



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO: HISTORIA,
TEORÍA Y CLÍNICA.**

Experiencia en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén.

Memoria para optar a la revalidación del título de psicólogo.

GUILLEM ALEXANDRE SEGUI GARCÍA

Profesor patrocinante: Roberto Aceituno Morales

Santiago de Chile

Enero 2013

Agradezco su colaboración y ayuda a Gloria Silva, Verónica Rayo y Víctor Gómez, sin la participación y aportes de cada uno de ellos no habría podido realizar este trabajo.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo mostrar la historia, teoría y clínica del acompañamiento terapéutico. En esta investigación teórica se han utilizado publicaciones significativas sobre el acompañamiento terapéutico de países como Argentina, Brasil y España. Para ilustrar el trabajo con acompañamiento terapéutico en Chile, donde no hay publicaciones al respecto en revistas indexadas, se ha expuesto la experiencia con este dispositivo en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. La discusión final trata de la posibilidad de introducir el acompañamiento terapéutico en Chile, siguiendo el ejemplo de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, y se plantea un hipotético encaje de este dispositivo dentro del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, y las dificultades de tal planteamiento en la realidad actual del sistema de salud mental en Chile.

Palabras clave: Acompañamiento terapéutico, cotidianeidad, enfermedad mental.

ÍNDICE

I. Introducción	5
II. Antecedentes históricos	7
III. Definición, objetivos y funciones	13
IV. Aplicación	21
V. Características y modos de realizar la clínica del AT	24
VI. Experiencia en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén	32
VII. Discusión	37
VIII. Bibliografía.....	44

I. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se realizará una revisión teórica sobre el Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT) desde la enfoque psicoanalítico y la psicología social. La elección de estas dos perspectivas para el desarrollo de la teoría y la clínica del AT no es casual. La conceptualización de la práctica del AT y de su cuerpo teórico-clínico tiene la mayor parte de su producción desde la perspectiva psicoanalítica. Esta inclinación del desarrollo teórico del AT hacia el psicoanálisis tiene su razón de ser por el desarrollo de este dispositivo en Argentina, donde este enfoque es mayoritario. De esta forma la producción de material dedicado al AT es mayor desde esta perspectiva y además se ha profundizado más en su teoría y práctica. La psicología social por su parte sirve como espacio teórico privilegiado para tratar el trabajo sociocomunitario en el que se desarrolla el AT. La psicología social nos brinda los conceptos básicos con los que trabajar en el medio en que se desarrolla el AT. Igualmente, como se señalará más adelante, el AT no es solo tributario de estas perspectivas y puede conducirse desde varios enfoques de la psicología, el enfoque lo determina el equipo en el que se incluye el AT y se articula respecto de la estrategia del tratamiento.

Paralelamente al desarrollo de la teoría también se mostrará una experiencia práctica del AT en Chile realizada por la Corporación Comunidad Terapéutica de Peñalolén CORDES (en adelante Comunidad). En la búsqueda del desarrollo del AT en Chile aparece dentro de la bibliografía consultada para este trabajo solo una mención indirecta. Se trata de un taller clínico realizado en 1996, orientado “para acompañantes terapéuticos con formación previa y que hubieran tenido alguna experiencia asistencial en la especialidad” (Mauer & Resnizky, 2004, p. 54). El rastro

de los profesionales que participaron en este taller y su desarrollo profesional en Chile no está reflejado dentro de la literatura científica consultada. Con todo esto podría ser que existiesen otras experiencias de AT en Chile no documentadas. Asimismo, el trabajo en la Comunidad con AT se desarrolla de forma independiente, sin estar contemplado como estrategia desde su propio convenio con el sistema de salud mental. Esta situación demuestra la escasa presencia del AT dentro de las instituciones asistenciales en Chile.

Este trabajo se centra en el trabajo de la Comunidad. La información acerca de esta experiencia con el AT y parte de su historia la aportó Gloria Silva Espinosa, terapeuta ocupacional, a través de una entrevista y se complementó con información obtenida desde el sitio web www.cordes.cl.

