro trabajo el lugar que se merece. Solos no podemos. *El único héroe válido es el héroe "en grupo", nunca el héroe individual, el héroe solo (Oesterheld, 1957).*

"Borrón y cuenta
nueva".
"Patear el tablero".
"X cosa nueva, vida
nueva".
"Dar vuelta la
página".
Cuántas metáforas
usamos para decir,
que pese a todo,
estamos de pie y así
seguiremos. Muchas
formas para asumir,
en definitiva, que
somos remadores
incansables.
No importa qué nombre
le pongas.
Aquí la cuestión es
que te rompiste, te
desarmaste, te
hiciste añicos. Por
un laburo que no fue,
por ese sueño trunco
o por aquel desamor.
Pero siempre volviste
a armarte y cada
pieza, cada vez,
tiene más entereza, y
para colmo se vuelve
más testaruda.
Resiliencia, le
dicen.

@ansioletrica

(Texto extraído de las redes sociales)

Referencias bibliográficas

- AATRA. (s.f.). *Asociación de Acompañantes Terapéuticos de República Argentina*. Obtenido de <https://www.aatra.org.ar/institucional/codigo-de-etica/>
- AGUIRRE.J.L (2007). "Procesos de salud-enfermedad-atención-prevención" en *Estrategias de autoatención del sufrimiento mental en mujeres que pertenecen a una población migrante del norte y noreste argentino en el sur de la Provincia de Santa Fe*.
- BREILH , J. (2010). "Epistemología crítica". (p.215)
- CHEVEZ, C P COSTA M & HERNÁNDEZ (2017). *Acompañamiento Terapéutico clínica de la frontera*. (p. 278). Córdoba. Ed Brujas.
- COSTA, M. (2017). "El acompañamiento terapéutico en el proceso de transformación de las prácticas en salud mental" (pp. 239-248) En AAVV. (coor.) *Acompañamiento Terapéutico clínica en la frontera*. Córdoba: Brujas.
- GOBIERNO NACIONAL (2010) Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. *Publicado en el Boletín Oficial del Gobierno Nacional. Decreto 1855/2010. Reglamentada por el Decreto N° 603/2013*.
- GUATTAN, F., & ROLNIK, S. (2009). *Micropolítica. Cartografía del deseo*.(p.294) Madrid: Ed Traficantes de sueños.
- HERNÁNDEZ (2017). "At en lo cotidiano, una clínica en las fronteras". (pp. 13-20). En AAVV.(coor.), *Acompañamiento terapéutico clínica en la frontera*. Córdoba, Ed Brujas.
- HERNÁNDEZ, (2017) "Psicodrama y teatro espontáneo como herramienta conceptual para el acompañamiento terapéutico de personas con enfermedad mental". grave" En AAVV (coor.), *Acompañamiento terapéutico clínica en las fronteras* (pp. 55-66). Córdoba. Ed Brujas.
- MENÉNDEZ, E. (2003). *Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. México. Ed casa Chata.
- MASSOTA, O (1986) *Lecciones de introducción al psicoanálisis*. Buenos Aires- Ed Gedisa.
- PULICE, G. O. (2001). *Fundamentos Clínicos Del Acompañamiento Terapéutico*. (pp 64,82,143,148)Buenos Aires: Ed.Letra Viva
- ROSSI, G (2007). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. (p.23). Buenos Aires. Polemos

- VILLASUSO, A. C. (2017). "Reflexiones en torno a la demanda, el rol y la posición ética del AT a partir de un caso". (pp. 123-128) En AAVV. (coor.) *Acompañamiento Terapéutico clínica en la frontera*. Córdoba: Ed. Brujas.

ANEXOS

- **ANEXO I**

RESULTADOS PRIMER CENSO NACIONAL DE PERSONAS INTERNADAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presentaron-los-resultados-del-primer-censo-nacional-de-personas-internadas-por-motivos>

- **ANEXO II**

Ley 14580. Ley de la Provincia de Buenos Aires

- EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SANCIONAN CON FUERZA DE
- **ARTÍCULO 1°.** - Adhiérase la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657 "Derecho a la Protección de la Salud Mental", que establece la protección de los derechos de los ciudadanos que padecen problemas de salud mental y garantiza el acceso a los servicios que la promueven y la protegen. La presente Ley asume el criterio de dicho instrumento normativo en el sentido de que las políticas de salud mental contempla también la protección de los derechos de aquellos ciudadanos con problemas en el uso de drogas legales o ilegales.
- **ARTÍCULO 2°.** - Designase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires como Autoridad de Aplicación de la presente Ley.
- **ARTÍCULO 3°.**- Otorgase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a los servicios de salud dependientes del subsector público, privado y de la seguridad social, un plazo máximo de treinta y seis (36) meses para implementar las reformas que garanticen el cumplimiento de lo establecido en la Ley 26.657. Sin perjuicio de lo cual los derechos de los usuarios y las obligaciones de los prestadores tienen plena vigencia a partir de la sanción de la presente Ley.
- **ARTÍCULO 4°.**- Autorízase al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, como Autoridad de Aplicación de la presente Ley, a realizar monitoreo periódico

sobre los servicios de salud de los subsectores público, privado y de la seguridad social a fin de evaluar el cumplimiento de lo dispuesto en forma antecedente.

