



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRABAJO FINAL DE GRADO:
EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO COMO DISPOSITIVO DE
ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL.**



SOFÍA BRUGGER METHOL

CI. 4131.738-9

TUTORÍA: Prof. Adj. NELSON DE LEÓN.

Montevideo, 18 de febrero de 2015

ÍNDICE

Resumen	Pág.1
Capítulo 1. Síntesis de un proceso de construcción socio-histórica: el loco, el encierro y la enfermedad mental	Pág. 2
1.1) El loco en la edad media.....	Pág. 2
1.2) La constitución del Encierro: una respuesta a los sistemas transgresores del siglo XVII.....	Pág. 4
1.3) Enfermedad y medicina mental: la legitimación del poder médico sobre la locura.....	Pág.6
Capítulo 2. Construyendo salud mental: del modelo médico positivista hacia las reformas	Pág.9
2.1) Condiciones de surgimiento del paradigma de salud mental: Contexto socio- histórico y político en Europa, Estados Unidos y América Latina y el Caribe.....	Pág .9
2.1. a)Europa y Estados Unidos.....	Pág .10
2.1.b)El caso de América Latina.....	Pág .13
Capítulo 3. Perspectiva de derecho en las reformas latinoamericanas en salud mental y efectos sobre los dispositivos de atención psicosocial	Pág.14
3.1) Breves consideraciones sobre los procesos de reforma en la atención en salud mental en países de la Región.....	Pág. 17
Capítulo 4. El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo de atención psicosocial en salud mental	Pág .20
4.1) Introducción al posicionamiento epistemológico de la producción de subjetividad. La dimensión de la subjetividad y los procesos de subjetivación.	Pág. 21
4.2) Antecedentes del Acompañamiento Terapéutico.....	Pág. 22
4.3) Inscripción Académica , institucionalización y marco legal del ejercicio del Acompañante Terapéutico.....	Pág .25
4.4) Hacia una técnica y ética del Acompañamiento Terapéutico.....	Pág. 28
4.4.a) Sobre ética y acompañamiento terapéutico.....	Pág .32
4.4.b) Clínica de la cotidianidad y encuadres móviles.....	Pág .33
Capítulo 5. Reflexión crítica y análisis de la implicación	Pág.37
Referencias Bibliográficas	Pág.41

RESUMEN

La presente monografía busca realizar una sistematización bibliográfica tendiente a abrir el campo de intervenciones posibles en salud mental, a la vez que alternativas a los modelos hegemónicos de atención.

En la primera parte el trabajo presenta una contextualización socio-histórica sobre la locura, el encierro y la enfermedad mental para luego desarrollar un recorrido hacia el paradigma en salud mental, el contexto y sus condiciones de surgimiento, así como la perspectiva en derechos humanos que lo sustenta como tal. Por último y como propósito principal, se pretende presentar y otorgar visibilidad al acompañamiento terapéutico como un dispositivo de atención psicosocial, comunitario y territorial, que parte de modos transversales de relacionamiento con aquellos que sufren un padecimiento mental. Por otra parte, el trabajo busca enunciar el vacío existente en cuanto a las posibilidades de formación específica en acompañamiento terapéutico en el medio; considerando que su inserción podría resultar idónea para la consolidación de una ideología y un campo de acciones éticas y humanizadas en salud mental.

Palabras clave: Acompañamiento terapéutico - salud mental- atención psicosocial.

CAPÍTULO 1: SÍNTESIS DE UN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN SOCIO-HISTÓRICA: EL LOCO, EL ENCIERRO Y LA ENFERMEDAD MENTAL.

1.1) El loco en la Edad media:

“Qué es la razón? La locura de todos.

Qué es la locura? La razón de uno”

Giuseppe Ressi.

Desde la edad media hasta la modernidad pueden encontrarse diversos momentos en relación a la enunciación de la locura y sus modos de captura. Siguiendo este recorrido genealógico que hace Foucault en su Historia de la locura (1999), se desprende que el loco deviene en excluido de cualquier cosa, ya sea concediéndosele un estatuto religioso, mágico, lúdico o patológico. (Foucault, 1999, p.363). De esta manera, termina echando por luz que lo normal y anormal no está definido por un patrón universal sino que justamente es emergente de la composición de cada sociedad, delimitando, en consecuencia zonas, determinado patrones comportamentales y modelos hegemónicos de ser y estar en el mundo.

Un primer momento en esta historia es aquel caracterizado por la expulsión de estos sujetos – los locos- y simbolizado por la famosa Nave de los locos: la época de la edad media y hasta el Renacimiento en donde esta alegórica nave alude al hecho de que durante la primera mitad del siglo XV, hacia 1497, era frecuente que en las ciudades de Europa y en particular en Alemania, los “locos” fueran expulsados de su territorio por las autoridades municipales y la tendencia era embarcarlos. Estos hombres eran habitualmente entregados a barqueros para que hicieran naufragar por alguna tierra lejana a estos seres “indeseables” antes de llegar a destino.

La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto. En cierto sentido, no hace más que desplegar, a lo largo de una geografía mitad real y mitad imaginaria, la situación liminar del loco en el horizonte del cuidado del hombre medieval, situación simbolizada y también realizada por el privilegio que se otorga al loco de estar encerrado en las puertas de la ciudad; su exclusión debe recluirlo; si no puede ni debe tener como prisión más que el mismo umbral, se le retiene en los lugares de paso. (Foucault, 1994 p.12)

Analizando los destinos posibles de la locura en relación con las diversas culturas, los musulmanes, hacia el siglo XII fueron los primeros en conciliar una visión del loco como alguien incapaz y dependiente, que no podía incorporarse a la vida social y que por ello necesitaba ayuda y comprensión. “El Maristán” se trataba de un lugar que daba alojamiento

y protección a personas con trastornos mentales, desde el entendido religioso de que por su incapacidad, estos sujetos debían recibir en su vida terrenal todo aquello a lo que no podrían acceder en el cielo. A su vez, los árabes entendían que los padecimientos mentales de estas personas podían deberse a fenómenos sobrenaturales, relacionando delirios con genialidad o algún tipo de iluminación divina o incluso como cierto tipo de “posesión” del alma.

Hasta el siglo XIV estas instituciones árabes tuvieron su lugar en Europa durante el período de convivencia de musulmanes, judíos y cristianos. (Galende, 2008). Además tomando los aportes de Galende (2008) en 1409, en España desde otra perspectiva religiosa, se fundó el “Hospital de los desamparados” siendo luego replicado en otras provincias como Zaragoza (1436) y Sevilla (1483). Estos hospitales en consonancia con su naturaleza cristiano-católica, desde una ideología humanista alojaban a personas que no podían sostener su vida por recursos propios, entre ellas los locos, muchos de ellos retornados de la colonización de España en América. Sin embargo, cabe mencionar que dichas instituciones así como “El Maristán” no eran concebidas como instituciones médicas sino como de caridad y beneficencia con los marginados.

Considerando los aportes de Galende (2008) se puede decir que este tipo de “hostales de desamparados” desde 1400 a 1800 se extendieron por toda Europa, siendo simultáneamente un claro emergente de las condiciones socio-económicas de ese entonces, como fue el aumento de la pobreza hacia el siglo XVIII.

Analizando la conjunción de estos elementos, es interesante observar que durante más de tres mil años la humanidad pudo vivir con personas “locas” o trastornadas buscando comprenderlas dentro de los parámetros de su cultura, religiosa, mítica o filosófica, sin llegar a haber un orden jurídico especializado en la materia (Galende, 2008)

Por otra parte, siguiendo a Foucault (1999) es bien importante observar las ambigüedades del lugar del loco en la historia europea: “El estatuto del loco respecto del lenguaje era curioso en Europa. Por un lado, la palabra de los locos era rechazada como sin valor, por otro, nunca fue completamente aniquilada. Se le prestaba siempre una atención particular.” (Foucault, 1994, p.364).

En lo que respecta a la relación entre arte y la locura, desde la edad media hasta finales del Renacimiento el personaje del loco adquiere importancia en el teatro, como aquel sujeto poseedor de la verdad, el loco recuerda a cada hombre su verdad.

“La locura y el loco llegan a ser personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres” (Foucault, 1994, p.13.).

Los bufones por ejemplo, representaban la “institucionalización” de la palabra de la locura” Eran desde un lugar simbólico la voz de la verdad que los hombres ordinarios no eran capaces de enunciar. (Foucault, 1994, p.364).

En el Renacimiento a través de los postulados de Erasmo de Rotterdam, la locura se posiciona como una forma relativa de la razón (ambas entran en juego dialéctico). En Elogio de la locura (1968) se burla de los poderosos, aristócratas y de la Iglesia, así como se manifiesta como una forma despreocupada de obtener la felicidad, convirtiéndose en una forma misma de la razón, ya que nada cuestiona tanto a la razón como la locura.

Por otra parte, tanto en Shakespeare a través de Macbeth como en Cervantes con su Don Quijote, la locura se pliega como un aspecto irónico de las ilusiones y aparece un tinte de burla frente a este modo singular de percibir la realidad.

Como lo entiende Foucault (1994) la incompatibilidad de la locura y de la literatura ha sido construida por nuestra historia así como la extrañeza que hoy puede generarnos la comunicación entre estos dos lenguajes.

Hasta la Edad media la locura se compone de una multiplicidad de sentidos, tránsitos y devenires, careciendo aún de un estatuto legitimado. Esto será así hasta el presagio del estancamiento y el encierro, donde operará el disciplinamiento, constituyéndose el panóptico.

1.2 La constitución del Encierro: una respuesta a los sistemas transgresores del siglo XVII

*...”En un momento va a saber que ya es la hora de volver
pero trayendo a casa todo aquel fulgor, ¿y para quién?
Las almas repudian todo encierro
las cruces dejaron de llover.”*

Luis Alberto Spinetta.

Un segundo momento que conceptualiza Foucault en su Historia de la Locura (1999) es el que va desde la época clásica en los siglos XVII y XVIII.

Hasta el Renacimiento la locura estaba entonces asociada a la presencia de trascendencias imaginarias y será a partir de la época clásica que realmente es juzgada y condenada como ociosidad, calibrada a partir de de parámetros sociales relativos a la productividad laboral.

Esta nueva posición sobre la locura es, como siempre, consecuencia del contexto socio histórico: en vías hacia la industrialización en el siglo XVII la sociedad europea va a mostrar su reticencia hacia los locos, ociosos e improductivos, para los cuales el Hospital General será el lugar de encierro, así como para ancianos, enfermos, vagabundos, prostitutas y todo aquel que vulnere el orden social establecido.

En esta época es que se asientan los sistemas transgresores, dando lugar a una serie de sistemas sociales disciplinarios, cárceles, hospitales, instituciones de enseñanza, etc. Estas cobran nuevas dimensiones y funciones

Hasta entonces existía un decreto que daba encarcelamiento a las personas que se adjudicaban como locas o dementes, a través de las *lettres de chachet.*, una carta con sello real que ordenaba la detención de una persona de manera arbitraria.

El *Hôpital Général* no consistía entonces en un establecimiento médico, sino que se trató de una estructura semijurídica que el rey establecía entre la policía y la justicia, “es el tercer orden de la represión” (Foucault, 1999, p.42). Este dispositivo de encierro característico del orden monárquico y burgués, será extendido por toda Francia, siendo así que en la víspera de la Revolución Francesa existían 32 provincias con hospitales generales.

(...) Si existe en la locura clásica algo que hable de otro lugar y de otra cosa, no es porque el loco venga de otro cielo – el del insensato- y luzca los signos celestes; es porque ha franqueado las fronteras del orden burgués, para enajenarse más allá de los límites sagrados de la ética aceptada.(Foucault, 1999, p.61.)

De esta manera, se vislumbra que más allá de la industrialización y el capitalismo imperante que priorizaba la producción incesante y condenaba toda forma de ociosidad, el Hospital General no será solamente un taller de trabajo forzado, sino que será una institución de vigilancia, castigo y corregimiento de las ausencias morales, tendrá un estatuto ético. “El prisionero que puede y que quiere trabajar será liberado; no tanto porque sea nuevo útil a la sociedad, sino porque se ha suscitado nuevamente el gran pacto ético de la existencia humana...” (Foucault, 1999, p.62.)

Es trascendente analizar también que desde el siglo XVII hasta el XIX el derecho de exigir el internamiento del loco va a pertenecer exclusivamente a la familia.

1.3) Enfermedad y medicina mental: la legitimación del poder médico sobre la locura.

*“La enfermedad es la consecuencia de las contradicciones sociales
en las que el hombre está históricamente alienado”*

Michel Foucault.

Continuando con la línea genealógica, a finales del siglo XVIII el loco es una figura generalizada de asociabilidad, no transgrede ninguna ley pero puede violarlas todas. Ahora sí que el loco es, además de loco, peligroso, más allá de que los peligrosos seguirán siendo como siempre los enfermos venéreos, degenerados, disipadores, homosexuales, blasfemos, alquimistas, libertinos, todos destinatarios de la internación asilar.

Foucault (2008) plantea una nueva “especialización de la realidad”, porque la enfermedad y sus etiologías ya no van a concentrar solamente discusiones sobre el alma o problemas mítico-religiosos, sino que la enfermedad va a encontrar su geografía y topografía en las diferentes *kllines*¹. (Lubartowski, 2002). Esta etapa, denominada protoclínica, (Foucault, 2008) es la etapa previa a la clínica propiamente dicha, en donde la enfermedad encuentra una especialización en el mundo, en el cuerpo, en los discursos, que generan la primera especialización: la clínica médica.

