

## "FORMACIÓN Y FORMALIZACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO. SITUACIÓN EN LATINOAMÉRICA" <sup>1</sup>

Gustavo Pablo Rossi<sup>2</sup>

Para comenzar, resulta necesario plantear las diferencias y conjunciones entre estos dos términos, *formación* y *formalización*, para ir hacia la cuestión del marco legal en el Acompañamiento Terapéutico (AT)<sup>3</sup>, y su incidencia sobre ambos elementos, que atraviesan la situación laboral del At en la actualidad.

Tomo la idea de aspectos epistémicos y no epistémicos en relación a cómo se consolidan y desarrollan determinados saberes y prácticas, desde la perspectiva que tiene para las investigaciones historiográficas. Estos debates se inscriben en otros más amplios, que exceden este trabajo, respecto a las disciplinas científicas, desde las ciencias duras hasta las llamadas conjeturales, y cómo darle estatuto científico a estas últimas.

Para el AT, venimos convocando a su formalización e institucionalización desde hace varias décadas, incluso antes de empezar con algunos colegas a promover una Asociación de AT en Argentina<sup>4</sup>. Temas centrales, entre otros que llevaron a la necesidad de agruparnos.

Para quienes no han estado ni leído las ponencias, en el Congreso de México<sup>5</sup> apelaba a aquel Primer Congreso Nacional de AT en Argentina, en 1994<sup>6</sup>, para recordar la importancia de *articular la clínica con la teoría* (siguiendo el slogan con que titulamos el Congreso), y darle una *especificidad a esta práctica*. Especificidad que está en relación directa con la Formación. Y esto se hilvanó con las inquietudes centrales que se acentuaban varios años después (quizá reiterativo, me parece necesario retomar en este nuevo Congreso algo de una historia que algunos colegas parecen querer borrar, o tergiversar): en el 2do Congreso Argentino de AT del 2001, planteábamos -al organizarlo- el problema de lo anárquico de las instancias de capacitación para el At. Con las preguntas de ese momento, cabe diferenciar tres cuestiones.

---

<sup>1</sup> Este texto se basa en la presentación que realicé en el Congreso Internacional de AT de Montevideo, en Noviembre 2014, al cual concurrí por invitación de Mayda Portela, cuya gentileza agradezco. Aunque trato de mantener el recorrido de esa charla, realicé algunas modificaciones que lo actualizan, a los fines de esta compilación.

<sup>2</sup> Lic. en Psicología UBA. Investigador UBACYT. Prof. a cargo de la Materia "Práctica Profesional: Fundamentos Clínicos del AT", Cátedra I, Facultad de Psicología UBA, desde 2002, en forma ininterrumpida a la fecha. Coordinador Red Argentina de Asociaciones y Agrupaciones de AT.

<sup>3</sup> At: Acompañante terapéutico. AT: Acompañamiento Terapéutico.

<sup>4</sup> Asociación de la cual fui fundador, a la que no pertenezco hace ya cerca de una década. Considero que hace mucho tiempo no representa a los Ats ni defiende sus problemáticas, sino que responde a intereses personales y de instituciones vinculadas a sus miembros. Como otra nota de actualidad, destaco que en varias Provincias y ciudades de Argentina se formaron Asociaciones locales, al momento con una organización que se plasmó en la Red Argentina de Asociaciones y Agrupaciones de AT, con propuestas para incidir desde el AT en la comunidad en temas de Salud, con una posición Política que apunta a que el AT tenga otro lugar social, otra legalidad y una relación diferente con las prácticas en salud, para una mayor inserción en los Planes de Salud Mental y en las estructuras sanitarias.

<sup>5</sup> Año 2013, dicha presentación fue publicada en la Revista Atravessar, Sao Paulo, Brasil, Nro 4, 2014 (I)

<sup>6</sup> Rossi, G. y otros (comp.); Hacia una articulación de la clínica y la teoría – Libro Publicación de trabajos presentados en el Primer Congreso Nacional de AT, Ed. Las Tres Lunas, Bs. As., 1995.

1- ¿Cual es la formación para un acompañante terapéutico? Esto es: ¿Cual es el saber al que debe acceder el Acompañante Terapéutico? Sus conocimientos para cumplir con aquello que hace a su incumbencia, a su competencia, de acuerdo a un esquema curricular que lo lleva a obtener su título.