En el desarrollo tanto teórico como práctico del AT en este trabajo se tratará especialmente a los pacientes psicóticos, como un reflejo de la profundización en este ámbito dentro de la literatura consultada y por el tipo de pacientes con los que trabaja la Comunidad.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El AT tiene su origen en los años 60 y aparece como respuesta a los cambios en el tratamiento en salud mental fruto de las reformas psiquiátricas y los movimientos europeos de la antipsiquiatría. Los principales factores que favorecieron la aparición del AT y que surgieron en este periodo podrían resumirse en la consideración del ambiente social y familiar del paciente, la contención cotidiana del paciente y el hecho de que los recursos institucionales no resultaban suficientes para el tratamiento. Estos nuevos espacios donde el AT se comienza a desarrollar provienen del cuestionamiento generalizado de la “internación cerrada”, de una nueva concepción psiquiátrica dinámica que se opone a la práctica clásica del confinamiento y la consiguiente separación de la familia y círculo social (Rossi, 2007). En esta época se comenzaron a cerrar los manicomios de Europa Occidental y Estados Unidos, con la supresión paulatina del modelo de “manicomios” de los hospitales psiquiátricos. En este primer periodo de reforma se daba la circunstancia que “la mitad de las camas de internación en el mundo eran psiquiátricas” (Carpintero, E. & Vainer, A., 2000). Este modelo asilar del “manicomio” es puesto en duda desde distintas perspectivas por resultar inconducente e incluso evitable en una importante cantidad de casos. Esta transformación tiene como principal influencia el psicoanálisis, la psiquiatría comunitaria, la antipsiquiatría y el cambio generado por la psicofarmacología al posibilitar los cambios en las conductas de los pacientes perturbados (Galdós & Mandelstein, 2009).

Como señala Simoes & Kirschbaum (2005) y Rossi (2007) la reforma psiquiátrica fue inspirada en Francia, por la Psiquiatría institucional y sectorial (Escuela Experimental de Bonneui, fundada en 1969 por Robert Lefort y Maud Mannoni); en Inglaterra, por la Comunidad Terapéutica y la Antipsiquiátrica; en Estados Unidos, por la Psiquiatría Social/Comunitaria y, en Italia, por la Psiquiatría Democrática Italiana (experiencias de Trieste con Basaglia). La característica común de todos estos movimientos es que se considera que el paciente dispone de recursos y aspectos saludables, de esta forma puede ser participe en la toma de decisiones sobre su tratamiento y es un elemento activo en su propio proceso de integración social.

La figura del acompañante terapéutico se originó a partir de otras formas anteriores enfocadas a acompañar a los pacientes en las actividades dentro y fuera de la clínica (Rossi, 2007). Ejemplos de esto son las personas que ofrecían acompañamiento en los espacios de recreo y ocio, en España se llamaban “monitor de tiempo libre” y en Francia “*animateur*”, este último con más énfasis en la socialización. En Canadá (Centro 388, Quebec), se introdujo la figura del “interviniente clínico” en tratamiento de psicóticos, mientras que en Inglaterra y Bélgica se crearon los “dispositivos de enlace” (Galdós & Mandelstein, 2009). En Brasil antes de la aparición del AT los asistentes y auxiliares psiquiátricos ejercían funciones de acompañamiento dentro del ámbito clínico, dando asistencia permanente al paciente (Simoes & Kirschbaum, 2005). En Argentina y Brasil apareció la figura del “amigo cualificado” que acompañaba al paciente fuera de las actividades de la clínica y que finalmente tomaría el nombre de acompañante terapéutico (Simoes & Kirschbaum, 2005; Rossi, 2007).