En 1786 es significativa la relevancia que marca el médico mentalista Phillippe Pinel tras su trabajo en el manicomio de *Bicêtre*. Además de preocuparse por alienar a los enfermos mentales y a separarlos respecto a al nivel de peligrosidad aparente, Pinel prestó gran atención a las prácticas de Jean-Baptiste Pussin, figura que oficiaba de conserje-celador y que propugnaba un “tratamiento moral de los locos” desde el entendido de que recurría con fines terapéuticos a “la parte de su razón que no estuviese perturbada”. Este aspecto fue el que Pinel fue capaz de rescatar como valioso y como efectivo en la mejoría del paciente, de la mano de Pussin, con quien también planteó la supresión de las cadenas que sujetaban a los internos, las sangrías, las purgas y demás “tratamientos” tortuosos.

A partir de las consecuencias que genera la ruptura del Antiguo Régimen en pro del nuevo sistema social contractual- burgués que nace tras la Revolución Francesa, en 1790, se propone abolir el decreto que daba encarcelamiento a las personas que se adjudicaban como dementes a través de las *lettres de chachet*. Los sujetos eran entonces interrogados por los jueces y un cambio radical en torno a la legitimación de la locura como enfermedad mental, será ahora relativa a la injerencia de un nuevo poder: el médico, quienes

¹ Del griego, “cama”.

supervisados por los directores del distrito se apropiarán de la sentencia del “enfermo”, que oscilará entre libertad o atendimento en hospitales.

Por otra parte, paradójicamente, en cuanto a los preceptos alienantes, cabe rescatar cierto componente humanizante en la ideología de Pinel, expuestos en algunas trazas de su Tratado Médico Filosófico de la Enajenación del alma. Pinel (1804) analiza y valora el trabajo realizado por Pussin, así como menciona y reconoce el rol de otros conserjes de hospitales para con los internos:

El vivir siempre entre locos, estudiar sus acciones, sus diversos caracteres, los objetos que les gustan o fastidian, la utilidad que se saca de seguir el curso de sus desórdenes, de noche, de día.... (...) En fin, el mirar incesantemente todos los fenómenos de la enajenación del alma, y el estar destinado a cuidar de ellos, deben por necesidad, comunicar a los hombres de talento y celo muchos conocimientos, proporcionándoles al mismo tiempo el ver todos los pormenores que faltan al médico, pues este las más veces tiene que hacer sus visitas muy de paso. (Pinel, 1804 p.37).

Esta manera -vanguardista para su época- de concebir el relacionamiento con el paciente lo colocará en el primer médico mental que introduce cierta perspectiva psicológica, aunque siempre construyendo camino hacia el tratamiento moral de la locura, el alienismo.

El hospital va a pasar de ser un sitio de asistencia a un lugar de formación y de confrontación de los conocimientos: inversión de las relaciones de poder y constitución de un saber. (Foucault, 2002, p. 172-173). Así el hospicio se convierte en el lugar para la "disciplina" médica a través del examen, en el que la medicina mental va a intervenir a través del humanismo y/o la filantropía que no son más que un auxiliar del derecho para situaciones límites en las que el loco y su estatuto escapa a las categorías judiciales de la nueva sociedad burguesa. Se trata de una tecnología del control muy económica psíquicamente ya que coincide con la moral dominante. (Foucault, 1999).

El camino iniciado por Pinel lo sigue su discípulo Esquirol, aunque haciendo un giro sustancial, ya que se trató de un médico que promovía una línea de tipo organicista en cuanto a la concepción y tratamiento de la enfermedad mental.

Galende (2008) plantea a Esquirol como el fundador de la especialidad en materia mental, impulsando el logro de tres sucesos que fueron afirmadores del estatuto psiquiátrico: En primer lugar la psiquiatría pasa a ser reconocida de manera oficial por la universidad, lo que tuvo una doble vertiente a los efectos de su legitimación, una

académica, como conocimiento postulado en el lenguaje médico acerca de la nosografía, lo patológico y sintomático de lo mental, y al mismo tiempo, trajo consigo la legitimación del lado oscuro -y macabro- de las prácticas de disciplinamiento moral y los procedimientos producidos por esta óptica alienante de tratamiento.

El segundo suceso que reafirma el poder psiquiátrico será la promulgación de la “Ley Esquirol” de 1838, ordenamiento que habilitó la delegación al médico de funciones judiciales como la privación de libertad, sin que sea necesario acusación y sin posibilidad de defensa. Esto consumó el advenimiento del certificado de alienación que efectivizaba la sentencia a partir de un poder que desde entonces podía ser netamente médico.

En tercer lugar, según Galende (2008), Esquirol impulsa la primera red de servicios destinada a cubrir todo el territorio de Francia, lo que implicó la construcción de un manicomio para cada ciudad de ese país.

De todo lo expuesto se puede concluir que hasta el siglo XVII, locura y enfermedad mental venían ocupando el mismo espacio en el campo de los lenguajes de excluidos, el del insensato, a partir del siglo XIX locura y enfermedad mental dejan su pertenencia a la misma unidad antropológica. (Foucault, 1999).

Esta nueva legitimación del loco a hacia el estatuto de enfermo mental, trae amarrada consigo – para quedarse hasta la contemporaneidad- la noción de “peligrosidad”. Todo individuo está sometido a la división normal- anormal, así como la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y alinear a los anormales. (Foucault, 2002)

Castel (2009) analiza la problematización moderna de la locura, su tratamiento social y su estatuto antropológico, sintetizándola en cuatro aspectos centrales: El contexto político en el que adviene el legalismo; la aparición de nuevos agentes; la atribución del loco al estatuto de enfermo y la formación de una nueva estructura institucional.

Uno de los puntos más trascendentes de este momento en que la psiquiatría comienza a monopolizar la cuestión de la locura y lo “enfermo” es el cómo lo hace, de que medios se sirve y ello responde al hecho de que los dispositivos de control dejaron de ser coercitivos- autoritarios para pasar a ser intervenciones, persuasivos- manipulativas. (Castel, 2009)

Como panóptico, en el hospicio el loco es vigilado siempre e incluso el hecho de que él sepa que esto es así tiene valor terapéutico en sí mismo, a los efectos de que no expone su locura cuando se siente observado. (Foucault, 2002)

Parafraseando a Galende, (2008, p.55) la construcción de la diferencia entre normal y patológico en la vida psíquica no se queda en esta demarcación sino que se instala a partir del diagnóstico que da el médico y así avanza hacia todo el campo social, con la potencia de su autoridad, desde el discurso y desde lo real, para llegar hasta la concepción de enfermedad para todo aquel sujeto que traspase los límites de lo socialmente esperado.

La eficacia, casi tan mágica de nombrar tal sufrimiento como enfermedad mental es inseparable del acto institucional, porque es la institución y su aceptación y reconocimiento social la que genera las condiciones que deben ser cumplidas para que esta magia de las palabras que nombran la enfermedad pueda cumplirse: el o los títulos del especialista. (Galende, 2008, p.57)

La psiquiatría se ha forjado y se mantiene forjada como tal desde el binomio mente-cuerpo, confrontando de esta manera las ciencias de la naturaleza y las ciencias del hombre. Causas biológicas versus determinantes psico-socio-culturales, relevancia fundamentada en la psicofarmacología versus dificultad para integrar tratamientos alternativos y un largo etcétera que deviene en cuestionar la función de la institución psiquiátrica como asistencial y a la vez – ineludiblemente- como un espacio de declusión, cronificación y estigmatización. (Techera, Apaud, Borges, 2010).

CAPÍTULO 2: CONSTRUYENDO SALUD MENTAL: DEL MODELO MÉDICO POSITIVISTA HACIA LAS REFORMAS

2.1) Condiciones de surgimiento del paradigma de salud mental: Contexto socio-histórico y político en Europa, Estados Unidos y América Latina y el Caribe.

“Música es ritmo y ritmo tiene que ver con salud, pero salud es también apertura a la disritmia, a la contradicción, a lo informe, a lo indiscernible”

Luis Weinstein.

Durante el siglo XIX, ya existían entonces críticas y reivindicaciones hacia la medicina mental. Muchos psiquiatras que no trabajaban en manicomios y diversos intelectuales alienados, (alemanes, franceses) cuestionaban la terapéutica, los tratamientos así como todo el fundamento objetivista y positivista que encubría la práctica de la psiquiatría, que como disciplina en el campo de la medicina a principios del siglo XIX, esta se constituye justamente en un momento de auge y hegemonía de la razón moderna. (Galende, 2008)

Al respecto Galende (2008) entiende que se generan una conjunción de diversos movimientos en el mundo que cuestionan a los métodos utilizados por los psiquiatras en los hospitales mentales, entre ellos el movimiento Open Door en EEUU, el movimiento Higiene mental, y por sobre todo, tuvo un fuerte impacto la percepción de las alevosas semejanzas entre los hospicios y los campos de concentración, observadas tras la posguerra.

La crítica hacia la medicina mental consistía en una crítica hacia la reproducción del manicomio y en su condición de gestora de las tareas del aparato estatal. Comienza el inicio de la reorganización de las prácticas médico- psicológicas, en donde arrastradas por un fondo común, la psiquiatría y el psicoanálisis se empezarán a derrumbar en su hegemonía, banalizándose en consecuencia sus aportes. (Castel, 1984)

Siguiendo a Castel (1984) se puede decir que la ruptura del enfoque positivista y de la medicina mental estuvo altamente sesgada por la conjunción del psicologismo y el politicismo en donde la lucha por la liberación del sujeto y de las masas se unificó deviniendo en una única lucha realmente revolucionaria. (p.8)

2.1.a) Europa y Estados Unidos

Los grandes pioneros en materia de reformas psiquiátricas, desde el repudio al manicomio y en cuanto a la promoción de formas sustitutivas de atención en salud mental fueron Europa por la década del 70 y Estados Unidos en la del 60.

Tomando nuevamente como referencia los aportes de Castel (1984) en Europa hacia los años 60-70, dentro del contexto del mayo francés y en el ámbito de la medicina y la psiquiatría, se desarrollaron comisiones organizadas de estudiantes que polemizaban la reforma de los estudios y la profesión. Polemizando así, sobre la modernización y racionalización de las condiciones en que se ejercía la psiquiatría, siendo este el efecto más claro de la crisis del 68. Esta nueva mirada es el producto del desplazamiento de algunas luchas políticas y de la sobrevaloración de la subjetividad.

A partir de los años 70, el campo médico- psicológico estaba siendo atravesado por una psiquiatría pública que progresivamente fue imponiéndose desde la inserción comunitaria, así como un psicoanálisis, que vislumbraba su praxis como una real aproximación a la problemática del sujeto (Castel,1984).

Estados Unidos fue el precursor del enfoque comunitario en el mundo hacia los años 70, en un escenario social emergente de lucha por derechos civiles, derechos humanos, protestas por la Guerra de Vietnam, la ideología separatista de los negros, las crisis

urbanas, la guerra en contra de la pobreza y también en respuesta a la insatisfacción de los marcos conceptuales en salud mental centrados en el modelo médico hegemónico.

Dentro de las re-estructuras psiquiátricas en Estados Unidos y en Europa hubo tres tipos de grupalidades conceptuales que nuclearon estos procesos, por un lado la Psicoterapia Institucional y la Comunidad Terapéutica, que promulgaban como eje central que el fracaso estaba en los modos de gestión del hospicio y que la solución estaba en cambios institucionales. Por otro lado, estaba el grupo constituido por la Psiquiatría de Sector y Psiquiatría Preventiva, que promovía el abandono del hospital y la creación de servicios asistenciales como hospitales de día, talleres terapéuticos y centros de salud mental. El tercer grupo era el de la Antipsiquiatría y psiquiatría democrática, quienes básicamente postularon una ruptura del paradigma psiquiátrico tradicional y enfatizaban en que la experiencia patológica era consecuencia de las relaciones establecidas entre individuo y sociedad. (Amarante, 2009)

La psicoterapia Institucional y la Comunidad Terapéutica entendían que la institución psiquiátrica había perdido la posibilidad de ejercer una real función terapéutica, promoviendo el involucramiento de los actores sociales desde usuarios hasta familias y trabajadores. Su ideología promulgaba principios de democratización, compromiso, contención, escucha polifónica y transversalidad – desde el encuentro y confrontación de saberes y roles profesionales desde la problematización de las jerarquías y hegemonías- (Amarante, 2009).

La Psiquiatría de Sector y Psiquiatría Preventiva – o salud mental comunitaria logró desplazar a la psiquiatría respecto de otras prácticas profesionales. Se crearon Centros de Salud Mental (CSM) distribuidos en los diversos sectores administrativos de las regiones francesas, se subdividió el espacio interno del hospital para cada sector correspondiente y también se sectorizó en cuanto la organización de las salas con personas de un mismo lugar de procedencia, con el objetivo de estimular vínculos sociales y elaborar las salidas del hospital de forma definitiva (Amarante, 2009). Otra innovación muy relevante fue el acompañamiento terapéutico, que era realizado por el mismo equipo multidisciplinario tanto dentro del hospital como en su casa, reafirmando así que el tratamiento dejara de ser exclusivo del psiquiatra, para pasar a ser parte de un equipo de diversos profesionales y técnicos.

