

El Acompañamiento Terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental

LIC. GUSTAVO PABLO ROSSI

Variaciones de la Técnica, en el entramado de una Política

Al realizar una aproximación al acompañamiento terapéutico, es necesario conceptuarlo no simplemente como un *recurso* técnico sino en una dimensión más amplia, en tanto nos permite repensar las condiciones de los tratamientos en Salud Mental, la *Política* que se pone en juego en este campo, y la clínica que podemos sustentar en numerosos casos de difícil abordaje, que no se equiparan al clásico paciente de consultorio (si lo hay), ni a la tradicional asistencia psiquiátrica institucional.

Haciendo algo de historia, destaquemos para nuestro tema lo que sucedía en Argentina a finales de los años '60, en el terreno científico-cultural: la actividad que se denominará *acompañamiento terapéutico* comienza allí con el abono de un conjunto de propuestas conceptuales, clínicas, comunitarias, y hasta político-sociales que promueven una *nueva significación de la locura, y de sus posibilidades de tratamiento*. El psicoanálisis, la psiquiatría comunitaria, la antipsiquiatría, y las experiencias ligadas a los grupos operativos, el psicodrama, la psicología social de la época, tendrán fuerte incidencia en los profesionales de la salud mental, y en aquellos que participan del entorno asistencial (trabajadores de la institución hospitalaria, organizaciones de la comunidad, familiares de pacientes, etc.). Estas condiciones distintivas, sumadas a los avances de la psicofarmacología, fueron permitiendo entonces una gama de esquemas alternativos al *hospital psiquiátrico*, así como dispositivos terapéuticos *por fuera* del tiempo y del espacio institucional.

El acompañamiento terapéutico (AT) tuvo una fuerte inscripción, por ejemplo, junto al *Hospital de Día* como un dispositivo paradigmático que posibilita desde lo empírico ese entrecruzamiento en las tentativas de investigación, sobre conceptos que hacen al *lazo del sujeto psicótico con su entorno*, y la inserción social a veces dejada de lado, también en diversos casos con problemáticas ligadas a las adicciones, las depresiones severas, los trastornos llamados de la conducta alimentaria, entre otros pacientes con *perturbaciones psíquicas severas*. Por otra parte, el AT se utiliza desde aquellos años en la *internación domiciliaria*, con variaciones, cuando se estima pertinente (y contraproducente una internación psiquiátrica).

Igualmente quiero presentar aquí interrogantes que aún siguen suscitando debates no resueltos: ¿Qué hacer frente al desborde emocional de un paciente en situación de crisis extrema? ¿Es únicamente la institución psiquiátrica donde puede contenerse un “brote” psicótico, una depresión

aguda, o la reiteración de impulsiones en una *demanda ausente de palabras*...? Pueden decirme: pero cómo afrontar ese padecimiento desmedido, sin dejar de considerar el riesgo que implica para la propia existencia del sujeto, o la de sus semejantes. Como contrapartida: ¿Qué institución para alojar la “locura”? Luego: ¿qué efectos produce la institución y cual es el deterioro “propio” de la estructura clínica? Y, en perspectiva: cómo plantear la externación, el tratamiento posible al salir del *amparo* institucional.