En España el AT apareció dentro de la “continuidad de cuidados” en salud mental. Rossi (2007) explica que cerca del año 1930 ya existían en el sistema de atención psiquiátrico propuestas de instituciones abiertas y servicios sociales que serían la base de la prevención de cuidados. En este marco apareció un nuevo rol profesional: las

enfermeras visitadoras, que realizaban seguimiento de los pacientes mentales no institucionalizados. Estas enfermeras del servicio social de asistencia psiquiátrica tenían el rol, desde dentro del ámbito familiar, de establecer normas higiénicas y vigilar su realización como “guardianas de la salud”. Otro trabajo era el servicio social de visitadoras a domicilio que hacían un seguimiento de la enfermedad y tratamiento, además de facilitar la vuelta al trabajo y ayudar a que las familias se interesasen por el paciente. Estas figuras se definían dentro de un marco directivo, como “vigilancia especializada”, pero fueron los primeros acercamientos a la cotidianeidad del paciente y un “sostén psicoterapéutico” en el ámbito social.

En Argentina, según Rossi (2007) al inicio de los años 70 se comenzó a trabajar en la cotidianeidad de la vida de los pacientes. El AT comenzó con este nombre a principios de esta década, aunque existían experiencias similares con otras denominaciones. Los Hospitales de Día crearon los espacios donde se desarrollaría posteriormente el AT y resultaron fundamentales para su desarrollo. En Argentina el AT se inscribió dentro del llamado “campo de la Salud Mental”, concepto que incluía a todo el movimiento reformista. Este movimiento pretendía abrir la asistencia a la comunidad, integrar el trabajo interdisciplinario e implementar recursos alternativos de trabajo como el ya mencionado Hospital de Día o la Comunidad Terapéutica. Esta salida del “consultorio” hacia el contexto cotidiano-social de los pacientes instala las bases del trabajo del AT y la idea de tratar la enfermedad en el quehacer cotidiano del paciente. Este movimiento se desarrolló en un periodo históricamente inestable entre dictaduras y con el regreso de la democracia en la década de los 80. Paralelamente y también por su significación política el auge del psicoanálisis impulsó la reforma, Enrique Pichon-Rivière fue uno de los protagonistas destacados de la “lucha por incluir el psicoanálisis en el hospital”. Los inicios del AT en Argentina fueron las internaciones domiciliarias, donde el acompañante quedaba indiferenciado del terapeuta. En este periodo el AT era exclusivo de familias de alto nivel socio-económico que querían evitar la internación de sus familiares, dado el nivel de discriminación de la época con

los enfermos mentales. Con el retorno de la democracia en los años 80 aumentó considerablemente el número de estudiantes de psicología y desde entonces el AT brinda una interesante salida laboral y experiencia con los primeros “pacientes”. Posteriormente el AT llegó a otros sectores socio-económicos y a la atención en instituciones públicas. En el año 1983 se realiza el primer encuentro sobre AT y en 1985 se publica el libro de Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky “Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos”, el que es un referente de la conceptualización de la práctica y teoría del AT. A partir de este momento el AT ha tenido un desarrollo sostenido, consiguiendo una institucionalización académica y una sistematización de la técnica. Actualmente aunque aún se está trabajando por reconocimiento legal del rol del acompañante terapéutico su campo de actuación se ha ampliado enormemente. Los nuevos campos de trabajo son la educación especial (discapacidad, autismo y psicosis infantil), el tratamiento de pacientes oncológicos (cuidados paliativos), geriatría y hasta en el marco de la psicología perinatal.

En Brasil, como explican Simoes y Kirschbaum (2005), durante los años 60 comenzó una política de privatización de los servicios psiquiátricos por lo que la enfermedad mental se convirtió en un objeto de lucro. Las propuestas más innovadoras que buscaban una alternativa al manicomio encontraron serias dificultades en este periodo. En los años 70 el modelo asilar se convirtió en objeto de críticas unánimes pero prevaleció la política de priorizar el sector privado y había pocas experiencias innovadoras en curso. A partir de los años 80 comenzó a consolidarse en el país una conciencia del papel de las instituciones psiquiátricas muy diferente al modelo asilar existente hasta la fecha. En los años 90, los procesos que conformaron la reforma psiquiátrica brasileña establecieron una nueva mentalidad en el campo psiquiátrico, una permanencia continuada de las directrices reformistas en el campo de las políticas públicas y la creación de experiencias renovadoras con resultados positivos. Los cambios en las políticas de salud mental favorecieron el surgimiento de experiencias alternativas al modelo asilar. Estos experimentos fueron

esenciales para que emergiera el AT como una posibilidad de intervención en el tratamiento de dolencias mentales, contribuyendo a promover cambios en la concepción de la atención psiquiátrica.