En cuanto a la Psiquiatría Preventiva, Amarante (2009) explica que fue desarrollada en EEUU dentro del enfoque comunitario, siendo Gerald Caplan el fundador de esta corriente. Resultó ser un puntapié relevante para su emergencia, un censo realizado en 1955 que investigaba las condiciones de atención en los hospicios de todo el país, echando

por luz las condiciones de violencia y precariedad en la asistencia a las personas. El impacto causó tal efecto que tuvo injerencia política desde el presidente de ese entonces, Kennedy, que en 1963 decretó cambios sustanciales en cuanto a las políticas de asistencia psiquiátrica de EEUU, en el marco de un contexto socio-político particular, ya mencionado Parafraseando a Amarante (2009) la Psiquiatría Preventiva promueve dos cambios importantes: rescata la noción de modo psicosocial, ampliando el campo conceptual y postulando una innovación en el aspecto ético de la psiquiatría y el otro cambio es que, va del hospicio a la comunidad, lo que junto a la Psiquiatría de Sector, inauguró el primer paso para devolver a la sociedad la responsabilidad por la locura. (p.102).

La antipsiquiatría: El movimiento surge a partir de 1957 cuando el psiquiatra norteamericano T.Szasz cuestiona la veracidad de la enfermedad mental en su obra "Dolor y placer"(1957). La antipsiquiatría se define como un movimiento crítico que cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XIX. La etapa de máximo desarrollo de las ideas y prácticas (años 60-70) coincide con el último gran periodo revolucionario, en los que los cimientos de todo un sistema se tambalearon. La crisis del Mayo del 68 y los movimientos antimilitaristas, los autónomos italianos de los 70 y los diversos movimientos sociales que hicieron eco en esa época, fueron recíprocamente influenciados por la antipsiquiatría. (Castel 1984)

Asimismo, tuvo además una fuerte incidencia de la Teoría de la Comunicación de la Escuela de Palo Alto, de donde toma el concepto de "doble vínculo"² que sería centro en la cuestión de la esquizofrenia, alegando nuevamente la gran incidencia en la experiencia subjetiva del sujeto la relación con el ambiente social.

En 1975 se funda en Bruselas la llamada Red (Réseau) Internacional de Alternativa a la Psiquiatría (Elkaïm, Guattari, Jervis, Castel, Cooper, Basaglia, Bellin) quienes postulaban que todas las luchas en materia de salud mental debieran ser parte de las luchas de los trabajadores en defensa de la salud, coordinada con todas las luchas de las fuerzas socio-políticas por la transformación de la sociedad. Sostenían que la locura es el resultado de las contradicciones sociales así como que solo la transformación de la sociedad posibilitaría el cambio de una psiquiatría opresora hacia una psiquiatría mejor. Una de los más fuertes y efectivas experiencias de este movimiento fue el caso de Italia, con Franco Basaglia, quien logró que 1978 se apruebe la ley 180 en el Parlamento italiano, que indicaba el progresivo desarme de los manicomios y la creación de una serie deservicios descentralizados de acogida y apoyo en estricta colaboración con la comunidad. Además se

pretendía impedir cualquier nuevo ingreso en los manicomios, la creación de unidades territoriales, la reinserción gradual de los usuarios en la comunidad y el cierre total de los hospitales psiquiátricos.

Se puede decir que a excepción de la experiencia italiana, todas las otras terminaron coexistiendo con el manicomio y hasta en algunos casos, reapareciendo los supuestos objetivantes y segregativos en el discurso de prácticas que pretendían ser innovadoras. (Stolkiner, 1994, p.45)

2.1.b) El caso de América Latina.

En el caso de América Latina, en la década del 60-70 estos movimientos de reforma psiquiátrica provenientes del hemisferio norte, no tuvieron casi impacto por las consecuencias represivas de la dictadura militar que atravesaron diversos países del cono sur por esos tiempos. Estas reformas partían de la base de cuestionamiento y crítica a cualquier tipo de institución totalizante y de vulneración de los derechos humanos. (De León, 2013)

Por ello, en este caso los primeros cambios en la concepción y tratamiento de la enfermedad mental vendrán de la mano del enfoque comunitario, más como una respuesta a las condiciones de emergencia social tras el subdesarrollo de la región.

Hacia los años 70 particularmente en el campo de la psicología, el énfasis en lo individual (aun dentro del campo psicosocial), la visión del sujeto como pasivo y como emisor de respuestas dirigidas y predeterminadas, no facilitaba en absoluto la emergencia de condiciones que dieran solución a problemas sociales urgentes, en un contexto socio-político complejo como era el subdesarrollo de América latina (Montero, 2004, p.19).

Así comienza a consolidarse una línea comunitaria a partir de una reacción de disconformidad con una psicología social que se situaba predominantemente en una postura individualista y que no alcanzaba a responder a los problemas sociales. "...Una psicología que surge a partir del vacío provocado por el carácter eminentemente subjetivista de la psicología social..." (Striker, citado en Montero, 2004, p. 19) y por la perspectiva eminentemente macrosocial de otras disciplinas sociales volcadas hacia la comunidad (Montero, 2004)

La psicología comunitaria buscó partir de los aspectos positivos y de los recursos de esas comunidades, propiciando su fortalecimiento, colocando a los sujetos como protagonistas de la acción, dejando de ser considerados como pasivos (sujetados) de la actividad de los psicólogos, para ser actores sociales y constructores de su realidad

(Montero, citado en Montero, 2004, p. 20). El énfasis buscaba estar puesto en la comunidad y no en el fortalecimiento de las instituciones. Esto ocurre simultáneamente en diversos países de América latina, siendo el primero, Puerto Rico, seguramente por su proximidad con Estados Unidos como pionero del enfoque comunitario.

Según Levav y González (2007) el renacimiento de los gobiernos democráticos expresó la reivindicación de los derechos humanos, generándose una toma de conciencia general sobre este aspecto en cuanto a toda la población y en particular concientizándose acerca de los derechos legítimos de los enfermos mentales. Estos últimos fueron incorporados en una Resolución de la Asamblea de las Naciones Unidas que versa sobre los Principios para la Protección de Personas con Enfermedad Mental y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental.

Por otra parte, Levav y González (2007) plantean que los estudios epidemiológicos generados hasta 1990, -a pesar de las deficiencias metodológicas que pudieron ser superadas en investigaciones más recientes- fue posible evidenciar que los trastornos mentales eran un problema de salud pública circunscrito especialmente a los países desarrollados y que al momento había otros grupos de usuarios “no tradicionales” que requerían atención, como el caso de víctimas de violencia doméstica y abuso en niños y mujeres, damnificados de catástrofes y emergencias naturales, etc.

El panorama epidemiológico entonces vigente en América Latina, ya de por sí abrumador, tenía el potencial de agravarse aún más como resultado de: 1) los cambios demográficos que llevarían como resultado el aumento de los grupos poblaciones en las edades de mayor riesgo de trastornos psiquiátricos en la población adulta; 2) las consecuencias adversas de los procesos de urbanización y marginación descontrolados; y 3) el mayor desempleo, consecuencia de los ajustes de la economía y la globalización. (Levav y González, 2007, p.47)

Frente a dicho panorama y sus consecuencias, era lógico volver a concluir que el modelo manicomial vigente era insuficiente para responder satisfactoriamente a un cuadro epidemiológico tan complejo y de progresiva gravedad.

CAPÍTULO 3) PERSPECTIVA DE DERECHO EN LAS REFORMAS LATINOAMERICANAS EN SALUD MENTAL Y EFECTOS SOBRE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL.

Ubicar las reformas de salud mental desde la perspectiva de derechos, requiere mencionar normativas y legislaciones que históricamente se han propuesto materializar los derechos y garantías de las personas en situación de padecimiento mental o discapacidad.

Reconocer así sus potenciales efectos sobre la consolidación progresiva de un campo de salud mental de base psicosocial y comunitaria, sobre una psiquiatría hegemónica que en el mejor de los casos, pareciera perder su “poder de curación” sobre la realidad de padecimiento del sujeto.

Se puede decir que la primera política internacional en materia de salud mental se trató en Ginebra en mayo de 1953, donde se aprobaron dos Resoluciones sobre salud mental por parte de la Asamblea Nacional de las Naciones Unidas. (Galende, 2014).

Por otra parte, tomando los aportes de Caldas de Almeida (2005) las primeras normativas internacionales acerca de políticas y servicios de salud mental en las Américas fueron impulsados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, llevando adelante seminarios en Cuernavaca (1960) y Buenos Aires (1963), donde se promovieron estrategias alternativas al hospital asilar, aunque no se profundizó en la conceptualización de políticas y programas de salud mental

Será recién a partir de la década del 90 que se emprenderá una segunda fase en América latina y el Caribe en cuanto a los procesos de reforma en la atención a la salud mental.

El camino a la consolidación de las reestructuras en la atención psiquiátrica es impulsado por la Declaración de Caracas, en el año 1990 en el marco de una convocatoria de la OPS/OMS. Esta generó que los diversos países de la región comiencen a trabajar conjuntamente, regional e internacionalmente, en torno al abandono de las lógicas del manicomio en pro de del desarrollo de formas sustitutivas, de atención comunitaria y con una perspectiva de derechos. (De León, 2013).

En la Declaración de Caracas participaron la mayoría de los países de América del Sur y el Caribe. Además de promover como objetivos centrales la superación del modelo manicomial y la lucha contra los abusos y discriminación de las personas con problemas de salud mental, se enfatizó en que los recursos, tipos de cuidados y tratamientos en salud mental debían preservar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados así como promover la permanencia del usuario en su medio comunitario. (Caldas de Almeida, 2007, p.21)

Luego de la Declaración de Caracas, en 1991 se establecen los Principios sobre la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de de la atención en salud mental. Diez años después, en el 2001 la OMS emite “La Salud Mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio”, un impulso de la OPS en favor de la atención a la salud mental, el documento incluye el informe de situación de la atención a la salud mental en las

Américas y propuestas de actuación, así como la resolución CE128.R12 (OPS/OMS, 2001), que vuelve a instar a trabajar en la mejora de la atención psiquiátrica.

En el año 2005 por parte de la OPS, se emite "Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas", también llamados "Principios de Brasilia". Estos representan una actualización de la Declaración de Caracas, como consecuencia de los pocos avances en la concreción de sus fines, sobre todo en materia de desactivación de hospitales psiquiátricos y de creación de dispositivos asistenciales comunitarios. Dichos principios representan de alguna manera, todo lo aún pendiente quince años después de la Declaración de Caracas.

Hacia el año 2007, la OPS, emite el citado documento "Reformas en los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas". Esta constituye el informe técnico realizado como valoración de la situación de los servicios de salud mental en esta región, si bien el contenido del mismo ya había sido analizado en 2005, de manera previa en los Principios de Brasilia.

Sobre lo reflexionado 15 años después de la Declaración de Caracas, De plato (2007), plantea que:

Las particularidades de cada nación, su trasfondo histórico y cultural y su realidad socioeconómica revisten importancia singular y justifican las diferencias encontradas en la aplicación del modelo. Desde esta realidad de múltiples experiencias y resultados, ha sido posible cobrar impulso para encarar numerosos problemas que aún quedan por resolver en los países (p.50). Sobre dichos problemas, De plato (2007) entiende que el lugar hegemónico del hospital psiquiátrico ha devenido en obsoleto de manera parcial y que de hecho, continúa siendo el que más recibe recursos financieros. Además se plantea que el tipo de atención comunitaria e integral ha sido implementada también parcialmente y que la ausencia de leyes promulgadas en los países es una cuestión determinante, porque obstaculiza la puesta en práctica de las prestaciones de servicios en salud mental.

Si bien la Declaración de Caracas marcó un antes y después en la atención a la salud mental de América Latina y el Caribe, no debe desestimarse la necesidad de corroborar hasta qué punto las políticas y los planes aprobados en los países han resultado en cambios significativos para la atención en materia de salud mental y derechos humanos. (Caldas de Almeida, 2007)

Los casos de Brasil, Chile, Cuba, Panamá son considerados experiencias innovadoras por la OPS-OMS y son procesos que vienen gestándose desde la década del 80- 90 en algunos casos y continúan superándose y asentándose hasta la actualidad. (Caldas de Almeida, 2007)

En 2009 llegaría un plan estratégico formal para la atención a la Salud Mental en la región de las Américas de las OMS. Este pretende ser el documento definitivo y de máxima referencia en esta materia para los años venideros.

Al año consecutivo, en 2010 la OPS expide "Apoyo a la Ejecución de las Políticas de Salud Mental en las Américas: Un Enfoque Basado en los Derechos Humanos". Se trata de un informe que busca apoyar las acciones de Salud Mental en materia de Salud Pública y Derechos Humanos. En el mismo año, se enuncia el Consenso de Panamá desde la OPS, siendo el acuerdo para el impulso de un plan de acción aprobado el año anterior. El mensaje que transmite es: "La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020" (OPS/OMS, 2010)

3.1) Breves consideraciones sobre los procesos de reforma en la atención en salud mental en países de la Región:

Rodríguez (2011) entiende que Brasil ha hecho un proceso de reforma fructífero ya que ha logrado consolidar una política nacional de salud mental en donde participan usuarios/as y trabajadores, así como se han desarrollado dispositivos de integración comunitaria como es el caso de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y el programa Vuelta a casa.

En 2001 se promulga en Brasil la ley de Reforma psiquiátrica brasileña, Ley 10.216 de "protección y derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redirección del modelo asistencial en salud mental", que si bien no contempla la idea original del proyecto, como era la extinción progresiva de manicomios, se legislan cuestiones inherentes como es el caso de la inclusión del Ministerio Estatal, que implica que este debe ser comunicado en un plazo de 72 horas sobre aquellas internaciones que sean involuntarias.(Amarante, 2009).