2- Otra cuestión, que se liga pero sobre la que voy a señalar alguna diferencia, es: ¿Qué lo autoriza legalmente en su práctica? En términos del orden legal, la currícula establecida para una determinada carrera, quién regula esto, qué matriculación se plantea, etc.

Esta dimensión institucional/Social, se plasma en la exigencia de contar con una inscripción académica, donde será necesario establecer su competencia, que a su vez se enlaza con la incumbencia profesional específica.

A dos décadas de aquel Congreso, sigue resultando alarmante la ausencia de *criterios consensuados* que delimiten la figura en términos de una definición de esa incumbencia, la cual en consecuencia sigue siendo muy amplia. Hay pautas para su competencia a veces contradictorias según el marco teórico en que se ubiquen, con imprecisiones que hacen que su campo de intervención tenga alcances muy difusos, tanto como las concepciones sobre qué capacitación necesita quien ejerce esta práctica.

3- La tercera pregunta, como la anterior: *¿Qué autoriza al At?* Ahora en cuanto a sostenerse en su tarea diaria. Remite al orden de una *autorización* o habilitación que es del propio *practicante para con su práctica*. ¿Parece obvio? No siempre aquel que accede a un título -universitario, terciario- se considera *autorizado* para *ejercer esa práctica*. Algo de la “capacitación” en términos de contenidos pedagógicos puede no resultar suficiente. Se trata de contenidos en cuanto a la formación pero implica a su vez *una posición y una dimensión ética* ante la práctica<sup>7</sup>.

Esta intervención de una At puede ayudarnos a pensar esto. Es el Acompañamiento Terapéutico de Oscar, quien presenta una problemática por consumo crónico de alcohol, en esa etapa un consumo que comenzaba desde la mañana. Vivía con su esposa, ambos cerca de los 65 años. El AT tenía dos franjas de turnos, una a la mañana y otra a la tarde/noche, dos horarios especialmente críticos. Pedían Ats varones, por ese imaginario ligado a que así podrían “poner límites”...Se inicia con un dispositivo con Ats mujeres y un At varón. El horario de la mañana, cada vez se corría para más temprano. Ya que luego de un comienzo “tranquilo” del AT, se las ingeniaba para ir a tomar sus vinos más temprano. Empezamos a las 8 am, luego a las 7, después 6.30 hs. Un día, ya pasadas varias semanas, con el paciente en escalada *refractaria* fuerte, y más desafiante hacia las Ats, viene con intención de irse al *barsito* del barrio. Se dirige a la At: “Te digo: si yo quiero irme de acá, ¿vos que vas a hacer?!” “Te vas a poner en la puerta como barrera para impedirme que no vaya?”. Silencio notable de la At, primera intervención. “¿Cómo lo vas a impedir?”. La At, que en ese acto se autoriza, le dice: “escúcheme, Oscar, yo estoy acá para que usted no tome, cuando está con At usted no puede tomar, para eso estamos”. “Haga lo que le parece”. Esto es: no se puso en la puerta, no lo agarró del brazo. Le marcó esto. El paciente no salió, y en la sesión de esa semana con su psicólogo le dijo que esa At le hacía acordar a su mamá, asociando incluso con algunas situaciones del vínculo con su madre...

---

7 Hago una revisión aquí de lo escrito en: Rossi, G., La formación académica del Acompañante Terapéutico, en Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico, Manson, F.; Rossi, G.; y otros (Comp.); Bs. As., Ed. Polemos, 2002.

Se *autorizó* en esa intervención. Se “concibió” entonces autorizada. Tenía una formación, un análisis, en este caso también un Equipo, que orientaba el AT, que lo supervisaba clínicamente<sup>8</sup>.

Y aquí refuerzo nuevamente la tríada freudiana: formación, análisis personal, supervisión. Agrego para el AT junto a la supervisión, la importancia del trabajo en equipo, que le da al At una *orientación para delimitar su táctica*. Para ampliar este punto sirve revisar desde nuestro campo la noción de *transferencia de trabajo*, como aquello que mueve algo del deseo en un equipo, frente a casos complejos, que desbordan en momentos críticos, agotan en la repetición, en lo reiterado de algunas situaciones, de las demandas del paciente y su familia, o aburren por su cronificación.

Dando un paso más, subrayo que la formación implica también una ética desde la cual *damos cuenta* de la práctica, de aquello que hacemos. Desde los docentes hasta el más novel de los acompañantes...