- **ARTÍCULO 5°.-** El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de su Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, será responsable de la elaboración de un plan provincial de salud mental participativo, interdisciplinario e intersectorial, cuyos criterios fundamentales serán los establecidos en la Ley 26.657.
- **ARTÍCULO 6 ° .-** El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la jurisdicción, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.
- **ARTÍCULO 7°.-** El Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires realizará un (1) relevamiento anual, donde se evidenciará la situación de la protección de la salud mental en la Provincia, tanto en los subsectores público, privado y de la seguridad social así como en el ámbito carcelario. Este informe, que tendrá carácter público, deberá ser presentado ante el plenario de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras Legislativas.
- **ARTÍCULO 8°.-** Las obras sociales y las empresas de medicina prepaga que desarrollan sus actividades en la Provincia de Buenos Aires, deberán incluir en su menú prestacional los servicios garantizados por la presente Ley en un plazo no mayor a ciento veinte (120) días a partir de la sanción de este marco normativo.
- **ARTÍCULO 9 °.-** Derogase toda norma que se oponga a la presente.
- **ARTÍCULO 10.-** Comuníquese al Poder Ejecutivo.
- Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata, a los veintisiete días del mes de noviembre del año dos mil trece
- **ANEXO III**

Presentación de la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental

El lunes 25 de abril recibimos en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” la visita del presidente de la Nación Dr. Alberto Fernández y la ministra de Salud Dra. Carla Vizzotti.

Las autoridades se reunieron en el Auditorio Amancay Diana Sacayán del Hospital con el objetivo de presentar los lineamientos estratégicos a nivel nacional para el Abordaje Integral de la Salud Mental.

En primer lugar, tomó la palabra la ministra de Salud de la Nación Dra. Carla Vizzotti: “Estamos hoy acá en un día muy importante, con expertos y expertas, con la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, referentes del Consejo Consultivo Honorario, referentes de psicología y psiquiatría en abordaje de salud mental, trabajadores y trabajadoras del Hospital Bonaparte. No es casualidad que estemos hoy acá, en esta institución emblema nacional en relación a la salud mental” La propuesta surge del Consejo Federal de Salud, de cada ministro y ministra de las provincias, del Consejo Federal de Salud Mental y luego, que usted presidente, vuelva a poner a funcionar la Comisión Interministerial Nacional de Salud Mental en la Jefatura de Gabinete, la reunión del Consejo Consultivo Honorario donde se retomaron las acciones presenciales, y la presencia de OPS y UNICEF”.

Seguidamente tomó la palabra el presidente de la Nación y presentó los lineamientos estratégicos a nivel nacional para el Abordaje Integral de la Salud Mental. “Hemos sabido que la pandemia generó estrés, ansiedades, miedos y mucho sufrimiento. Estos fenómenos globales tienen consecuencias emocionales colectivas. Los datos muestran que hubo un aumento notable de la necesidad de asistencia de la salud mental por parte de la sociedad”.

“La salud mental fue durante muchos años un tema tabú ya no puede seguir siéndolo, no lo vamos a esconder debajo de la alfombra. No vamos a dejar que alguien quiera decidir que de eso no se habla, es hora de que hablemos. Vamos a priorizar saldar otra deuda que es la plena implementación de la Ley de Salud Mental”, continuó. “En salud mental no hay vacunas, pero hay acciones. Por eso lanzamos la Estrategia Federal de

Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos. Necesitamos el trabajo mancomunado de diferentes ministerios con las 24 jurisdicciones, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y UNICEF”.

En cuanto a las medidas que se pondrán en marcha, detalló:

- Fortalecimiento de la atención en salud mental en todas las jurisdicciones.
- Duplicación del presupuesto actual con un fondo extraordinario de 4 mil millones de pesos.
- Apoyo a la formación de recursos humanos en todo el país, ampliando el acceso a la red asistencial por telemedicina, para facilitar el acceso.
- Creación de una línea telefónica 0800 específica y gratuita, disponible las 24 horas, para la atención de las urgencias de la salud mental.
- Financiamiento para que los hospitales generales puedan crear una unidad de Cuidados de la Urgencia y una guardia interdisciplinaria 24 horas para la atención de la salud mental.
- Creación de un Programa para el Abordaje Integral en el marco de la Ley Nacional de Prevención al Suicidio.
- Duplicación de la cantidad de efectores del primer nivel de salud que recibirán botiquines remediar en salud mental.
- Trabajo en el acompañamiento y asistencia de las infancias, los y las adolescentes y los sectores poblacionales más afectados.
- Construcción de viviendas de Medio Camino para avanzar con la Ley de Salud Mental y concretar la desinstitutionalización de los y las usuarias.
- Fortalecimiento del Hospital Bonaparte en tanto referencia a nivel nacional generando redes y apoyando a cada una de las provincias.
- Trabajo en articulación con el sistema educativo a través de la cultura y el arte, con acciones para la reinserción laboral y el acompañamiento en situaciones de violencia.

Para concluir, el presidente aseguró: “Iniciamos esta estrategia sobre salud mental, necesitamos el trabajo articulado y convocamos a la sociedad a participar y comprometerse desde diversos ámbitos. Invito a cada uno y cada una de ustedes a aportar a este objetivo de cuidar la salud de la población en todas sus dimensiones. La política, una vez más, es la herramienta para resolver un problema real. Esta estrategia integral y federal de salud

mental es una política pública que está llamada a cambiar la vida de las personas. A hacer que hoy los que se sientan mal se sientan más escuchados, acompañados y así más tranquilos. A los expertos y expertas presentes les agradezco su liderazgo en este tema, les agradezco que compartan su conocimiento y difusión del problema y las acciones que realizaremos”.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/presentacion-de-la-estrategia-federal-de-abordaje-integral-de-la-salud-mental>