Chile creó su primer Plan Nacional de Salud Mental en el año 1991 y es reformado en el año 2000, desde una concepción de atención integral, desde los tres niveles de atención en salud, orientadas al diagnóstico y tratamiento oportuno y rehabilitación de la persona. (Minoletti, Nárvez, Sepúlveda, y Caprile, citado en De León, 2013).

Las reformas psiquiátricas en Argentina comenzaron a nivel de provincias a finales de la década del 80, como fue el caso de la provincia de Río Negro, que llevó adelante la desactivación del hospital psiquiátrico y su sustitución por una red territorial extensa que aseguraba la accesibilidad a un conjunto diversificado de programas y dispositivos de salud mental en la comunidad. (Caldas de Almeida, 2007). Estas acciones son posteriormente plasmadas en la Ley 2440 de 1991 sobre "Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental". A partir de este movimiento desmanicomializante, sobre el año 1993, también dentro de Argentina, se desarrolló un proceso de reforma similar en la

provincia de San Luis, que reformulaba la Atención de la Salud Mental en el Sistema Público. (De León, 2013).

Argentina continúa su proceso de legitimación de reformas en el año 2000 con la Ley 448 de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, hasta llegar al año 2013 donde se decreta la ley nacional de salud mental N° 26.657, que reglamenta derechos y garantías para los usuarios, reconociéndolos como sujetos de derecho, presumiendo su capacidad, y el no ser discriminados por un diagnóstico, padecimiento mental, antecedentes de tratamiento u hospitalización, recibiendo información adecuada y comprensible acerca de sus derechos en relación con el sistema de salud mental, entre otros tantos puntos relevantes.

En el caso de Uruguay, tomando la síntesis que hace Otonelli (2013), en 1948 se crea el “Patronato del Psicópata” (Ley 11.139) que pretende enfatizar la reintegración del enfermo a la sociedad, generando para esto la incorporación de talleres capacitación a los pacientes. Posteriormente en 1968, el MSP reglamenta por decreto al Patronato del Psicópata como la institución encargada de controlar los servicios médicos, educacionales y de rehabilitación

El primer programa de Salud Mental Nacional surge en 1986 tras una intención de renovar la atención en salud mental en el país, promoviendo una base ideológica de tipo comunitaria. Este programa es mediado a través de una resolución del MSP y emerge de la participación en conjunto del mismo Ministerio, la Universidad de la República, Grupos de Familiares de usuarios y Asociaciones Civiles.

En 2010 se crea un amparo al nivel de Ley para la protección integral de los derechos de las personas con discapacidad (ley 18.651) y se organiza la Comisión Honoraria del Discapacitado.

La Instauración del Sistema Nacional Integrado de Salud, dio lugar al Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental que comenzó a regir en setiembre de 2011. (Decreto 305/11, dentro de la ley 18.211). Esta implementación prioriza la prevención, promoción y detección precoz de patologías así como se propone enfatizar en la rehabilitación e integración de la persona en detrimento del modelo asilar de atención. Dichas prestaciones representan la última y más actual reestructura establecida hasta el momento en materia de salud mental en el Uruguay, si bien existen propuestas más actuales, aún suspendidas en el tiempo, como es la del Anteproyecto de Ley en salud mental, iniciado en el año 2007 y reformado en el año 2009, que aún queda pendiente concretar para posibilitar su proceso de legitimación.

Siguiendo lo analizado por Minoletti y Calderón (2007), la descentralización y accesibilidad constituirían una de líneas centrales de acción en las reformas psiquiátricas de la región, desde la perspectiva de de la atención primaria en salud mental, la facilitación al acceso a los servicios; así como el desplazamiento de la atención especializada en salud mental hacia afuera de los hospitales y cercanías de los hogares, de lo que se registra que el 71% de los países de América Latina y el Caribe ha desarrollado alguna forma de cuidados comunitarios . Por otra parte, es determinante dentro de las acciones en salud mental el componente de calidad y humanización de la atención: el interés por mejorar la calidad de la atención psiquiátrica y la preocupación por el respeto de los derechos humanos. (p.79) Así como es importante lo relativo el proceso de rehabilitación psicosocial e inserción social de usuarios. (Minoletti y Calderón, 2007)

Al respecto Galende (2008) señala que particularmente el eje de la integración social que ha sido un punto promovido en los últimos cuarenta años en todas las propuestas de reforma de la OMS/OPS, entendiendo así que la integración social debiera ser el “ordenador” de todas las acciones promotoras de salud mental. Esta implica el restablecimiento de las capacidades de la persona para integrarse a los intercambios sociales, materiales y simbólicos de la vida social, por lo que la “curación” equivale de algún modo a restablecer la capacidad social para vivir con otros, tener trabajo e ingresos, así como de comprender y participar de los significados y valores de la cultura en que se vive. (Galende, 2008, p.163).

Bajo esta misma concepción Amarante (2009) plantea que es necesario que existan servicios de atención psicosocial que posibiliten la contención de las personas en situaciones de crisis, pudiendo ser escuchadas, que puedan expresar sus temores, dificultades y expectativas.

“En atención psicosocial se usa la expresión “responsabilizarse de las personas” que están siendo cuidadas” (Amarante, 2009 p.82). Se pretende armar una red de relaciones entre sujetos, sujetos que escuchen y que cuiden, entre ellos. Pueden ser médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, familiares, y todos los actores involucrados en este proceso social complejo con los sujetos. (Amarante, 2009).

Los dispositivos de atención psicosocial deben ser entendidos como dispositivos estratégicos, servicios que trabajan con personas, desde un lugar de cuidado, de contención y de intercambio social, donde prime la sociabilidad y la producción de subjetividad. Las personas necesitan ser escuchadas adecuadamente y orientadas, apuntando a que puedan involucrarse en las soluciones, derivaciones, y cuestiones

inherentes a los tratamientos resultando de común acuerdo las decisiones sobre su proceso de atención psicosocial.(Amarante, 2009).

Si se quiere dejar atrás la visión fragmentaria del sujeto enfermo, se debe pensar entonces en modelos multidisciplinarios de abordaje en salud mental.(Kuras de Mauer, Resinzky,2009)

En cuanto a este aspecto de la multidisciplinaria, Galende (2008) expresa que en procesos de reforma de atención en salud mental, la incorporación de nuevos profesionales ha resultado positiva. Psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales han inaugurado un trato y modo de comprender al usuario, distinto al tradicionalmente establecido por los psiquiatras.

En el caso de Argentina, las propuestas de trabajadores de la salud mental, profesionales y cuidadores no psiquiatras son favorablemente bien recibidas y se convierten en prácticas solidarias con los usuarios, se comprometen con la complejidad social de su padecimiento, como las cuestiones de vivienda, empleo, vínculos familiares y sociales, pensiones y subsidios, situación jurídica, se ocupan del área "social" de la persona. Mientras, los psiquiatras ocupan su quehacer hegemónico de atención médica, decidiendo así sobre todo el proceso de atención y su control, influyendo sustancialmente sobre aquello de lo que no se ocupan directamente en el campo social. (Galende, 2008).

Las intervenciones de este tipo de profesionales, técnicos y cuidadores suelen ser siempre a través de la palabra y el diálogo, lo que permite colocar al sufrimiento de la persona en un terreno más humanizado y eficaz, a la vez. Esta comprensión del sufrimiento mental habilitan las posibilidades de un tratamiento más integral, incluyendo a la familia, el grupo, la cultura y la vida social en general. Sumado a esto desde este lugar se mantienen mayores niveles de comunicación con la familia, relacionan más fácilmente los problemas del paciente a su situación social y de esta manera restituyen muchas características de sus padecimientos subjetivos. (Galende, 2008, p 161).

CAPÍTULO 4) EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO COMO DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL.

4.1) Introducción al posicionamiento epistemológico de la producción de subjetividad. La dimensión de la subjetividad y los procesos de subjetivación.

Proponemos que la subjetividad, su construcción primaria, sus vicisitudes zigzagueantes entre procesos de producción de subjetividad y procesos disipadores de subjetivaciones intempestivas, revolucionarias, sean concebidas como fases que pertenecen a un proceso móvil que atraviesa de forma diferencial no solo al "individuo" sino a grupos, sectores, y clases sociales. Gregorio Kazi.

Tomando lo analizado por Galende (2008) lo implicado en la conformación de un nuevo campo en Salud Mental estaría atravesado por el hecho de poder configurar una nueva forma de entender y hacer con el sufrimiento mental: una coherencia epistemológica y metodológica de sus teorizaciones y praxis, consolidando así una red de servicios en sintonía con esta nueva forma de comprender al sufrimiento mental y sus respectivas terapéuticas. Para lograr esto, Galende (2008) entiende necesarias tres cuestiones: poder definir qué son las enfermedades mentales, cómo deben ser comprendidas, quiénes y qué conocimientos deben de tener para tratarlas; cómo debieran tratarse y cuáles son los principios éticos que regulan el ejercicio de los técnicos y profesionales.

Amarante(2009) plantea que la psiquiatría ha considerado a la enfermedad como un objeto natural y externo al hombre, por tanto, pasó a ocuparse de ella y no del sujeto que vivencia la enfermedad, quedando los sujetos como fondo de pantalla de la misma.

La subjetividad es introducida como objeto de conocimiento a través de la fenomenología y el psicoanálisis, siendo este el que le otorga a la palabra su estatuto formal como instrumento terapéutico, lo que coloca a estas teorías como precursoras de todas las psicoterapias racionales. Para ambos marcos conceptuales la existencia humana deviene de su relación con el mundo. (Galende, 2008)

(...) El campo de la experiencia de lo objetivo es la subjetividad, carece de sentido hablar de objetos fuera de ella, ya que el único campo en que puede interrogarse sobre el problema de la existencia del mundo es el de la subjetividad. (Galende, 2008, p.82)

Según Galende (2008), si bien las posiciones subjetivistas han existido desde los comienzos de la medicina mental, es recién a partir de Husserl y de su discípulo Karl Jaspers que la crítica hacia el modelo médico positivista se fundamenta de modo profundo.

Sobre el mismo punto Amarante (2009, p.66) expresa que Basaglia, basándose en Husserl desde su noción de "reducción analógica", introdujo el concepto de colocar "la enfermedad entre paréntesis", para poder ocuparse del sujeto en su experiencia. Continuando con este pensamiento, Amarante (2009) entiende que la idea de enfermedad entre paréntesis puede ser entendida como una actitud epistémica, es decir, una actitud de producción de conocimiento, que significa la suspensión de un determinado concepto e implica la posibilidad de nuevos contactos empíricos con el fenómeno en cuestión que, en el caso, es la experiencia vivida por los sujetos.(p.66) Esto no implica así que la posibilidad de colocar a la enfermedad entre paréntesis esté negando su existencia como tal, entendida como una experiencia que causa sufrimiento, dolor, diferencia; sino que se trata de la

negación de la experiencia que la psiquiatría quiso denominar convencionalmente como enfermedad mental (Amarante, 2009).

Poner como estrategia a la enfermedad mental entre paréntesis, implica una ruptura con el modelo conceptual de la psiquiatría, modelo aceptado y legitimado por las ciencias naturales en aras de conocer la subjetividad y que devino en la objetivación y cosificación del sujeto y la experiencia humana. El analizar estos aspectos permite constatar lo que inspirado en Anotonin Artaud, Basaglia denominó “doble de la enfermedad mental” al conglomerado de prejuicios asociados a la misma. Con la enfermedad entre paréntesis, nos encontramos con el sujeto, sus vicisitudes su cotidianidad, su familia, su trabajo, sus vecinos, proyectos y deseos, ampliando así lo integral del campo de la salud mental y la atención psicosocial.(Amarante, 2009).

El hecho de estar enfermo es ver comprometida la propia subjetividad, en donde el sufrimiento resulta la reacción del sujeto ante ese padecimiento. “En el sufrimiento, el dolor no desaparece pero el sujeto puede operar con él, es un “hacedor” de su conflicto, con el que busca entablar un vínculo creador” (Kuras de Mauer, Resinzky, 2009, p.17).

4.2) Antecedentes del Acompañamiento Terapéutico

Los antecedentes en torno a la práctica del acompañamiento terapéutico, serán tomados principalmente de Argentina. Debido a la proximidad geográfica y cultural con Uruguay, se hace inminente que sea tomado como un modelo de referencia para el marco del acompañamiento terapéutico en nuestro país.

Además, tomando los aportes de Rossi (2007) en los últimos 20 años aproximadamente, si bien vienen desarrollando experiencias en salud mental que han llevado a la denominación del acompañamiento terapéutico tanto en Brasil, México, Perú y Chile, no han tenido la misma sistematización teórica al nivel de Buenos Aires y algunas otras provincias de la Argentina.

La práctica del Acompañante Terapéutico (AT) nace aunada a los contextos socio históricos sobre la década del 60 y 70, ya aludidos, siendo heredera a nivel mundial del movimiento antipsiquiátrico, de la psiquiatría democrática italiana, y de la psicoterapia institucional francesa. (Duarte Barreto, 2005). Este panorama de cambios ofrece nuevas posibilidades de atención en salud mental, desde dispositivos ambulatorios y abordajes inter y multidisciplinarios.

En un principio el acompañamiento terapéutico será una práctica ligada a la clínica psiquiátrica, desde un lugar entendido por Rossi (2007) como “borde de la clínica” (p.29) En el caso de Francia, Rossi (2007) plantea que se consolidó un recurso similar al del AT, denominado “*animateur*”, como un dispositivo de acompañamiento grupal, ligado a

actividades de recreación y esparcimiento. También se hace referencia a una figura similar a la del AT en Canadá, en el Centro 388 de Québec, llamado “interviniente clínico”, oficiando como un recurso terapéutico en el tratamiento de pacientes psicóticos, desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana.