Pasamos así al punto de la formalización. El esquema conceptual en tanto *elaboración de un saber*<sup>9</sup>. Me refiero a un conjunto de nociones que nos permiten dar cuenta de la especificidad de la práctica, y de sus efectos clínicos.

Formalizar es dar cuenta de los efectos de la intervención, es elaborar un saber de la escucha, de la palabra en términos del AT, es anudar a conceptos algo de lo particular de esta práctica, delimitar, hasta “crear” nociones que se transmiten. Ahora bien, es también importante ubicar que esos conceptos son producidos por quienes desde su cuerpo y su pensamiento sostienen la experiencia, y luego sostienen la posibilidad de la escritura, de dar cuenta de lo que hacen, en esto también hay una ética, un lazo<sup>10</sup>.

La transmisión, a su vez, es solidaria de esa formalización. Solemos decir que dar una clase, presentar un ateneo o en un congreso, escribir sobre la experiencia con un paciente, como escucharemos acá, permite aprender. Construir un saber. Si cada caso es único, ahí es donde aprendemos, donde hacemos un saber de la clínica. En este punto, cabe consignar que no se trata de quedarnos aislados en cierta noción de *identidad*, sino que el caso se articula, esto es, se relaciona y se diferencia respecto a otros<sup>11</sup> (“cada AT es único”, “cada caso es único” puede llevarnos a una especie de *solipsismo*). Se trata así de pensar esa relación entre lo singular y lo particular, donde ese particular se establece entre otros...

---

8 Con alteración de datos para mantener el secreto profesional, también presentamos este caso el año anterior en clases y Jornadas.

<sup>9</sup> Esta es una cuestión sumamente compleja para el psicoanálisis mismo, que incluye en la escuela lacaniana lo referente a la formalización mediante el “matema”. Y que nos lleva a la tensión entre clínica del caso por caso, de la singularidad, y la “cientificidad” del psicoanálisis, o la llamada “extraterritorialidad” científica, que no es lo mismo que considerarse extranjero respecto a toda ciencia. En línea con esto, en el terreno de la práctica, cabe rescatar que “la elaboración de las estructuras clínicas va ligada en la enseñanza de J. Lacan al problema de su formalización” (Muñoz, P. Anuario Investigaciones, v.14 C. de Buenos Aires ene./dic. 2007), citando uno de los autores que investigó en forma interesante este tema.

<sup>10</sup> Como planteamos en México el año pasado, si no lo *transmitimos*, si no se incide en el diálogo entre textos, entre instituciones, entre asociaciones, tendrán lugar otras prácticas. Las de “normalización” social, las que apoyan las panaceas farmacológicas, las del encierro o las que estigmatizan lo diferente para luego prometer su “rehabilitación”.

<sup>11</sup> Cf. Edelsztein, A. (2006) *Por un psicoanálisis no extraterritorial*. Al respecto, para la formalización en el psicoanálisis dice: “se trata de plantear, a través de la noción de estructura, que cada elemento considerado, por ejemplo, un caso, existe sólo en la medida en que se articula –se relaciona y se diferencia– respecto de otros. Será en la ubicación en la estructura y el sistema de relaciones donde podrá establecer lo particular, pero siempre sería un particular sólo establecido entre otros y en función de la estructura”.

Y a su vez, en la formalización, en la transmisión es fundamental ubicar que hay un otro, hay pares, hay grupos, hay escuelas, hay asociaciones, hay personas de la comunidad, tenemos interlocutores, *en relación a los cuales* vamos construyendo ese saber sobre lo que hacemos.

Esto da lugar a una matriz conceptual, con su heterogeneidad al existir distintas escuelas teórico-clínicas, que posibilita que otros se capaciten, que se consolide, incluso que se vaya “mejorando” la práctica...

Y es lo que nos va a diferenciar de otras prácticas, de otras funciones del campo de la Salud y la Educación, diferencias desde las cuales podremos articular y valorizar nuestra tarea. Libros, artículos, compilaciones, hacen también a la legitimación como práctica, se sigue trabajando en esto, se avanzó y mucho. Esto denota que los equipos de salud reconocen esta tarea, la incluyen, con diferentes énfasis y lineamientos. Con funciones también de mayor o menor importancia.

Si hablamos de *formalización* estamos hablando de un determinado campo de saber. El de la Salud, el de la Salud Mental. Algunos no establecen diferencias, no voy a ir por ahí.