Actualmente en Brasil y Argentina el AT tiene un fuerte impulso, existiendo numerosos grupos que trabajan con esta herramienta, así como un importante número de publicaciones, con libros de gran calidad que abordan el tema desde perspectiva teóricas diversas (Rossi, 2007; Simoes & Kirschbaum, 2005).

En Chile, como explica Cavacini (2009) durante la década de los 90 después de la dictadura militar, se comienza a desarrollar una reforma del modelo de atención de salud mental y en la última década se inicia el proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este nuevo modelo se caracteriza por promover la atención ambulatoria, cercana al domicilio, aprovechando los recursos de la comunidad y favoreciendo la implicación de la familia en el tratamiento, los estilos de vida saludables, la prevención y la continuidad de cuidados. Todo esto tiene como objetivo evitar el desarraigo y la desintegración social. Los profesionales que fundaron la Comunidad también participaron en este proceso de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. La Comunidad se originó en el contexto sociopolítico de la transición de la dictadura militar a la democracia, inicialmente se inspiró en las experiencias italianas de tratamiento ambulatorio, que se consolidan en Chile con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. El programa de la Comunidad comenzó con el apoyo de la “Cooperación Italiana”, una organización no gubernamental que apoyaba el proceso de recuperación democrática en Chile. Desde esta nueva perspectiva se querían implantar elementos que habían estado ausentes en los programas de salud mental a nivel nacional como la educación, la prevención y la participación comunitaria. Desde este enfoque sociocomunitario la Comunidad se ofrece como alternativa a las instituciones

hospitalarias asilares, tratando mayormente pacientes esquizofrénicos y psicóticos. Actualmente la Comunidad realiza diferentes actividades de tratamiento y rehabilitación a personas con trastorno mental severo beneficiarios del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Los objetivos de la rehabilitación psicosocial son la inclusión, la autonomía y la desestigmatización de sus pacientes. Su modelo está basado en la reforma psiquiátrica y el modelo de comunidad terapéutica europea. Su trabajo se caracteriza por incorporar a las familias y la comunidad en el proceso, basando sus prácticas en una perspectiva de derechos humanos. El AT en la Comunidad no aparece como tal hasta mediados de la última década pero el “acompañamiento” desde las intervenciones de terreno y con las familias existió desde sus orígenes en 1989. Su trabajo con AT se explica en el capítulo VI.

III. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y FUNCIONES

Se define el AT como un “dispositivo de baja exigencia, no directivo, que desde una perspectiva clínica y socio-comunitaria brinda atención y apoyo a familiares y usuarios ambulatorios, en espacios públicos o privados, individual o grupal, promoviendo la participación y la autonomía del usuario en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, sea éste en el ámbito de la prevención, la asistencia o la inserción social” (Galdós & Mandelstein, 2009, p. 81). Este dispositivo trabaja, principalmente, con pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problematizados o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas (Rossi, 2007). Este dispositivo se desarrolla en forma articulada con el psicólogo o psiquiatra tratante y con el equipo terapéutico. La función del AT debe estar siempre inscrita dentro de la estrategia del tratamiento, no funciona de forma independiente, y es un dispositivo construido con los pacientes, poniendo acento en sus capacidades. Puede considerarse entonces que el AT forma parte del conjunto de instrumentos a disposición del equipo tratante, dentro de un marco estipulado por los acuerdos del contrato terapéutico (Mauer & Resnizky, 2004).