También en Francia, la práctica de Maud Mannoni desde su concepto de “Institución Estallada” implicó un nivel de intramuros distinto. Diversos integrantes del equipo institucional fueron acompañantes, curadores, desde la misma intervención, como una presencia hablante. Desarrollaban la función de registro de la cotidianeidad de un paciente y sin ser intervenciones regladas, cumplían una funcionalidad desde el sentido común. (García Bo, citado en Rossi, 2007, p. 21).

En el ámbito regional (Argentina, Brasil) también se fueron desarrollando experiencias de desinsitucionalización psiquiátrica, mediante la implementación de sistemas de atención abiertos, como es el caso del Hospital de día.

Eran tiempos de auge en el campo de la salud mental, la salida del consultorio hacia lo social, y la posibilidad de integrar el contexto de lo cotidiano en el tratamiento de los pacientes. La lucha por la inclusión del psicoanálisis en el hospital había sido encabezada por Pichón Rivière, como referente, promoviendo luego sus Grupos Operativos y la ulterior consolidación de una psicología social. (Rossi, 2007).

Rossi (2007) expresa que a finales de los años 60, en Argentina existían dos grupos de psiquiatras, los manicomiales y el grupo de los reformistas. Este último grupo estaba constituido de forma heterogénea por psiquiatras psicoanalistas como Pichón Rivière, Raúl Usandivaras, Horacio Etechegoyen, Jorge García Badaracco, Mauricio Goldenberg y Guillermo Vidal; si bien las diferencias no les permitían encontrar el camino para dejar atrás la vieja psiquiatría, por sus discrepancias teóricas en salud mental, pero sobre todo en materia ideológica- política. En un clima de reivindicaciones sociales, los cuestionamientos hacia la rigidez de las estructuras de la Asociación Psicoanalítica Argentina, se generaron procesos de ruptura importantes. Marie Langer conforma en consecuencia junto a la Asociación de Psicólogos de Bs As y Psicopedagogos, la Coordinadora de Trabajadores de la Salud mental en 1972. (Rossi, 2007, p. 26)

Sobre la década del 70 ocupa un lugar central el Dr. Eduardo Kalina, quien es el que denomina “Amigo Calificado”, a lo que anteriormente a esta nominación se llamaba “auxiliar psiquiátrico” u “auxiliar terapéutico” según Duarte Barreto (2005).

Tomando el testimonio de Kalina, Rossi (2007) plantea, que el modelo de trabajo del amigo calificado, surgía de “la práctica hacia la teoría” y que se asentó en él a partir de ideas de Bleger, aportes de la Teoría de la Comunicación humana, la Psiquiatría Comunitaria y hasta Técnicas Psicodramáticas.

Poco tiempo después la nominación de amigo calificado pasó a la de acompañante terapéutico, lo que implicaba ante todo, un cambio de rol, acentuándose así el aspecto terapéutico por sobre el de la amistad, inaugurando un vínculo desde un rol establecido con el paciente y no dejando así que este imprima a disposición personal dicho rol en la conformación del vínculo.

Rossi (2007) plantea que según el Dr. García Badaracco, desde los años 60' ya trabajaba con acompañante terapéuticos siendo Jefe del servicio del Hospital Borda, entendiendo que es una técnica utilizada desde hace muchos años en sitios como Estados Unidos, rescatándola como una técnica que "no es intrusiva ni invasiva" así como que resulta muy continente. (García Badaracco, citado en Rossi, 2007 p. 28).

A su vez el Dr. Julio Moizeszowicz según Rossi (2007) siendo un especialista en psicofarmacología comenzó a trabajar hacia finales del 70' con este recurso para pacientes complejos desde el entendido de poder encarar la enfermedad en la cotidianeidad, a través del trabajo interdisciplinario en red.

Por otra parte, existen otro tipo de antecedentes que fueron insumos para el desarrollo del acompañamiento, también sobre el año 70, el dispositivo resultó ser una alternativa frente a la internación psiquiátrica, pasando a recurrir con este apoyo, a la internación domiciliaria. Muchos psicoanalistas jóvenes, terapeutas, eran solicitados por familias para el abordaje de crisis, buscando evitar internaciones en hospicios. Se trataban sobre todo casos de adicción o episodios psicóticos, en donde el rol del AT resultaba aún muy poco diferenciado del terapeuta. (Rossi, 2007)

En referencia a esto, Rossi (2007) toma la experiencia que comenta Alicia Donghi, quien en el año 1977 recién recibida de psicóloga, pasa a integrar el equipo de ATS de una clínica psiquiátrica para acompañar sobre todo pacientes adictos provenientes de familias adineradas de países limítrofes, como Brasil. Dichas familias recurrían a esto para sus hijos o parientes, buscando alejarlos del ámbito pequeño de sus comunidades oligárquicas.

El proceso en Argentina tuvo sus incidencias en Brasil, en donde Duarte Barreto (2005) entiende el inicio de esta función desde el concepto de "auxiliar psiquiátrico" en la clínica Pinel de Porto Alegre y en ciertas comunidades terapéuticas de Río de Janeiro. También plantea que hacia la década del 80' con el cierre de muchas comunidades terapéuticas el "auxiliar psiquiátrico" pasó a solicitarse por los propios terapeutas o familias en busca de alternativas frente a la internación. Este rol era, según Duarte Barreto (2005), generalmente realizado por estudiantes de medicina, psicología y ciencias sociales, en donde gradualmente se fue consolidando en acompañamiento terapéutico, sobre todo como un recurso ante la emergencia de crisis psicóticas y la insuficiencia de las terapias tradicionales para su abordaje. Con el tiempo se fue realizando especialización en

acompañamiento y dejaron de ser solo estudiantes, sumándose psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales.

En San Pablo, el acercamiento al quehacer del AT resultó algo distinto, viniendo de la mano de una psicoanalista argentina del equipo de Kalina, en 1979, utilizándose hasta el año 81' la denominación inicial de "amigo calificado". Lógicamente, con el tiempo también se constató la necesidad de pasar a llamarse "acompañante terapéutico", evitando el componente de amistad, que en ocasiones confundía e indiscriminaba el vínculo con el paciente. Al decir de Duarte Barreto (2005, p.24) el término acompañamiento remitía a una acción, a una intervención junto a otro sujeto, siendo más adecuado a lo que se pretendía realizar.

La síntesis descrita de estos procesos socio- políticos hicieron posible la fertilización del terreno para que surja el acompañamiento terapéutico como tal, que a rasgos generales será posible debido a la conjunción de procesos desmanicomizantes, hospitales de día, tratamientos ambulatorios, abordaje de pacientes nominados como "difíciles" y el requerimiento de intervenciones interdisciplinarias; así como por efecto de la demanda de internaciones domiciliarias, requeridas inicialmente por familias adineradas para evitar el estigma social del sujeto.

La consolidación del acompañamiento terapéutico se da a partir de la década del 80 en Argentina, coincidiendo con el aumento en la matrícula de la carrera de psicología y carreras afines. Este aparecía como una posibilidad laboral interesante y como experiencia de primeros "pacientes" (Rossi, 2007)

Por su parte, el acompañamiento terapéutico ocupará desde sus inicios un lugar de entrecruzamiento entre :las características de la práctica cotidiana en que se inserta (equipos, hospitales de día, interdisciplina, vida diaria de los pacientes) ; en un momento de cuestionamiento de las teorías hegemónicas y desde el orden de la teoría, como emergente del espacio generado por los agujeros teórico clínicos que tienen las disciplinas y sus corrientes técnicas y terapéuticas, lo que abre la investigación para encontrar mejoras en la eficacia de los abordajes en salud mental. (Rossi, 2007)

4.3) Inscripción Académica , institucionalización y marco legal del ejercicio del Acompañamiento terapéutico.

Volviendo a tomar como referencia a Argentina, como modelo próximo de esta práctica, actualmente, en cuanto a la inscripción académica del acompañamiento terapéutico en Buenos Aires, en la facultad de psicología de su universidad Pública (UBA) existen algunas pasantías que habilitan la práctica del rol, si bien lo que resta de la especialización en este quehacer bordea el ámbito privado.

En dicho país, el acompañamiento terapéutico es ampliamente difundido y demandado por clínicas, hospitales de día, institutos recreativo terapéuticos para niñez y adolescencia, geriátricos, principalmente del medio privado, resultando aún muy difícil lograr una formalización de su inscripción en las instituciones públicas.

En la actualidad la formación de AT se cursa en diversas universidades privadas del país y en algunas provincias existen formaciones terciarias reconocidas por el Ministerio de Educación. Es un momento de transición entre las formaciones informales al margen del sistema educativo y la lucha por lograr el reconocimiento y la oficialización definitiva del título dentro del sistema educativo formal. (Bustos, 2011, p.58)

En el año 2000 la Universidad Católica de la provincia de San Juan solicitó el reconocimiento oficial y la validez nacional para el título de acompañante terapéutico. El Ministerio de Educación, Ciencia y tecnología de la Nación en 2002 dicta la resolución N° 112 que reconoce el plan de estudios, su duración y validez nacional. (Bustos, 2011). En la Universidad Católica de Cuyo se cuenta con una formación de tres años de duración desde el año 2008.

Al decir de Rossi, (2007) si bien se ha avanzado en el tema referido a legalidad del AT, el alcance en las distintas provincias de Argentina y en países de Latinoamérica es aún disperso.

Existen algunas asociaciones de acompañantes terapéuticos conformadas desde algún tiempo, como es el caso de Argentina (AATRA) y Perú (Sociedad Peruana de Acompañamiento Terapéutico) y Brasil. También hay varios proyectos de ley que tienden a su regularización, con matices diversos que empiezan a perfilar un marco legal.

Tomando los aportes de Bustos (2011), se puede decir que en la provincia de San Luis, en el Hospital Escuela de Salud Mental (fundado por el Dr. Pellegrini en la década del 90) existe una beca de formación para acompañantes terapéuticos, que les permite conocer el funcionamiento del sistema de salud, integrar equipos interdisciplinarios, completar su formación y acceder a posibilidades laborales. Esta beca se enmarca en un programa de posgrado, en "Residencia Interdisciplinaria en salud mental con orientación en Procesos de Transformación Institucional" y se destina a profesionales vinculados a la salud y el trabajo comunitario.

Quienes integran la Residencia obtienen su título universitario, matriculado por el Ministerio de Salud así como se los inscribe institucionalmente en el ámbito del sistema público de salud. (Bustos, 2011, p.60)

En cuanto al estado actual de la legislación sobre Acompañamiento Terapéutico, Bustos (2011) plantea que se ha empezado a regular el ejercicio a nivel de provincias y se han prestando diversos proyectos de Ley impulsados en diferentes sitios de Argentina.

San Juan fue la primera provincia que reguló el estatuto legal del AT, a partir de la Ley N° 7697, que regula la actividad académica y los reconoce como agente de salud. (Bustos, 2011).

Posteriormente se sumó la provincia de San Luis, desde la Ley N° III-0599-2007 que regula el ejercicio profesional de los acompañantes; explicitando en su artículo 4 que el AT dependerá del Ministerio de Salud de la Provincia, donde se solicitará su matrícula profesional, jerarquizándose su rol y función como agente de salud. (Bustos, 2011, p.60)

En el caso de Córdoba en la Ley 9848 de Protección de Salud Mental, en su texto aparece al acompañamiento terapéutico en cuatro artículos de la misma, en cuanto a su nominación como prestación en salud mental, en lo relativo a la transformación de instituciones y servicios, y en lo que concierne a las nuevas modalidades de abordaje interdisciplinario y en cuanto a cuestiones relacionadas con la medicación.

Por otra parte, cabe destacar que la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA) hacia el año 2010 redactó un Código de Ética, que busca consolidar principios generales y normativas deontológicas orientadas a situaciones que pueden surgir en el ejercicio del acompañante terapéutico, estableciendo reglas de conducta profesional para esta práctica.

Por tanto, se plantea que resta trabajar en los marcos legales para lograr una real legitimación del rol del Acompañante Terapéutico.

En el caso de Uruguay, existe una única formación aprobada por el Ministerio de Educación y Cultura, y es la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico de la Universidad Católica, dentro de su Facultad de Psicología, inaugurada en el año 2008, con un plan de estudios de dos años de duración. Además el título de dicha tecnicatura a ha sido aprobado por el Ministerio de Salud Pública, habilitando al egresado a sellar su título correspondiente y pasar a ser así un agente de salud legitimado.

En cuanto a la formación a nivel público, existen solo algunas pasantías en el marco de la facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar) que habilitan la aproximación a acompañamientos psicosociales de personas con padecimientos mentales, principalmente a usuarios del Hospital Psiquiátrico Vilardebó. En este, asimismo, existe un programa denominado "Puertas Abiertas", impulsado por dos psicólogos que trabajan allí, que permite a estudiantes o profesionales de la salud o la educación (psicología, ciencias sociales, etc) a hacer un voluntariado, asistiendo a personas usuarias del Hospital desde un acompañamiento terapéutico.

En una situación similar- pero aún muy lejana- a la Argentina, en Uruguay esta práctica es de demanda preferente de la esfera privada, por no ser reconocida de manera formal ni tener una especialización académica en el marco de la Facultad de Psicología de

la Universidad de la República (Udelar). Cabe destacar, sin embargo que se vienen ampliando espacios de formación y especialización en el marco de la Facultad de Psicología de la Udelar, como puede ser el caso de la reciente consolidación de una Diplomatura en Psicoterapia, abriendo quizás un trecho viable para formaciones que puedan innovar y legitimar abordajes de tipo psicosocial en la clínica.