Un representante de ese movimiento científico-cultural de los '60, el Dr. Armando Bauleo -quien trabajó junto a Enrique Pichon Riviere¹ en diversas experiencias colectivas innovadoras en Salud Mental, con una “mirada que iba más allá de lo individual”-, refiriéndose a una de las aristas que tiene el tema, afirma: “Parecería que la internación tiene que ser siempre en el manicomio. Sin embargo, tendría que hacerse en salas de hospitales generales y no una internación por veinte años. No existe crisis de veinte años. Las crisis en una o dos semanas se fueron. ¿Y entonces, por qué tiene que estar internado? ¿Para hacer qué cosa? O sea, no hay noción, si uno la piensa con un sentido común, que justifique que un tipo tiene que estar dentro de un manicomio treinta o cuarenta años. ¿Para hacer qué? Porque no es cierto que esté permanentemente en tratamiento; el mismo tratamiento que hace ahí podría hacerlo en la calle, si le dan una pastilla a la mañana... ¿Para qué está todo el día encerrado? Pidiendo monedas, fumando como un animal (...) No hay justificación en estos momentos, más con los nuevos fármacos, con las nuevas psicoterapias: psicoterapia grupal, familiar, psicodrama. Pero todo esto, todavía, no está totalmente instalado en la sociedad.” Ni tampoco está instalado –dice luego, con acierto- entre los psiquiatras, los psicólogos y los psicoanalistas. Y entiende que deben trabajarse los prejuicios de la sociedad, qué imagen existe de la enfermedad mental, y qué se hace con aquel que padece dicha “*enfermedad*”. Por su parte es importante pensar hasta que punto los profesionales de este campo pueden “despegar” de esos prejuicios, y ponerlos a trabajar, ya que hay un ida y vuelta entre una sociedad determinada y la manera de abordar la “locura”, por quienes desde particulares paradigmas científicos-técnicos están “especializados” en llevar adelante su tratamiento. “...estamos tratando que siempre el tipo, le pase lo que le pase, siga siendo un ciudadano. No deje de ser ciudadano, porque ¿quién lo incapacita para ser ciudadano? ¿Porque está mal? Todo eso llevó a hacer pensar este problema, la desmanicomialización. Al no quedarse ahí toda la vida tirado, estamos pensando y se sigue pensando sobre todas estas dificultades.” (Bauleo, 2004)

Tiempos, espacios, modalidades para el acompañamiento terapéutico

Un sujeto afectado por la *locura*, considerada en sus múltiples manifestaciones -en un sentido que no se restringe al diagnóstico de *psicosis*-, encuentra perturbada la relación que tenía con el

espacio público, su vínculo con los otros, con la calle, con los lugares que frecuentaba en la ciudad, esto es, con aquello que denominamos su “*ecología*”. Incluso antes de toda internación institucional, aparece empujado al *encierro* propio, asustado, en su habitación, con dificultades para salir de su casa, a veces hasta de su cama, de un mundo que ve cada vez más estrecho. Porque le resulta agresivo y perturbador el movimiento urbano, o porque en ese espacio público aparece perdido, *desorientado*, lo cual muchas veces se conjuga con su intento de agresión hacia quienes *lo rodean*, su impulso hacia la ruptura con el tejido social, su *refugio* en el aislamiento (Rossi, 2004). Hasta la presencia familiar puede resultar amenazante, intrusiva, y sabemos que esa cercanía de lo familiar en ocasiones se conjuga -de manera especial- con *lo siniestro*.

En Adrián, un paciente que recientemente atendimos con el equipo, la voz y la presencia de la madre lo llevaba en ese tiempo de crisis a ensimismarse de tal manera, buscando la desconexión del mundo, que literalmente cortaba con todo elemento que lo ligara al *afuera*: pasó de no atender el teléfono a romper los cables del mismo y a desconectar el timbre de su departamento, cerrar las persianas de todas las ventanas, poner música hasta aturdirse; como una forma de interrumpir esa irrupción de una madre que le resultaba intolerable. Esto también tenía consecuencias, en distintas esferas de su vida cotidiana, ya que en momentos así no comía ni se procuraba comida, dejaba las actividades académicas en las que se encontraba, no veía amigos, no iba a las sesiones con su analista, etc. Debido a que este paciente vivía solo, el analista se planteó la cuestión de *qué hacer* ante una situación que venía tornándose más riesgosa. Por una parte, la suya era la única presencia que Adrián toleraba, por esos días, en su departamento. Pero no alcanzaba con esto, ni siquiera para sostener el tratamiento. Se le indica inmediatamente medicación psicofarmacológica, y después de un tiempo se incluye también acompañamiento terapéutico, en este caso como una forma de mediatizar, de hacer de “bisagra”, entre aquel ensimismamiento y el mundo, delimitándose a su vez algún tope con *eso* que desde la silueta maternal se le volvía terrible, amenazante. La presencia de dos acompañantes algunas horas cada día, permitió en el espacio cotidiano una interlocución con alguien que sin llegar a ser un extraño tampoco era un miembro de su familia, ni su madre, ni su hermana.

La intervención del AT, entonces, se realizó para que el dispositivo -el trabajo analítico que se venía realizando, con sus particularidades- pudiera sostenerse, reconstruirse, en un marco tendiente a evitar una internación, la cual hubiera sido inexorable por un agravamiento del estado de perturbación psíquica.