### ***El Campo de inclusión del AT***

Propongo ahora tomar el concepto de Campo Científico, en línea con P. Bourdieu, para introducir algo que concierne especialmente a este recorrido, que es el debate (para los historiadores) sobre la relación entre *aspectos epistémicos* y *aspectos no epistémicos* de un determinado ámbito de saber, de un conocimiento científico en un cierto tiempo y lugar. Entre lo “no epistémico” ubiquen los valores éticos, culturales, políticos, religiosos, económicos, estéticos. Distintos autores argumentan que no podemos sostener una posición ingenua que defienda una “objetividad científica” ingenua, casi fundamentalista. Coincido. Además, la producción científica es el resultado de la articulación entre esos dos tópicos o valores: los no epistémicos y los epistémicos. Hace a sus *condiciones de posibilidad*.

Esto puede estudiarse en las disciplinas y las prácticas que emergen en un momento histórico determinado, donde se configuran *campos de fuerza*, tensiones, que tienen como efecto la creación de espacios disciplinares tanto como de *objetos científicos*.

Si lo pensamos en el AT, los valores no epistémicos son los que están también en juego cuando hablamos de legitimación y legalización. Van desde lo político a lo ético y estético. Y cuando hablamos de formalización, esto se relaciona con la ausencia de un *estatuto Legal* para el AT, una regulación por parte del Estado, lo cual hoy es una problemática central, no resuelta en gran parte de Argentina, pero también en Latinoamérica.

Que se vincula fuertemente con su *inscripción (o no) en términos económicos en el sistema de salud, desde lo público a lo privado*.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Nota de comienzo de 2016: cabe mencionar que estamos trabajando sobre un Proyecto de Ley Nacional para el AT (presentado por el Senador D. Persico y otros), que tuvo media sanción en el Senado Nacional en diciembre de 2014, con aprobación de comisiones de Diputados en 2015, en el cual consensuamos criterios con diferentes Asociaciones y Equipos de AT, Ats, docentes que están en la temática, especialistas en Salud Mental y organismos gubernamentales. Uno de sus ejes es la inclusión del AT en las Prestaciones Obligatorias (PMO) para que sea cubierto por Obras Sociales/Prepagas. Tomamos esto más adelante en esta presentación.

Se trata, al respecto, de tener una inscripción laboral y académica en una comunidad, desde las características del trabajo que hace el At, con una entidad profesional otorgada a la práctica.

Si no se avanza en su marco regulatorio, con argumentos que a veces van en defensa de la defensa de una salud comunitaria (y que son usados por políticas liberales), se perjudica sobre todo a los sectores populares, que no tendrán derecho al acceso a un servicio como este, al quedar en manos de quienes pueden pagarlo, al menos en gran parte de Argentina.

### ***Profesión y función en el AT***

Hagamos alguna puntualización sobre los términos profesión y función, del At. Según hablé con colegas en Brasil, en algunas regiones al menos suele tomarse con recelo que se hable de *profesionalización*.<sup>13</sup> En estas décadas, se lo ha ponderado en el plano de una política que considera en especial para el AT el espacio público, el de la ciudad, “la calle como un espacio clínico” como decía un libro que impulsó mi amigo Mauricio Porto, en los años 90.

Leyendo algunos debates al respecto, considero que resulta muy preliminar decir hoy que el AT es una *función*. Esto se plantea en consonancia con la idea de un AT que puede realizarlo distintos profesionales/técnicos del Equipo de Salud, de Salud Mental. Una “cualidad” o un “modo de cuidado” que va a llevarlo adelante el conjunto de los trabajadores del campo de la salud mental. Según algunos colegas allí, la profesionalización sería igual a perder la *diversidad*, en tanto hay distintos actores que pueden ejercerlo, más allá del título que posean, y las modalidades de plantearlo, en equipo. Estamos de acuerdo en parte con esto. Aunque la diversidad puede preservarse desde cada profesión, en lo complejo de esto que se llama interdisciplina, en esta práctica entre varios que no es un pegoteo...