Con respecto a la institucionalización de prácticas y cuidados en salud, es preciso destacar que en último período- entre el 2011 y 2014 -se han llevado adelante algunos movimientos en cuanto a políticas públicas en la asistencia a personas con discapacidad en el Uruguay. Se ha lanzado la presentación – si bien aún no funciona de hecho- de un Sistema Nacional de Cuidados, de los cuales serán beneficiarios niños, personas con discapacidad en general, así como adultos mayores.

Además, recientemente, hacia fines del 2014, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) desde el Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) y en convenio con el Banco de Previsión Social (BPS), ha inaugurado la figura del Asistente Personal para personas de cualquier edad que cobren pensión por invalidez severa y se encuentren en situación de dependencia por discapacidad.

Analizando estos movimientos, si bien por un lado estas políticas contemplan la perspectiva de derechos humanos, promulgando atención especializada y principios de integración e inclusión social, por otro lado, visibilizan el vacío que aún existe en materia de cuidados y abordajes especializados en discapacidad y salud mental, lo que indica que queda aún mucho camino por recorrer. Por otra parte, este tipo de cuidados en los que se viene trabajando difieren notoriamente de la figura del acompañante terapéutico, entendido como un agente de salud con formación en cuidados y asistencia, pero con una prevalencia técnica en psicología y/ o específica en salud mental en su formación.

4.4) Hacia una técnica y ética del Acompañamiento Terapéutico:

El acompañante terapéutico se puede definir - dentro de lo esperable- como un agente de cambio que se propone estimular potencialidades en la persona (usuario-paciente) para desarrollar su proyecto de vida, haciendo hincapié justamente en esta forma específica de “acompañar”, desde lo terapéutico. (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009).

Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky fueron precursoras del acompañamiento terapéutico allá por el año 70, dentro del equipo de trabajo del Dr. Eduardo Kalina, lo que las hace pioneras en la materia dentro de la Argentina. Ambas, psicoanalistas con una fuerte impronta lacaniana, entienden al acompañamiento terapéutico como una disponibilidad móvil que se despliega en una experiencia intersubjetiva.(Kuras de Mauer, Resnizky, 2009)

Estas autoras (2009) plantean que el desafío del AT pasa por decidirse a ser acompañantes en el encuentro con el otro, disponerse a escuchar desde la desolación, e interrogarse acerca de qué está necesitando el paciente y que puede eventualmente resultarle terapéutico del acompañamiento.

Sobre el término “terapéutico”, Kuras de Mauer y Resnizky (2009) plantean que si bien es un término con una impronta médica, el diccionario lo define como aquello que “cuida de algo o de alguien”. Sin embargo, lo terapéutico puede no serlo por definición, esto dependerá del posicionamiento del acompañante frente a su quehacer, frente a quien acompaña y frente al equipo con quien trabaja.

Es común denominar al acompañamiento terapéutico como un dispositivo y esto remite a varias cuestiones. En primer lugar porque es un dispositivo de tratamiento en el que intervienen varios, dentro de un equipo multidisciplinario, así como se piensa como dispositivo desde el entendido que acontece en el “entre” de una serie de actividades que implican intervenciones diversificadas, con recursos heterogéneos, que llevan al sujeto a expresarse de distintas maneras en momentos y espacios particulares. (Rossi, 2012, p.3). Por otra parte Rossi (2012) plantea la noción de dispositivo en relación a la disposición, a disponerse, que en el AT tiene la particularidad de un trazado extendido, desplegado, en un espacio y tiempo dados, como también el componente de “estar disponible”, de “hacer una oferta”, aunque sea desde el silencio de una presencia. (Rossi, 2012 p.5)

Sobre el trabajo en equipo Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky (2009) proponen “...Interdisciplinarias son aquellas experiencias que buscan articular lo diverso con lo propio, tomando en cuenta las múltiples encrucijadas que desafían la convivencia productiva de distintas perspectivas y profesiones y profesionales”. (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p.23).

Además estas autoras (2009) conceptualizan funciones propias para el AT desde un punto de vista psicoanalítico que resulta muy alusivo al quehacer de quien se dispone para esta tarea:

Contener y sostener al paciente: “El acompañante terapéutico se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo” (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p.31). También remiten a las funciones desde el concepto que hace Winnicott de “holding” , en el sentido de poder contener y sostener a la persona, siendo estos elementos que caracterizan este hacer y este modo particular de estar con un otro.

Por otra parte y de manera evidente, la función de crear o habilitar espacios para pensar y dialogar no es nada menor y suele devenir de manera natural a partir del vínculo emergente entre acompañado y acompañante.

El ofrecerse como referente, ser un “modelo de identificación”: Kuras de Mauer y Resnizky (2009) aluden a que prefieren concebir la función desde el término de referente en detrimento de modelo de identificación para que no quede circunscripto al concepto de “ejemplo”, priorizando así, la connotación de orientador más que de modelo. El acompañante terapéutico, al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, intenta y muestra al paciente, in situ, modos de actuar y reaccionar frente a las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto resulta terapéutico, primeramente, porque propone una ruptura con los modelos estereotipados de vinculación que lo llevaron a enfermar; en segundo término, porque ayuda al paciente a aprender y a postergar (Kuras de Mauer y Resnizky ,2009 p.32)

Otra función para quienes acompañan, ha de ser la de “ayudar a reinvestir” (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p.32) .A partir de esto entienden que en ocasiones el AT asume funciones que el Yo del paciente no logra desarrollar, por estar justamente esta instancia psíquica, comprometida. Además, plantean que la fragilidad del paciente se manifiesta muchas veces en conductas inadecuadas, desajustes, falta de autocontrol, retracción y “hasta desinversión de aspectos vitales que no puede encarar por sí mismo” (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p.33)

El AT como tal, busca contribuir o ayudar a desplegar la capacidad creativa de la persona a quien se acompaña. Desde que comienza el acompañamiento, se intenta percibir las capacidades tanto manifiestas como latentes de la persona, para que en el proceso terapéutico, se pueda apoyar el desarrollo de las potencialidades en primer lugar, para en un segundo plano, apuntar al encauzamiento de los aspectos más desorganizados del sujeto.(Kuras de Mauer, Resnizky, 2009). Al proponer y ayudar a reinvestir tareas acordes con los intereses de la persona acompañada, se la ayuda a reencontrarse con la realidad y se promueve y refuerza la noción de proceso, opuesta a la concepción mágica del tiempo y el espacio, cuyo rasgo distintivo es la dilución en la inmediatez y la negación de lo procesual (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p.33).

Si hay algo que caracteriza el <<escenario de trabajo>> del AT es la cotidianeidad del paciente, lo que lo lleva a disponer de información de diversos contextos que la persona transita y vive, sus vínculos, relaciones sociales así como las emociones que atraviesa en las instancias que hacen a su vida cotidiana. Por ello una función propia del AT será la de

construir una mirada amplia sobre el mundo objetivo del paciente: el AT podrá registrar conductas llamativas, hábitos de la vida diaria, como aspectos asociados a la alimentación, la higiene personal, el sueño, etc. Esto representa indicadores importantes de diagnóstico y pronóstico de la situación del paciente, insumos claves para crear o redirigir la estrategia clínica.

Claro es el quehacer del A.T. en el proceso de socialización del sujeto, al que las autoras (2009) denominan “orientar en el espacio social” (p. 34). Las personas a quienes se acompañan muchas veces, tienen una desconexión importante con lo que sucede en el mundo que los rodea, lo que pasa a nivel general, afuera de sí mismos. Esto le da mucha importancia al abordaje de estos elementos, si bien el modo concreto de “orientar en el espacio” será variable en función de las necesidades y recursos con los que el paciente disponga en su desempeño social en general.

Por último y por ello no menos trascendente, se alude a la función del AT de poder “intervenir en la trama familiar” (Kuras de Mauer, Resinzky, 2006, p.35) Esto remite a poder tener presente las relaciones del paciente con su familia e intervenir desde el lugar de sostén y canalizador de las posibles interferencias resultantes de sus vínculos.

También requiere algunas otras cualidades personales del AT como ser madurez, responsabilidad y compromiso para compartir y coordinar la estrategia de trabajo con el equipo interdisciplinario. Del mismo modo se necesita contar niveles de autonomía y <<sentido del criterio>> en el trato con personas con padecimientos subjetivos complejos, que en ocasiones requiere del AT decidir rápidamente, en el medio de crisis por ejemplo, donde la toma de decisiones es urgente e inesperada, sin oportunidad de consultar al equipo.

Cabe destacar que el acompañamiento terapéutico puede plantearse desde múltiples escuelas teórico-técnicas, y en relación a diferentes enfoques en cuanto a su dimensión política y social. (Rossi, 2007, p.41). Existen diversas propuestas de articulación de sistemas teórico- clínicos para su práctica y no queda exclusivamente asimilado a una determinada escuela “psi”, sino que se ofrece como un recurso en abordaje con terapeutas que sostienen estrategias disímiles, relativas a su formación y lineamientos de trabajo. (Rossi, 2007, p.43)

Sobre las modalidades de indicación o inserción de un acompañamiento terapéutico, el dispositivo puede implementarse en el abordaje de situaciones de crisis o emergencia, momentos de agudización, aunque no se trate así de un sistema de “urgencia psiquiátrica”.

(Rossi, 2007, p.45) La forma de trabajar en estas situaciones puede ser en el domicilio de la persona o en algunos casos, cuando esto no es posible, se trabaja también en el ámbito de la internación asilar.

El AT trabaja –casi que siempre- para facilitar el lazo social o promover la reinserción educativa, laboral o recreativa. Es un recurso que resulta idóneo en los procesos de externación, en el trayecto existente entre la salida de una internación y la vuelta al hogar. En esta situación, sucede que muchas veces no se toman los recaudos necesarios para que la persona se reubique en el medio familiar, ni los aspectos subjetivos que se ponen en juego en dicho momento, así como tampoco las eventuales ansiedades familiares que emergen. La brecha existente entre estar 24hs en una institución psiquiátrica con atención intensiva y el estar sin atención ninguna en la cotidianeidad extramuros, es amplia. Por lo tanto, el AT puede oficiar como una suerte de “gradación” de recursos, como una “bisagra” o puente en esta etapa. (Rossi, 2007, p.48)

El acompañamiento terapéutico en la niñez es muy demandado en la actualidad, en discapacidad, trastornos del desarrollo (trastornos del espectro del autismo) y sobre todo en lo que concierne el área de integración social y escolar, como puede ser en el marco de la escuela regular.

4.4.a) Sobre ética y acompañamiento terapéutico:

Se podría entender el acompañamiento terapéutico, en tanto situación clínica, como (...) un modelo rizomático, un sistema abierto que requiere un modo distinto de ser habitado. No parte de una centralidad y por eso se constituye en contra de la trascendencia. Y por lo mismo es que se vuelve indispensable producir su plano de inmanencia, dejar venir el campo sin estriarlo previamente, único modo de que los acontecimientos se desplieguen; esta postura evita que el sentido sea aplastado por el aparato clasificatorio y los esquemas referenciales del psicoterapeuta (Lans, 2003 p. 53).

Trabajar y relacionarse desde la inmanencia significa trabajar con la incertidumbre, integrar la flexibilidad como herramienta de trabajo, sostener una escucha, desestructurar una idea para poder ayudar al otro de manera desinteresada y ética, aspecto que subyace a la práctica del acompañamiento.

La ética deviene como tal cuando el que posee un cierto saber técnico - profesional - se vuelve un creador de condiciones de posibilidad, como habilitador de la emergencia de lo inmanente.

Desde este punto de vista la ética así como la cuestión de la inmanencia giran en torno a la potencialidad del ser, según Deleuze (2003) el Ser del hombre no es en realidad, es posibilidad. La ética se juega en la posibilidad de reconocer y aceptar la singularidad, en donde

el respeto por el deseo del otro constituye la prioridad. (Deleuze, 2003 citado en Dragotto y Frank, Romero, 2012, p.70).

Los aportes de Frank y Dragotto (2012), comparten, siguiendo a Levinas, que la ética no pasa tanto por un conjunto de normas sino principalmente por la atención a lo humano.

“El vínculo que establece el acompañante con el sujeto, es de fundamental importancia, su principal herramienta. Debe instaurarse fuera del egoísmo, debe posicionarse en un lugar que permita crecer, cambiar, que respete la subjetividad, que no la obture...” (Dragotto y Frank, 2012, p.108)

Sobre “fuera del egoísmo” los autores refieren a la capacidad del AT de suspender la propia subjetividad de ese otro – semejante pero diferente-, reconocerla y propiciar algo que contribuya a su realización. (Dragotto y Frank, 2012, p.108)

Por otra parte en existe una vertiente que concierne de manera simultánea a la ética y a la técnica en el AT, es la cuestión del “cuidado de los que cuidan” y la conformación del AT como dispositivo. En este sentido, es necesario hacer referencia a la supervisión y a la psicoterapia personal que un AT debiera tener.

El espacio de supervisión puede entenderse como un lugar para la revisión de los puntos ciegos del AT, así como de sus resistencias, de su ideología y de su ética y así debiera constituir una necesidad intrínseca del ejercicio técnico y profesional. (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009).