El AT forma parte del proceso de tratamiento y es de gran ayuda como promotor del tratamiento en sí mismo. El AT puede destinarse a “instalar la demanda” en los momentos preliminares al análisis de pacientes psicóticos (Rossi, 2007). Por el aporte que el dispositivo da acerca de lo que está “más allá” del consultorio, el AT proporciona al equipo valiosa información en la fase diagnóstica y, después, durante el

seguimiento y evolución del tratamiento, además es un dinamizador del mismo (Mauer & Resnizky, 2004). La inclusión de este dispositivo dentro de un tratamiento crea de por sí un equipo multidisciplinario donde es vital la supervisión, evaluación y trabajo en equipo, creando la posibilidad de contribuciones más ricas y profundas sobre cada caso.

Las funciones del acompañante terapéutico planteadas por Mauer y Resnizky (2004) son:

- 1) Contener al paciente en su cotidianeidad.
- 2) Ofrecerse como referente, ayudar a regularse como organizador psíquico.
- 3) Ayudar a “reinvertir”, es decir, asumir temporalmente las funciones del “Yo del paciente”, que este no puede desarrollar por sí mismo dado el debilitamiento por la enfermedad.
- 4) Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente, liberar la capacidad creativa inhibida y estructurar la personalidad alrededor de un eje organizador.
- 5) Aportar una mirada del mundo objetivo del paciente, para una mejor evaluación en la creación de la estrategia clínica.
- 6) Habilitar un espacio para pensar a través del vínculo aumentando el intercambio comunicativo del paciente.
- 7) Orientar en el espacio social, crear un puente al mundo que le rodea.
- 8) Intervenir en la trama familiar, descomprimir y amortiguar ciertas interferencias en las relaciones del paciente con su familia.

Desde las funciones señaladas se puede observar la importancia del vínculo en el AT. Autores como Galdós y Mandelstein (2009) señalan que el AT es un dispositivo

clínico que centra su intervención en el vínculo y la relación con el paciente y su red social. Con todo esto, el AT busca conseguir una mejor condición de vida, menos lejana de la realidad, a través de un fortalecimiento del yo, un ajuste en las relaciones interpersonales y una percepción más clara de su propia existencia en el mundo (Mauer & Resnizky, 2004). De esta forma el acompañante terapéutico, como se indicaba antes, es un puente hacia al mundo.

Esta lista de funciones nos sirve también para ver cómo el AT puede inscribirse dentro del enfoque psicoanalítico. Aunque el AT puede plantearse desde diferentes escuelas teórico-clínicas y finalmente su enfoque vendrá definido por la orientación del equipo tratante que incluya este dispositivo. Igualmente podemos afirmar que el AT es tributario del psicoanálisis por su historia y concepto, pero dado su encuadre flexible, dentro de la cotidianeidad, más allá del consultorio y el trabajo con las familias, también se nutre de la psicología social, socio-comunitaria, y de la Psicología Sistémica. Introducir el AT como dispositivo asociado al sistema de salud significa introducirnos en el ámbito socio-comunitario y extender lo terapéutico “más allá” de las puertas de las instituciones (Rossi, 2007). En este ámbito socio-comunitario el objetivo del AT se centra en la reinserción social que Rossi (2007) reformula como “nuevas inscripciones sociales”, en tanto lazos diferentes. Este trabajo para facilitar el lazo social permite que el paciente continúe en su medio habitual y no pierda sus actividades y vínculos. De esta forma se evita la cronificación, el aislamiento y la segregación.