Pero además la complicación se presenta cuando alguno de quienes se proponen para ejercer dicha tarea no tiene capacitación en el tema, y no es psicólogo, ni trabajador social, ni profesional de este campo de la Salud mental, es una persona que se ha dedicado (con suerte) a un voluntariado en hospitales o en hogares, y tiene que encontrarse con situaciones sumamente complejas, de desborde de un sujeto en crisis, con demandas incesantes que implican su subjetividad, con situaciones donde la cercanía en el vínculo hacen que necesite herramientas para maniobrar, por ejemplo. Y a su vez, en Argentina, se repiten casos donde los padres de un niño con trastornos severos piden “AT” para su hijo en la casa, para tareas que podría hacer la “niñera”, para encomendarles actividades sin ningún criterio terapéutico, sin trabajo en equipo, etc. Y muchos se ofrecen para esto, y se dicen At, algunos por haber hecho un curso virtual, otros por un seminario de 3 meses, con la sola capacitación previa de la escolaridad secundaria, sin ninguna experiencia...

¿Cuál es la función ahí? ¿Qué cualidad puede sostenerse? ¿Depende de cada At, sin Equipo? En Argentina, o en otros países, ¿quien “autoriza” a alguien a trabajar de esa manera como At? ¿Y quién lo autoriza a incluirse en un Equipo? Por los debates dados en algunos Congresos, se supone que -más allá de las regiones y

---

<sup>13</sup> Sin embargo, en Brasil, ya algunos están insistiendo a favor de darle un marco legal. Uno de ellos es Alex Tavares Da Silva. Véase al respecto su sitio web Site-At. En este panorama que toma diferentes países, hago una lectura que seguramente es parcial en cuanto a la diversidad de posiciones, experiencias y recorridos, y al estar impregnada de la problemática que en este tema se atraviesa en Argentina.

sus sistemas de salud- debe haber algún tipo de evaluación, sobre cierto conocimiento necesario. ¿Pero cuál sería ese conocimiento? ¿Quién lo establece? Y por otra parte, si damos por supuesto que cualquier “profesional” puede hacerlo: ¿cómo dar cuenta de la particularidad de su función?

Hace tiempo, además, que vengo planteando que la función del At se sostiene en cierto contexto, en una determinada situación y ámbito de intervención, a partir del cual se va a esa *función*. Coincidiremos a esta altura: no hay una o dos..., no pueden puntuarse en forma predeterminada, a priori. Avanzamos si decimos que proponer su especificidad y profesionalización no va en desmedro de la idea del AT como una “cualidad” relevante, por ejemplo, en el trabajo en salud pública, o que en algunos lineamientos se lo ubique como algo que hace a la salud colectiva o comunitaria. Y que si nos atenemos a una idea tan amplia de su incumbencia, sin regulación, terminamos en esta coyuntura del “cualquiera” lo ejerce, sin ninguna particularidad respecto a qué implica el AT, qué tiene de terapéutico en este caso, con este paciente, con esta familia. Desde el estudiante de psicología que se considera autorizado sin ninguna capacitación al respecto, que lo toma como una salida laboral rápida y pasajera, hasta aquel que hizo el curso virtual o de dos meses en un instituto sin ninguna experiencia en el tema.

Acordemos también en que algo que hace a la presencia del At, el elemento del *cuidado* que propone, el lugar artesanal de construcción de una cercanía, que aloja el padecer, sería conveniente para todas las profesiones en este campo<sup>14</sup>. Es decir, que también el terapeuta, el psicoanalista, puede en determinado momento, ubicarse en ese *lugar de acompañante*...o que cierta “función AT” podrá advenir de acuerdo al estilo singular de cada cual de vincularse (y al caso por caso), esto es válido, hace a esa *práctica entre varios*.

Pero se trata de cuestiones de distinto orden, que incluso no son contrapuestas. Precisamente que se profesionalice es lo que va a permitir en este momento, en Argentina, una mejor calidad, y que esa *cualidad* no se pierda en la pauperización del recurso, en una perspectiva donde se desdibuja su lugar, se lo confunde negativamente con otras tareas, como el cuidador o el enfermero, o simplemente el que está para “vigilar” al paciente. Es decir, no se trata de un simple recurso comunitario que “puede hacer cualquiera”, o quedarnos en la premisa que apela ilusoriamente a que la comunidad debe “acompañar”. Será una perspectiva a trabajar, un lineamiento político, pero eso en muchos casos no basta, y esa idea vuelve en forma de boomerang desde una economía que pretende “reducir costos”, sin más, que sea “gente de la misma comunidad”, total “cualquiera puede”<sup>15</sup>...