Se trata de un “lugar de articulación teórico- clínico donde se puede pensar y significar menos contaminados por los efectos transferenciales y contratransferenciales directos. (...)Esto ofrece la posibilidad de adoptar una óptica diferente”. (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p. 61).

Además, por otro lado, la psicoterapia es el espacio idóneo para llevar aquellos aspectos contra-transferenciales y poder integrarlo en un espacio de autoconocimiento y búsqueda personal. Al trabajar en un nivel vivencial, en donde cuerpo y mente se disponen para un otro, se vuelve más que necesario contar con un espacio para analizar lo que devenga en el AT sobre los vínculos con quien/es acompaña. Se trata de un cuidado hacia el otro a quien se acompaña y hacia uno mismo, y puede ser de hecho, una herramienta de prevención para el desgaste que habitualmente conlleva este quehacer.

4.4. b) Clínica de la cotidianidad y encuadres móviles.

“¿Es un espacio liso el que es capturado, englobado por un espacio estriado, o es un espacio estriado el que se disuelve en un espacio liso, el que permite que se desarrolle un espacio liso?”

Felix Guattari – Gilles Deleuze,

El abordaje en la cotidianidad es un aspecto específico del AT, desde donde se puede decir que se enmarca el vínculo con quien se acompaña. (Dragotto y Frank, 2012).

Esta especificación, que define a grosso modo al acompañamiento terapéutico, se ve plasmada en las funciones y quehaceres diarios de quienes emprenden esta tarea. Se puede cualificar como un quehacer “móvil y/o “flexible” que cuando no, resultan sinónimos. Móvil es la disponibilidad del acompañante terapéutico, móvil es el encuadre material de trabajo que tiene y flexible es la manera de situarse frente a los objetivos terapéuticos, los avatares de la práctica y los modos de acompañar terapéuticamente a cada sujeto como ser singular.

“Para contener al paciente, el acompañante necesita reconocer claramente su alteridad. La flexibilidad es la posibilidad de adecuarse a condiciones cambiantes sin perder de vista las pautas y el encuadre de trabajo” (Kuras de Mauer, Resnizky, 2009, p.36) Al mismo tiempo el AT implicado en su tarea será capaz de marcar límites de manera clara, firmes pero no así rígidos, habilitando de algún modo, el inter-juego entre ambas posiciones extremas.

El acompañamiento terapéutico tiende a ser un campo de intervención sumamente amplio por el entrecruzamiento de lo cotidiano y el vínculo con quien acompaña, donde el AT se relaciona además con su familia y demás vínculos significativos para la persona.(Dragotto y Frank, 2012). En relación a esto, Jarrín (2009) plantea desde una lectura del AT como clínica del acontecimiento que siendo el acompañamiento terapéutico una clínica de la cotidianidad, los fenómenos contratransferenciales no solo entran en el territorio de quien acompañamos, sino que de todos los vínculos de la persona. Propone así que el “entre” que constituye el AT será con el paciente, con su familia, con los terapeutas, con las instituciones y con todos los espacio sociales por los que circula, generándose un juego de transferencias.

Desde esta lectura es que Jarrín (2009) expresa que el AT atraviesa una “doble contingencia”, “por un lado tiene que subirse al flujo casi cristalizado de la trama del paciente, y por otro tiene que poder marcar algo de la diferencia “. (p.2).

Se puede decir que un acompañamiento tiende a ser desempeñado de manera “ambulatoria”, en el entorno social y habitual del sujeto, esto puede ser aleatoriamente en su domicilio, en la calle, en un bar, en el cine, en un club, parque, una escuela o institución de cualquier índole.

En cual sea la cotidianeidad en la que se desempeñe, el acompañante tendrá como potencial el registro y la intervención sobre estos diversos mundos, posibilitando la resignificación, la ampliación, la apertura de nuevos sentidos o de transformación de los mismos.(Dragotto y Frank, 2012,p.122)

En la misma línea, Dozza (2011) sostiene que el acompañamiento terapéutico es una práctica poco estructurada en el sentido de que las variables y el encuadre son menos controlables en comparación al abordaje institucional en rehabilitación psicosocial o en psicoterapia. Por ello, ejemplifica el caso de que un AT esté acompañando a un sujeto en un bar o cafetería y el camarero se pone a hablar “interrumpiendo la intervención”. Aquí es donde Dozza (2011) propone que en la Clínica de lo Cotidiano y su encuadre particular debe permitir y promover la inclusión de todos aquellos elementos y personas que favorezca el proceso del sujeto. Lo que sucede, según Dozza (2011) es que los esquemas de referencia tradicionales basados en la relación dual y el encuadre controlado, hacen que el AT sienta la participación de ese camarero o de otro tercero como una “intrusión” de la intervención. Para la Clínica de lo Cotidiano, esto no es así necesariamente.

Por todo esto, Dozza (2011) propone el concepto de Clínica de lo Cotidiano para repensar las nociones de encuadre, tarea e intervención en acompañamiento terapéutico, que para este autor (2011) está regido por la Teoría del Caos. En este sentido Dozza (2011) la define como una práctica poco estructurada o mejor dicho, una práctica con una estructura más compleja, polifacética y polifónica a la que denomina también Metodología de lo Cotidiano.

Desde esta óptica, Dozza (2011) también plantea que en ocasiones el AT optará por no hablar con el paciente y su familia de temas relacionados con la patología mental. Esto puede implicar muchas veces en “hablar por hablar” (de deporte, cine, música, noticias) o hacer algo “porque sí” como ver la televisión juntos, jugar a las damas, etc. Lo que esto pretende es desenfocar la identidad de la persona con enfermedad mental, ya que es común que tiendan a hablar mucho de ello y establecer relaciones desde ese posicionamiento, desembocando en que se pongan en juego los modos de funcionamiento más deficitarios y dependientes de la persona.(Dozza,2011).

Dentro de esta clínica de lo cotidiano existen para Dozza (2011) principios de no intervención, o sea que además de intervenir, el AT pone en juego muchas interacciones cotidianas orientadas a brindar experiencias terapéuticas como la mencionada, a la que considera necesario validar teóricamente ya que se sustentan en la práctica. Además esta valoración teórica es importante para el AT a la hora de posicionarse ante las embestidas de los discursos positivistas y organicistas que tienden a regir las demandas institucionales o muchas veces las propias familias. (Dozza, 2011)

En lo que concierne a la noción de encuadre, se puede decir que este busca delimitar un marco que habilite los modos de emergencia de un proceso sobre la base de un trasfondo constante. Puede ser entonces una herramienta que nos protege principalmente de la arbitrariedad del deseo, de la buena voluntad, de los embates de los fenómenos transferenciales, posibilitando una condición de respeto por el otro, por su subjetividad y por el proceso terapéutico porque delimita el contexto en que se desarrolla el vínculo. (Dragotto y Frank, 2012).

Pensando en esta “clínica de lo cotidiano” y el acompañamiento terapéutico es preciso pensar entonces que un encuadre puede ser dinámico.

El encuentro de fuerzas produce una diferenciación de intensidades que, de este modo se hacen figura. Se conforma un observable, manifestándose desde un determinado ángulo de encuadre y con el cambio del punto de vista, lo que varía es el propio cuadro. (Lans, 2003 p. 96). Así el encuadre pasa a ser una forma móvil que intenta capturar el movimiento, desde una modalidad de trabajo que más que apelar a la interpretación, apela al despliegue de una línea de experimentación. (Lans, 2003)

Otra cosa es considerar los llamados “componentes materiales” de un encuadre, que si pueden (y preferentemente debieran) establecerse en un acompañamiento, honorarios, actividades y lugar/es donde se realizará. También existen acompañamientos en donde el encuadre lo da casi que como a priori, el espacio físico, por citar un ejemplo, como cuando se acompaña en una institución educativa, aunque luego, dentro de la misma, el encuadre pueda devenir en móvil.

Sobre el encuadre, Rossi (2012) analiza:

Espacio y tiempo determinan un marco: es otra forma de pensarlo. Formalizaciones, ¿es eso?. ¿Con o sin lugar para la creación? Dicho de otro modo: qué lugar para la artesanía, qué lugar para la poesía... ¿Tiene esto algo que ver con el encuadre en el AT? (p.1)

Asimismo, Rossi (2012) propone una serie de pares antitéticos como inherentes a la cuestión del encuadre en el acompañamiento terapéutico: (...) “afuera y adentro; lo lejano y lo cercano; lo propio y lo ajeno; espacio íntimo y espacio público”. (p.2)

Los acompañamientos terapéuticos pueden entenderse como prácticas desterritorializadas, insertándose en los diversos ámbitos y cotidianeidades de las personas a quienes se acompaña. Podemos preguntarnos cuales son los elementos a delimitar o encuadrar en un acompañamiento terapéutico o quizás se trate de que no hay realmente vértices que encuadren, sino vectores que trazan líneas entre acompañante-acompañado, donde coexisten siempre porosidades. (Rojas, 2014).

Rossi (2007) propone pensar al acompañamiento terapéutico como una instancia que tiende a facilitar la articulación entre niveles asistenciales así como en la interacción de diferentes sectores o ámbitos institucionales (Salud, Educación, Trabajo, Justicia, etc) a partir de un vínculo personalizado. (p.49). De esta manera se posibilita la continuidad en los cuidados que requiere una persona desde un abordaje transversal en Salud Mental, entre los diversos sectores que intervienen. (Rossi, 2007, p.50)

CAPÍTULO 5). REFLEXIÓN CRÍTICA Y ANÁLISIS DE LA IMPLICACIÓN

“No somos nada más que la suma de la proyección de nuestros deseos junto a la de los deseos del otro que nos invade con su mirada.”

Miguel Sordo.

Las motivaciones que hoy se plasman en esta monografía van de la mano de una implicación directa en la práctica del acompañamiento terapéutico dentro del campo de la salud mental y en los últimos años de formación universitaria en Psicología; desde el interés del trabajo social, psicológico y vincular con personas dentro de su medio cotidiano, y en pro de la apropiación de sus derechos.

Sobre este hacer tan peculiar que orienta un tipo de praxis en psicología, pareciera haber tres puntos claves e inherentes: por un lado, el concepto de salud mental que se toma como referencia, anexado a una perspectiva de derechos. Por otro lado, está la cuestión del acompañar, por qué hablamos de acompañar, y que sería acompañar integrando salud mental y derechos humanos. Sobre la base de todo, estaría el componente ético y humano.

Con el fin de integrar estos tres puntos, oportunamente Carrasco (1983) ya planteaba la importancia de poder redefinir los conceptos de salud y enfermedad con independencia de toda influencia interesada, privilegiando los principios de libertad y autodeterminación del ser.(p.106).

Definir la enfermedad siguiendo la lógica de lo “anormal” implica invertir los términos del problema, haciendo una condición de una consecuencia, con el objetivo de ocultar la alineación como verdadera condición de la enfermedad (Foucault, 1991).

La idea de inclusión y de diversidad son dos aspectos que van de la mano , teniendo en cuenta que la inclusión y la integración social parten de la necesidad y el derecho de que toda persona pueda participar sin que se seleccione a nadie por sus condiciones personales, familiares, culturales o sociales. La diversidad apela a construir un espacio pluralista, democrático, comprensivo, socializante, abierto a lo diverso, a la comunicación, a

la participación de todos; así se favorece a través del trabajo en común actitudes solidarias y cooperativas, desde una base de libertad y respeto mutuo. (Devallis y Arrondo, citado en Amarante 2007, p.238).

Esta integración, inclusión, reinserción social y hasta la llamada rehabilitación psicosocial, entendida como un "proceso de restitución del poder contractual de los sujetos, en aras de ampliar su autonomía". (Tykanori, citado en Amarante, 2007, p.236).

Sobre el acto de acompañar, resulta oportuno así como genuino, lo que propone Percia (2004)

Tal vez acompañar es escoltar una ausencia. ¿Cómo se escolta una ausencia? ¿Cómo se hace lugar para que del estupor vengan palabras? Se trata de escoltar algo que no está, que está por venir, que quizá no vendrá. Oportunidad de algo que todavía no se sabe. Una escolta que acompaña sin tener una idea preconcebida de lo que espera....Escolta no como séquito que sigue algo que no está, sino como espera que, incluso, no espera. Séquito que no adhiere a un poder ya revelado, sino que ofrece acogida a algo que de repente se muestra... (p. 34)

Acompañar desde este plano, entonces se trata de construir la disponibilidad para el encuentro con el otro, tanto de parte del acompañante como de la persona a ser acompañada. Esto implica cierta dimensión de riesgo en ese encuentro, en cuanto a la entrega hacia otro, a lo desconocido y a lo inesperado, de donde pueda emerger lo creativo. Y en esta línea es que también Percia (2004) concluye que quizás, acompañar significa "hacer amistad con la inminencia" (p.34.) Acercarse, estar, comprometerse, aquello que en los modos hegemónicos de atención en salud mental se pierde, se desvanece.

Porque como plantea Frank (2011) los vínculos se transforman y es en el vínculo donde se ubica el trabajo del A.T. La decisión del acompañante de vincularse es una intervención en este tipo de contexto, vincularse como decisión que arma al sujeto, ya que somos en función de ser para otros.