El acompañante permite muchas veces una presencia cercana, que no es la del amigo o familiar, precisamente cuando el terapeuta² a cargo considera que la interrelación con la familia no es conveniente en determinadas situaciones, al menos sin “mediaciones”. O cuando se observa que

el grupo de pertenencia habitual no puede hacerse cargo del estado del paciente, por su angustia, por su agresividad, etc.. Resulta común esta descripción: que los familiares y amigos buscan explicaciones y se encuentran con angustia; intentan comprender y se sienten incomprendidos; experimentan la impotencia y la frustración ante los reclamos, las preguntas, las demandas imperiosas del ser querido que se aleja repentinamente, los convierte en un enemigo imaginario, perseguidor, salvador, o una de las infinitas figuras en que se deposita la locura...

En otra ocasión, se incluye al equipo de AT ante la agresividad en el vínculo entre una adolescente con problemas de adicciones y sus padres, que era reflejo de una dinámica vincular que venía provocando fuertes conflictos desde hacia años. La joven, debido a elementos de su historia familiar, quedaba como aquel miembro del hogar que siempre era marginada y criticada, respondiendo con episodios impulsivos, en uno de ellos de tal autoagresión que debió ser hospitalizada. Al tiempo de concretarse su retorno al domicilio, el trabajo progresivo del AT fue permitiendo desde ese espacio que las *condiciones para un trabajo terapéutico inicial* se fueran generando, debido a que con otro *clima* no podía darse³. Luego del inicio del tratamiento de psicoterapia, con la presencia de ese tercero extra-familiar -que aquí se encarna en los acompañantes terapéuticos- se genera en el trato cotidiano una cierta “toma de distancia”, lo cual resulta pacificador. Cuando ese vínculo con el espacio de psicoterapia se consolidó, paulatinamente con ciertos cambios que se producían en esta paciente y en las relaciones familiares, se fueron reduciendo las horas de acompañamiento, hasta suprimirse.

Como vimos en las dos viñetas anteriores, la inclusión de manera precisa del acompañamiento terapéutico puede plantearse, en síntesis:

1- con el objetivo de **ayudar a construir las condiciones** para que el dispositivo de tratamiento se ponga en marcha, como sucedió en el caso anteriormente referido. 2- De manera frecuente es utilizado para **sostener ese dispositivo**, en momentos de crisis severas, ante situaciones de urgencia subjetiva. 3- Una tercera instancia la vemos en nuestra experiencia en aquellos casos en que se necesita *destrabar* –si vale la imagen-, o **relanzar, el trabajo propio de un tratamiento**, que aparece *atascado*: suele decirse que ahí “no pasa nada”, luego de un tiempo relativamente prolongado, observándose un cierto *aplastamiento de la subjetividad* (aunque no sean siempre pacientes *cronificados*, ni abordajes institucionales).

Subrayemos que se potencia cuando *no se utiliza como un recurso aislado*, individual, y que se desvaloriza cuando que se intenta implementar de manera generalizable, en cualquier momento y en cualquier caso.

Se debe evaluar en función de la singularidad del padecimiento, y de cada etapa del tratamiento⁴. Implica una construcción *artesanal*, desde un equipo interdisciplinario o un terapeuta que en su

estrategia de abordaje otorgue relevancia a lo que suceda con esos vínculos, esas redes, la agresión o el sentimiento de sentirse agredido, sin dejar esto librado a una supuesta *evolución espontánea*. El AT se *interna* con su tarea tanto allí donde el sujeto ha perdido su orientación temporo-espacial, en un momento de desborde afectivo, como para ofrecerse como *mediador*, *guía*, o *amistoso componedor* en ese encuentro/desencuentro, entre alguien aquejado por la locura (que es singular) y su *prójimo*, su barrio, su ciudad, los lugares donde podría estudiar, trabajar o divertirse... Lugares que en cierta coyuntura crítica le resultan intolerables, lo hacen sentirse como un “*trapeceista sin red*”⁵, al borde de la cornisa.