Luego, y mientras tanto, habrá muchos modos de precisar, de componer en equipo esta *función* del At, siempre en relación a la singularidad de la situación en que interviene. Intervención que implica no solamente “el caso” en el sentido del paciente, sino especialmente las coordenadas que en la cotidianeidad ese sujeto

---

<sup>14</sup> A diferencia de un profesional que opera desde el Saber-Poder que se disfraza en la autoridad profesional, cuya práctica ubica al paciente en el lugar de objeto...

<sup>15</sup> Como lo comenté en otras Jornadas, una situación casi cómica (pero no única, aunque me quedó muy especialmente porque era reciente la reglamentación de la Ley 26657) nos ilustra esto, para ir a una viñeta de la práctica: se trata de una paciente que sale de internación psiquiátrica, con un diagnóstico de psicosis, para la cual el psiquiatra había indicado que la persona estuviera con “acompañamiento”. Cuando la familia solicita AT a la Prepaga, con esa indicación, le ofrecen pagar una “empleada domestica”, una “mucama”, argumentando que la indicación es que estuviera “acompañada”. Acompañamiento, acompañar a quien padece, son palabras que aparecen en el texto de la reglamentación, y en la Ley, varias veces, pero no el sintagma “acompañante terapéutico”.

que padece -y sus vínculos cercanos<sup>16</sup>- requieren de este *acompañamiento*, terapéutico, y no de otros modos del *acompañar*.

Esto no implica tampoco ubicar al AT como una “especialidad” de la psicología, sino al contrario, diferenciarlo... Que no sea un “ave de paso”, un asomarse a la “clínica” en un trayecto laboral o personal hacia “otra vocación”, un “pase” que se realiza para hacer experiencia y hacer *unos pesos*...

También en México se habla poco de la *profesionalización*, en algunos casos el lugar del AT quedó muy cercano al del psicoanalista, a cierta “función” que puede ocupar el analista u otros. Sin embargo, va construyendo su espacio. Y tiene un lugar interesante, de “resistencia” al poder de la psiquiatría *biologicista* y de la generalización del psicofármaco, con tanta fuerza en ese país.

Claro que acá entran en juego esas *condiciones de posibilidad* necesarias para cada práctica, en cada lugar, esos aspectos político-económicos, culturales, que diferencian por ejemplo un sistema de salud de otro, incluyendo hasta hábitos culturales al momento de acercarse a la locura y a la consulta en Salud Mental.

En Uruguay, diría que en forma casi precoz se pudo lograr una Tecnicatura, hace unos 10 años estuve invitado por Mayda Portela para dar uno de los primeros Seminarios que abordaba el tema en forma sistemática, cuando había muy poco desarrollo de esta práctica, en cuanto al reconocimiento social, con una escasa inserción en el terreno clínico y en lo educativo. Lo epistémico, al menos en términos de la propuesta de formación, aquí fue a la delantera, podríamos decir (lo cual es muy valioso e intenta instalar desde allí el rol del At). Se dieron coyunturas, actores, instituciones, que hicieron que esas *condiciones de posibilidad* estuvieran, para llegar a esta instancia de enseñanza.

En síntesis, en Latinoamérica, avanzar en ese marco legal atañe a esas dos dimensiones, los aspectos epistémicos y no epistémicos, con sus campos de fuerza, con efectos que hacen a una consolidación del espacio del AT.

### ***Experiencias que interpelan: legitimidad y legalidad.***

El año pasado, en México, planteaba que el AT tiene que interpelar a la Comunidad, a las comunidades -sean pequeñas o de las más grandes-, respecto a qué hacer con la locura, qué responsabilidad tienen los distintos actores e instituciones en plantear otro abordaje del malestar actual, del padecer que desborda a familias en su cotidianeidad, que no sea el encierro o el chaleco químico... Que es también interrogar a quienes organizan políticas en este campo.

En estas sociedades, en nuestros países, con las diferencias entre los sistemas de salud de cada país, diría también en cada Estado o Provincia, en cada ciudad, el AT fue haciéndose un lugar, en el campo de la Salud, la Salud Mental y la educación especial. Hay provincias en Argentina donde alguna Ley se sancionó, cuatro al momento.