El carácter eficaz del diálogo clínico, puede definirse como una práctica social, un saber, una ética, una operación a la cual alguien acude a calmar el dolor de un otro, develando ambas las condiciones de producción de ese sufrimiento. (Herrera, Percia y Szyniak, 1986, p.77)

Por otra parte, desde la postulación del trabajo en equipo o del llamado trabajo en red en salud mental – ese que en la práctica muchas veces cuesta tanto- puede decirse que la incorporación de operadores o acompañantes terapéuticos/ psicosociales, viene a replantear la composición tradicional de los equipos interdisciplinarios. El bagaje de este

agente, sus aportes provienen nada más y nada menos que de un saber ligado al contacto permanente con el usuario/ paciente o bien dicho, persona; sumado a un marco teórico disciplinario, lo que enriquece la perspectiva de las intervenciones y revaloriza el contacto comunitario y los apoyos requeridos para cada sujeto. (Rosseto, 2011, p.51)

Tomando lo que plantea Grandinetti, (2007) se trata de generar sitios de encuentro inter y transdisciplinarios donde se pueda amenguar el sufrimiento psíquico; malestar que en cualquiera de sus formas emerge de vivir en sociedad y para el cual no hay técnicas ni recetas, sino éticas que habiliten tratar con esta realidad.

En cuanto a la experiencia universitaria y práctica en acompañamiento terapéutico transitada y en relación a lo que el paradigma actual de discapacidad acarrea, el A.T. desde su lugar puede leerse como un promotor de la potencialidad de las persona, lo que implica en su actitud mantener la confianza y entereza necesarias para de-construir el lugar socialmente legitimado de "incapaz".

La recuperación de la noción de sujeto y el principio dialógico contribuyen a una ética dialógica basada en la autonomía. La autonomía dialógica es donde hay que partir para recuperar el saber de las poblaciones con las que trabajamos. Autonomía entendida no como independencia total, sino como condición humana intersubjetiva. Porque si promovemos una ética de la autonomía, debemos tener en cuenta, que las subjetividades se constituyen en el diálogo con los demás. (Rebellato, Giménez, 1997).

El diálogo, lleva consigo algo fundamental para este hacer y es la escucha. Una escucha desinteresada, una escucha real, que implica la reflexión ética de cada paso que compone el hacer del A.T. y su ideología dentro de la salud mental. Lo que da lugar a interrogantes que se vuelven necesarias: ¿Cómo puede devenir en terapéutico un acompañante? ¿Qué sucede con el acompañamiento terapéutico y los procesos de institucionalización? ¿El AT puede velar siempre por el derecho a manifestarse y a ser singular de las personas a quien acompaña? El cuestionamiento y la interrogación como actitud ética pareciera imprescindible en este acto de acompañar, en donde la tendencia a la normalización/normatización de las personas puede convertirse en el *leit motiv* de quien pregona este quehacer, sino es que opera la reflexión

Porque como entienden Herrera et al. (1986) en relación a la clínica - con toda su vigencia en la actualidad- no es que se trate de "politizar" la acción clínica, sino de reconocer en ella el entrecruzamiento de la dimensión política y abrir espacios para su interrogación.

En este sentido y considerando al acompañamiento dentro de una potencial relación analítica, se entiende que como proceso de producción de conocimiento, todo acto clínico, está atravesado por relaciones de poder. (Herrera, et al., 1986)

También es posible enmarcarlo como lo plantea Rosseto (2011), “El acompañamiento es terapéutico cuando se plantea en un marco de libertad y de respeto de los derechos humanos” (p.51). Y a la vez, pensarlo como una clínica del sujeto, de su subjetividad, sujeto del lazo y el condicionamiento social. (Grandinetti, 2006)

Basta asimismo, con pensar al acompañamiento terapéutico desde los procesos de terriotorialización- desterritorialización y reterriotorialización. ¿Hablamos de acompañamiento terapéutico o debiéramos hablar mejor de acompañamiento psicosocial? Poder considerar tal vez, que el acento en lo terapéutico o en lo psicosocial performa de distinto modo la ideología del acompañar. “Ensayar otros lugares, poder correr-se de las zonas determinadas hacia otros, zonas in-determinadas” (Rajchman, 2007, citado en Grebert, 2013, p.142) que habiliten la desterritorialización de las prácticas y teorías, para poder generar nuevas prácticas sociales y otras formas de encuentro/s. (Grebert, 2013, p.142)

Un dispositivo - como puede ser el acompañamiento terapéutico- puede armarse sostenido desde el abandono de la administración de los afectos, así como del orden jerárquico de producción, facilitando la producción de procesos singulares transversales. (Grebert, 2013, p.141). Lógica transversal entendida como aquella que “pretende superar los dos impasses, la de una pura verticalidad y la de una simple horizontalidad; tiende a realizarse cuando una comunicación máxima se efectúa entre los diferentes niveles y sobre todo en los diferentes sentidos” (Guattari, 1980, p.101)

Entonces sería preciso problematizar la cuestión de si es terapéutico y/o psicosocial el término o la ideología que sustenta este acto de acompañar. Para eso, hace falta primero, evidenciar la necesidad de crear y habilitar espacios de formación y de análisis, donde el aprendizaje y las experiencias permitan abrir caminos hacia la construcción de un acompañar – como mejor sea, ética y humanizadamente - en el campo de la salud mental.

Referencias Bibliográficas.

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.

Amarante, P. (Coord.) (2007). *Subjetivaciones, clínicas, insurgencias: 30 años de lucha*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.

Bustos, G. (2011). Inserción Académica e Institucional del Acompañamiento Terapéutico. En Bustos, G, Frank, ML. (Comp) (2011) *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica. Inscripción Académica e Institucional*. Buenos Aires: Dunken.

Caldas de Almeida, JM (2005) Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005:18(4/5):314–26.

Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900012

Caldas de Almeida, JM (2007). Marco general. Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América latina y el Caribe. Después de la Declaración de Caracas .En OPS (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicos%20de%20salud%20mental.pdf>

Carrasco, J.C. (1983) *Análisis crítico de una práctica psicológica personal y respuestas alternativas*. En Seminario de Psicología Crítica Alternativa en Benítez, Sosa y Varela (Comp.) (1983) J.C.C. Textos Escogidos.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos: De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama.

Castel, R. (2009). *El Orden Psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva visión.

De León, N. (Coord.) (2013). *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala

Deleuze, G (2003). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires. Ed: Cactus.

De plato, G. (2007). Marco general. A quince años de la Declaración de Caracas: nuevos conocimientos e innovación de los servicios de salud mental. En OPS (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>

Devallis, M , Arrondo, A. Rehabilitación psicosocial. Fortalecimiento de la autonomía de las personas con padecimiento mental. En Amarante, P. (2007) (Coord.) .*Subjetivaciones, clínicas, insurgencias: 30 años de lucha*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.

Dozza, L. (2011) *Clínica de lo Cotidiano en Acompañamiento Terapéutico*. Recuperado de <http://leoneldoza.blogspot.com/2011/11/clinica-de-lo-cotidiano-en.html#more>.

Dragotto, P.; Frank, M.L (2012). *Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias* en A.T. Ed.: Buenos Aires: Brujas.

Duarte Barreto, K. (2005). *Ética y Técnica en el Acompañamiento Terapéutico: Andanzas con Don Quijote y Sancho Panza*. San Pablo: Sobornost.

Foucault, M (1991). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós

Foucault, M (1994) *Entre Filosofía y Literatura*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1999). *Historia de la locura en Época Clásica*. Tomo I. México, D.F: Fondo de Cultura

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI

Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. España: Siglo XXI.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.

Galende, E (2014). Memoria: el pasado nos debe enseñar algo sobre el presente. Salud Colectiva. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652014000200010&script=sci_arttext

García Badaracco, J. En Rossi, G.P (2007). *Acompañamiento Terapéutico, lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos

García Bo, C; Acompañamiento (terapéutico) y psicosis. En Rossi, G.P (2007). *Acompañamiento Terapéutico, lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos

Grandinetti, J. (2007). Transformaciones Institucionales en Salud Mental. En Amarante, P. (Coord.) (2007). *Subjetivaciones, clínicas, insurgencias: 30 años de lucha*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.

Grebert, L. (2013). Clinique La Borde. Un espacio de vida. En De León, N (Coord.) (2013). *Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Levy

Guattari, F (1980). *Psicoanálisis y transversalidad*. Ceup. Montevideo.

Herrera, L, Percia, M y Szyniak, D (1986). Clínica y Política. Un lugar para la ética en salud mental. En Pavlovsky, E (Comp) (1986) *Lo grupal 3*. Buenos Aires: Búsqueda.

Jarrín, A (2009). Acompañamiento terapéutico: Clínica del acontecimiento. Campo Grupal, 108, 1-3. Recuperado de <http://www.psicosocial.edu.uy/bahia/108.pdf>

Kuras, S. y Resnizky, S. (2009). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.

Lans, A. (2003) *El esquizoanálisis: Una clínica en movimiento*. Montevideo: Multiplicidades.

Levav, I y González, R (2007). Marco general. Las raíces de la Declaración de Caracas. En OPS (2007) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>

Argentina, Legislatura de la Provincia de Río Negro *Ley N° 2440 sobre "Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental"* (1991). En De León, N. (Coord.) (2013). *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala.

Argentina, Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan, *Ley N° 7697. Regula el ejercicio de los Acompañantes Terapéuticos.* (2006) En Bustos, G, Frank, ML (Comp) (2011) *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica. Inscripción Académica e Institucional.* Buenos Aires: Dunken

Argentina, Legislatura de San Luis *Ley N° III- 0599-2007 del ejercicio profesional de los Acompañantes Terapéuticos* (2007). En Bustos, G, Frank, ML (Comp) (2011) *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica. Inscripción Académica e Institucional.* Buenos Aires: Dunken

Argentina, Legislatura de la Provincia de Córdoba. *Ley 9848 de Protección a la Salud Mental Córdoba* (2010). En Bustos, G, Frank, ML (Comp) (2011) *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica. Inscripción Académica e Institucional.* Buenos Aires: Dunken

Argentina, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud. *Ley nacional de Salud Mental N° 26.657.* (2011) Recuperado de http://www.fepra.org.ar/docs/salud_mental/ley_nacional_26657.pdf

Brasil, Poder Legislativo *Ley N° 10.216. Protección y derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redirección del modelo asistencial en salud mental.* (2011) En Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: Salud mental y atención psicosocial.* Buenos Aires: Topía.

Lubartowski, R. (2002). *Entre Monstruos y Anormales: ¿Es posible hablar de salud?* Montevideo.

Minoletti, A y Calderón, A.M. La Reforma Psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Estrategia de reorientación de servicios en las reformas de salud mental en la Región de las Américas. En OPS (2007) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas.* Washington, D.C: OPS. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20ald%20mental.pdf>

Minoletti, A; Nárvez, P; Sepúlveda, R y Caprile, A. Chile: lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En De León, N.

(Coord.)(2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros waslala

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2011) Sistema Nacional de Cuidados. Poblaciones objetivo. Recuperado de http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/v/23281/1/innova.front/poblaciones_objetivo

Montero, M.(2004) La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos- En Montero, M .*Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Montero, M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Otonelli, F. (2013). Marco jurídico: Salud Mental y Derechos Humano. En N. De León (Coord) (2013) *Salud Mental en Debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental*. Montevideo. Ed. Psicolibros Waslala

Organización Panamericana de la Salud (OPS) /Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas”. Consenso de Panamá. La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020. Panamá, 6 al 8 de Octubre de 2010. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

Percia,M (2004). *Deliberar las psicosis*. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Pinel, P (1804) *Tratado médico de la enajenación del alma*. Recuperado de <https://books.google.com.uy/books?id=WhRMtW5wi3YC&pg=PA105&lpg=PA105&dq=tratado+medico+de+la+enajenaci%C3%B3n+del+alma+pinel&source=bl&ots=-KGvhP5UwB&sig=q4EOplxPh7RwkhdSyNK5SpQaaMY&hl=es-419&sa=X&ei=OyjaVI7ZFlIWgwT0uIT4Bq&ved=0CDkQ6AEwBQ#v=onepage&q=tratado%20medico%20de%20la%20enajenaci%C3%B3n%20del%20alma%20pinel&f=false>

Uruguay, Poder legislativo. Ley 18.651, Capítulo IV del artículo 25 al 30. *Programa de Asistentes Personales para personas con discapacidad severa*. Programa Nacional de Discapacidad (PRONADIS) (2014) Recuperado de http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/27014/3/innova.front/programa_de_asistentes_personales_para_personas_con_discapacidad_severa

Rebellato, J, Giménez, L (1997). *Ética de la autonomía*. Montevideo: Roca viva

Rodríguez, J. (2011) La atención de Salud Mental en América Latina y El Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. En Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol. 75 N° 2. Diciembre 2011.

Rojas, C (2014). Apuntes sobre el AT. Recuperado de <https://www.facebook.com/notes/agora-uruguay-acompa%C3%B1amiento-terap%C3%A9utico/apuntes-sobre-el-a-/1390227431238664?pnref=lhc>

Rosseto, J. (2011) La inclusión de nuevos actores en el proceso de reforma de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca.) En Bustos, G, Frank, M.L (Comp.) (2011). *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones en la Clínica. Inscripción Académica e Institucional*. Buenos Aires: Dunken.

Rossi, G.P (2007). *Acompañamiento Terapéutico, lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.

Rossi, G.P (2012) Usos y variaciones del "encuadre" en el acompañamiento terapéutico. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/687_acompanamiento_1c/material/variaciones_encuadre%20.pdf

Stolkiner, A. Tiempos "posmodernos" ajuste y salud mental. En Saidón, O, Troianovsky, P (Comp) (1994). *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar

Stryker, S. "Tendencias teóricas de la psicología social: hacia una psicología social interdisciplinar". En Montero, M (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Techera, A; Apud, I; Borges, C (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre salud mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Central de Impresiones