Y podemos establecer en paralelo con el acompañamiento el lugar de la medicación psicofarmacológica, como herramientas que con sus diferencias pueden ayudar a limitar ese sufrimiento en exceso, y a contener el desborde, la agitación, etc.. Se trata, en este punto, de ubicar algo del orden de una estrategia y una política, donde los recursos sean utilizados para favorecer a que la palabra advenga, y no para *taponar* aquello que ese sujeto sufriente expresa con su decir, y con sus actos. Cuando la hora y el ámbito del consultorio no alcanza, con el acompañamiento se ofrece -por la vía de un semejante que no solo contiene sino que facilita ese acceso a la palabra- la apertura de espacios de cierto orden simbólico, que se inscriba como alternativa a la actuación, ante la desesperación de las imágenes que desencadenan la violencia.

La rehabilitación social: lo singular por fuera de la serie

Finalmente ubicamos en otra instancia al AT como *apoyo en un proceso de externación*, y en la *tarea de reinserción social*, sobre aquel *territorio público* donde toda articulación se ve deteriorada. En un dispositivo donde se trabaje lo relativo a la *particularidad* de la *rehabilitación social*, consignemos que debemos diferenciar también entre las características de la posición del acompañante terapéutico y la intervención del trabajador/asistente social. El AT intenta aportar al proceso de la cura, en ese *extra-muros* por fuera del hospital o del hogar, ampliando con otras herramientas (para el terapeuta y el paciente) ese tratamiento. En un sujeto que podemos graficar como *herido* en su capacidad de vincularse, buscamos favorecer alguna salida del *lugar* que lo cronifica en una “enfermedad”, que aumenta su gravedad, o lo expone en su *falta de defensas* (psíquicas en este caso), frente a situaciones que hacen a su cotidianeidad. Un primer paso será simplemente que pueda *aliviar* el dolor que lo inmoviliza, y reforzar sus posibilidades de acceder a algún *bienestar*, lo cual no debemos suponer que es tan simple, ni tan insignificante

En este punto, no se trata de imponerle un standard de rehabilitación, ni forzarlo a que transite por *círculos* recreativos o talleres laborales *convenientemente* cerrados, en serie. Sino de diseñar una estrategia que otorgue relevancia a las consecuencias que tiene para cada paciente la

competencia desmesurada a la que fuerza el mercado, al empujar a ese *ciudadano* segregado hacia un *margen*, cuando no al encierro que llega a suprimir tajantemente sus *derechos civiles*, estigmatizado bajo la etiqueta de la *enfermedad mental*. Nos preguntamos: ¿De qué *sujeto* podemos hablar aquí, si no consideramos su lugar como *ciudadano*? Esto nos lleva nuevamente a pensar la inserción del Acompañamiento Terapéutico en el sistema de Salud Pública y Salud Mental. Sería necesario situar esta temática en el panorama socio-político de cada país, para entender *también* de qué estamos hablando al ocuparnos de las instancias posibles de inserción cotidiana de un sujeto, de la *realidad laboral*. Ante la fuerte *exclusión social* actual, acceder al circuito laboral resulta ya de por sí dificultoso para *todo* ciudadano que no tiene trabajo, con lo cual ese acceso se presenta casi inalcanzable para una persona que atraviesa un padecimiento psíquico importante. En este contexto el AT tiene una vía sobresaliente de intervención, en su posibilidad de articulación con las *redes comunitarias* que puedan hilvanarse y con los *recursos laborales-educativos*, que deben *re-crearse para cada caso*, para componer de manera *individualizada* algo de esa ligazón entre lo *Político* y el sujeto-ciudadano, con los lazos sociales implicados en esto. Lo *individualizado* hace a la singularidad de ese vínculo con un otro, el AT, que de acuerdo a cómo se construya su lugar estará habilitado para orientar una búsqueda, o motivarla, o quedar estrictamente como testigo, desde la escucha, sin opinión “personal”, sin juzgar, lo cual sabrán también que no es nada sencillo, y que no es sin consecuencias. En esta lectura, subrayemos que no será el acompañante terapéutico alguien que “sabe” cual sería el *bien* del paciente, y qué tendría que hacer o dejar de hacer, a la manera de recetas, que indican que es lo normal y que es lo patológico. No se plantea como un “modelo” de salud mental, ni quiere serlo, como tampoco -a mi entender- lo sería el terapeuta, aunque la posición desde la cual organice su estrategia tendrá consecuencias para el lugar del acompañante.