¿Estamos avanzando? En línea con esa formalización e inscripción de esta práctica desde el Estado, tanto en cuanto a su capacitación como en sus incumbencias y reconocimiento como parte de las prácticas necesarias en una Política Pública es que venimos planteando que tenemos que dar los debates, apuntar a esa interlocución en el terreno social y político, en una apertura en Red, en los Foros, que amplíe las disquisiciones que se producen al interior de cada

---

<sup>16</sup> O la ausencia de vínculos, al no contar con su familia ni con amigos, al estar distanciado de los mismos, al resultar esos vínculo de una conflictividad tal que hacen que sea conveniente “mantenerse alejado”, como indicación terapéutica.

grupo o asociación, para no quedar aislados en nuestra propia tarea, sus debates, sus internas y sus complicaciones...

En nuestro caso desde la Práctica de AT de la UBA, la Materia "Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico" Cátedra I; también desde el Capítulo de AT de la AASM, desde la conjunción con distintos grupos, equipos, asociaciones, seguimos ese lineamiento Político (hablaba de Políticas del AT), por lo que resumo tres experiencias en esa dirección, con efectos en lo legal.

Una de ellas, reciente, fue el logro de una nueva reglamentación en Provincia de Bs As., en la que trabajamos asesorando un amplio equipo que incluyó los especialistas en los procedimientos pedagógicos de armado curricular, durante casi tres años, donde también participaron Rosa Dalesio, Ana Laura Robiglio y Daniel De Socio. Y la institución que dirige Vladimiro Chiattonne, junto a Equipos, colegas, asociaciones, que aportaron en las mesas de debate.<sup>17</sup> Elaboramos en ese proyecto para dicha Provincia un *Diseño Curricular Único de Formación del AT*, a partir de un pedido que se hizo desde el Ministerio de Salud, y en conjunto con el sector correspondiente de Educación provincial. Ese diseño define qué tipo de formación se requiere para un AT, competencias e incumbencias, la educación previa necesaria, qué programas, cantidad de horas totales, cuáles son sus prácticas, cual es el perfil del docente, etc. Con su aprobación se empieza a regular la formación a nivel provincial, con su correlato (por parte de Salud) en cuanto a la realización de un registro oficial o matriculación, para quienes se hayan formado en este esquema. La problemática que suscitó este proyecto de parte de las autoridades fue que tenían una gran cantidad de demandas y consultas, de la Obra Social IOMA, escuelas, instituciones de salud y hospitales, respecto a cuáles son los requisitos para avalar a alguien como AT, que regulación darle, etc., siendo caótica la oferta de capacitación y de trabajo por parte de supuestos "acompañantes terapéuticos" con distinta procedencia y/o sin formación alguna en el tema. También al encontrarse con que se va desvirtuando la práctica con el crecimiento notable de la demanda, al existir "empresas" que trabajan con cuidadoras/personal doméstico/niñeras en tareas de acompañamiento terapéutico o en prácticas con discapacidad, abusando a su vez de quienes buscan trabajo y/o cursos con "rápida salida laboral". A lo cual se agregan los problemas surgidos en el *terreno judicial*, al no estar delimitada su responsabilidad profesional, las incumbencias, los alcances legales del accionar del AT, incluyendo posibles reclamos por mala praxis.

Junto a esto, planteamos incluir en tanto sea posible al AT dentro de los alcances de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, ya que está en sintonía con el lugar con que significamos hoy al AT en las Políticas en Salud/Salud Mental. Aunque en la Ley se nombra al AT una sola vez, por la negativa. Por eso estuvimos en los debates sobre la Reglamentación, y en el 2013 participamos activamente en las

---

<sup>17</sup> Resolución 1014/2014, del 30/6/2014. Luego fue ampliada esta capacitación con la Tecnicatura según la Resolución 1221/15. Se organizó el Diseño Curricular único de Formación de AT, del cual fui asesor / coordinador científico, en el Equipo Técnico que coordinó ese trabajo, y redactor de sus documentos finales. En una Comisión organizada Ad Hoc, por iniciativa de la Dirección de Salud Mental de Prov. De Bs.As. (Dr. Anibal Areco), con el impulso de la Directora del Área de Capacitación de Técnicos en Salud, Hilda Wynne, de M. del Carmen Morales, Zulma Pablo y un grupo de profesionales pertenecientes a la Provincia. Esa resolución aprobó el diseño -en una 1era etapa- de un Curso de Formación para AT, de 640hs, para continuar luego con la Tecnicatura (desde 2015). Así, ya con esta Formación, en el acuerdo entre los ámbitos de Educación y Salud, el Estado está comprometido a otorgar un registro/matriculación que los habilita al trabajo como "Acompañantes Terapéuticos" a quienes se capacitan bajo ese diseño curricular, en Prov. de BA. (Nota también actualizada a 2016).

Mesas de debate para formular el Plan Nacional de SM. Porque en el contexto de la ubicación en un lugar central de los DDHH de los pacientes, de las propuestas de desinstitucionalización, de generar dispositivos y recursos en el medio donde vive el paciente (con lo cual acordamos), el AT es un recurso central para que pueda articularse lo clínico con ese abordaje comunitario. Cuando algunos pregonan un rechazo de todo lo que es clínica, psicopatología y tratamientos, que se opondría supuestamente a un abordaje del “padecimiento mental” en el seno comunitario, planteo que el AT, en esta perspectiva, puede ser un nexo precisamente entre la singularidad, la subjetividad, y algo del orden de lo universal, del “para todos” que impulsa la Ley (de SM y otras), del abordaje en territorio, priorizando por parte de la Salud Pública a sectores sociales postergados por décadas. El problema actual es más amplio: por la (casi) inexistencia de dispositivos y estrategias estables, desde el ámbito público en primer lugar. AT incluido, por supuesto. Si no están esas redes, en el sector estatal, o mediante políticas públicas que articulen lo estatal con lo privado, esa Ley en cuanto al dispositivo de AT y otros recursos intermedios prácticamente se torna casi inaplicable. Porque la Salud Mental queda así dependiendo del sector privado. En estos años desde las familias y desde las asociaciones de padres se ha producido un importante compromiso con que se cumpla el Derecho a contar con esta atención, insistiendo en la búsqueda de AT, con recursos de amparos etc., en ausencia del Estado.

Una tercer experiencia, que se pliega con las anteriores, es el trabajo que implica formular un nuevo proyecto de Ley Nacional para el AT, con varios colegas, especialistas y Asociaciones, que articula las iniciativas de tres senadores (uno por San Luis, Daniel Pérsico, tomando la iniciativa de la Asociación local) pero que ya está siendo estudiado en la Cámara, resultando un salto fundamental que pueda incluirse el AT en el Plan Médico Obligatorio, en nomenclador del Sistema de Salud<sup>18</sup>. En esta ardua tarea nos encontramos con aquella lucha de intereses, esa trama de tensiones que implica concretar un marco legal, lo hicimos con otros proyectos en que estuvimos en distintas legislaturas, desde hace muchos años...

Como decía: tenemos que generar más espacios de interlocución, desde nuestra formalización, y autorizarnos a proponer una posición, un recorrido, nuestra lectura de los casos<sup>19</sup>. También una *diferenciación* desde la particularidad que pueden tener los *variados dispositivos que constituyen el AT*.

Y planteamos que es central conectarnos, de una manera federal, para unir fuerzas entre los acompañantes, equipos, los distintos grupos y asociaciones, locales, provinciales, e instituciones académicas y asistenciales, que abordan el tema en el país. La transmisión, la capacitación responsable, con su articulación ética, va así generando un trabajo que decantará en un Marco Legal.

La Formación va junto a la formalización de un cuerpo teórico-práctico y a la formalización del campo laboral. Hay entonces un itinerario que se despeja: desde la formación a la inserción de cada cual en su lugar de trabajo, de ahí a sostener en

---

<sup>18</sup> Ver nota 8 de este mismo texto, agregada con posterioridad: el Proyecto tuvo media sanción en el Senado Nacional en diciembre de 2014, en 2016 se siguió trabajando en Cámara de Diputados.

<sup>19</sup> En esta perspectiva, organizamos los Foros Argentinos de AT en los Congresos anuales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (Apsa), que convoca a miles de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales del Campo de la Salud Mental. Y las Jornadas conjuntas entre la Materia “Fundamentos Clínicos del AT”, Cátedra I, de Psicología de la UBA y la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), en el Congreso anual de la AASM, otro ámbito de intersección.

el tiempo esta experiencia, que con cada persona que acompañamos es única, que tiene una determinada *cualidad* de acuerdo al Equipo y al ámbito donde se desarrolle. Y a su vez, se trata de dar cuenta de sus efectos, en la medida en que quienes se forman para una tarea, según sus incumbencias y competencias, permanecen en un campo de trabajo formalizado. Lo constituyen como campo de intervención y de saber.

Esto da *legitimidad*. Pero también requiere de *legalidad*.

*Agosto 2016.*