En la perspectiva que sostengo, el AT opera como un apoyo para intentar *restaurar* aquello deteriorado en el sujeto, aunque sea en un pequeño punto que sirva de anclaje, de referencia. A manera de *punteo*, o como una vía de entrada ante tantos lugares que el paciente percibe cerrados, y de los que trata de mantenerse alejado, en la soledad que funciona como barrera. Con el eco de algún texto de Winnicott, diría que puede hacer de *facilitador* del vínculo con el *medio ambiente*, cuando esto encuentra sus grietas, no ha sido *facilitado*, necesitando de un otro que ponga en escena algún *espacio* que funcione como transicional, y amortigüe efectos que pueden resultar devastadores. *Ni tan lejos ni tan cerca*, diría un viejo maestro, al referirse a la distancia que requiere cada ser humano en su contacto con los otros, tomando la metáfora del *puercoespín*...Distancia que no se estipula de antemano, aunque fácilmente se adose el calificativo de “desequilibrio”, o de “anormalidad”, cuando se padecen sus complicaciones.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bauleo, A. (2004). “De Pichon Riviere a Italia, y de lo grupal a la desmanicomialización”, Entrevista en Revista Imago Agenda, Nro. 80, Bs. As.,
2. Bélanger, B., y Riou, L. (1997). “*Delimitación del discurso delirante y lazo social*”, en: Tratar la psicosis, Apollón, W., Bergeron, D., Cantin, L.(comp.); Buenos Aires, Ed. Polemos.
3. Rabinovich, D. (1993). “Comentario de ‘Acerca de la causalidad psíquica’”, en La Angustia y el Deseo del Otro. Buenos Aires, Edit. Manantial.
4. Rivarola, G. (2002). “*Acompañamiento terapéutico y función secretario*”, en: Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico; Manson, F.; Rossi, G.; y otros (Compiladores). Buenos Aires, Edit. Polemos.
5. Rossi, G. (2003). “Historia del acompañamiento terapéutico: *movimientos sociales y en Salud Mental en Argentina de los años '60, y surgimiento de esta práctica*”. Conferencia Inédita, Buenos Aires.
6. Rossi, G. (2004). “*El Día, más allá del Hospital*”; en: Hospital de Día – Particularidades de la clínica, Gustavo Bertran Comp.. Buenos Aires, Edit Minerva.
7. Stagnaro, J. C. (1997). Entrevista en: Acompañamiento Terapéutico; Rossi, G. y otros, Buenos Aires, Edit. Polemos.

LIC. GUSTAVO PABLO ROSSI,

2005

grossi@sinfomed.org.ar

¹ Enrique Pichon Riviere: psicoanalista, fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina, pionero en la introducción del psicoanálisis en el Hospital, con desarrollos innovadores en el campo de lo grupal, la Psiquiatría y Psicología social.

² Con este término me refiero aquí tanto al psicólogo, al psiquiatra, como al psicoanalista, sin entrar en consideraciones -que exceden las posibilidades de este artículo- en lo referente a las diferencias que tendrá la orientación del acompañamiento terapéutico según la dirección de la cura que se sustente desde esa instancia.

³ De hecho, con 18 años, en esta joven habían existido numerosos intentos de comenzar con tratamientos psicológicos y psiquiátricos -menos por iniciativa propia que por pedidos familiares-, los cuales se vieron frustrados desde las primeras entrevistas, o al poco tiempo. Datos similares suelen reiterarse en los pedidos de AT.

⁴ Es necesario graduar con precisión los momentos para intervenir, los tiempos de duración del esquema planteado, lo cual implica ir calibrando día a día las respuestas a los requerimientos y los obstáculos que aparezcan, los esfuerzos familiares, del entorno habitual, y del equipo profesional a cargo del caso. Su modalidad no es la misma cuando es reciente la crisis (en un momento “agudo”), que si se utiliza para mantener una continuidad ante esos “huecos” que pueden quedar entre distintas etapas del tratamiento (internación, centro de día, de noche, ambulatorio).

⁵ Según la notable expresión de J. C. Stagnaro al referirse al sujeto psicótico.