Como dispositivo clínico el AT está instrumentado dentro de la teoría de las “Redes Sociales” (Galdós & Mandelstein 2009). Desde esta perspectiva García y Ramírez (1995) señalan que las personas confían en obtener ayuda emocional y/o instrumental de su red social. Dentro de esta red estos mismos autores definen al conjunto de personas que pueden dar esta ayuda como el “sistema de apoyo social”. Este apoyo

social solo se da después y como consecuencia de la integración social. El objetivo en este ámbito del AT es la reinserción, o como se señalaba antes el de “crear nuevas inscripciones sociales”. Para formar estas nuevas inscripciones, visto desde la teoría de redes, se debería “construir” un sistema de apoyo natural que sostenga al paciente una vez finalizado el tratamiento. García y Ramírez (1995) destacan varias razones explicativas sobre la relevancia del “apoyo social” que validan de igual forma el trabajo con AT:

- 1) La eficiencia de las intervenciones basadas en redes sociales naturales.
- 2) El promover y facilitar la solidaridad del desarrollo comunitario y la participación social.
- 3) La evidencia que el desarraigo de los contextos sociales naturales son la causa o el precipitador de desórdenes muy importantes.

Esta nueva orientación psicosocial subraya la capacidad de las personas “para aprender a enfrentarse a sus problemas, y la de la propia comunidad para asumir el compromiso de vigilar, cuidar, etc., su salud y ser por lo tanto, la protagonista de su bienestar” (García & Ramírez, 1995, p. 65). Estos puntos concuerdan claramente con lo señalado acerca de los movimientos reformistas, todos coinciden en que el paciente dispone de recursos, aspectos saludables, y que puede ser partícipe en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Y desde esta perspectiva se suma la idea que no solo el paciente dispone de recursos sino que la comunidad también cuenta con ellos y que en ella se crean sistemas de apoyo naturales. De esta forma el paciente y la comunidad son elementos activos en el proceso de integración social. Desde esta perspectiva psicosocial de la intervención, el sistema comunitario debe facilitar a sus miembros los recursos necesarios para poder satisfacer sus necesidades, demandas y problemas, y de esta manera proporcionar bienestar (García & Ramírez, 1995).

En el caso del AT los pacientes normalmente adolecen de un deterioro en su red social, tanto a nivel familiar como con sus amistades y ámbito laboral. Los grados pueden ser variados y dependerá de la gravedad de la situación del paciente. Puede darse el caso que las nuevas inscripciones sociales sean completamente necesarias dado que el paciente puede no haber dispuesto de ellas a lo largo de su historia o por un periodo muy prolongado. También puede darse el caso que sus relaciones sociales fueran incompatibles con el bienestar, como suele darse en el caso de las drogodependencias. El trabajo del AT se torna complejo en este punto ya que tiene que promover la integración social dentro de sistemas de apoyo que generen relaciones beneficiosas y/o protectoras dentro de la red social. De esta forma el AT debe enriquecer las habilidades sociales, promover vínculos dentro de la red y evitar la soledad social. Para poder evaluar la calidad del apoyo social García y Ramírez (1995) apuntan cuatro factores: cohesión interpersonal, compromiso, expresividad y bajo grado de conflicto. La cohesión se refiere al grado de apoyo en el sistema, el compromiso al interés y preocupación, la expresividad muestra el grado de mutuo estímulo para una expresión abierta de deseos, sentimientos y necesidades, y el nivel de conflicto hace referencia al grado de tensión en las interacciones. El apoyo social como se puede ver no se define solo como “ayudar” sino también contempla los intercambios emocionales o afectivos e informativos y es sin duda un marco de referencia para el trabajo del AT.

Los tres sistemas de apoyo descritos por García y Ramírez (1995) de nuestro entorno cultural son el matrimonio y la familia, los amigos y las relaciones laborales. El apoyo social de la familia es beneficioso tanto para la salud física como mental y suele aportar un alto grado de sensación de felicidad, siendo especialmente útil en situaciones de crisis de salud. Los amigos en cambio tienen menor relevancia en los procesos de enfermedad pero constituyen importantes fuentes de apoyo instrumental y emocional, y facilitan en un alto grado la integración social. Por último, la pertenencia a grupos cohesionados de compañeros de trabajo es un indicador de satisfacción

laboral. Todos estos elementos de los sistemas de apoyo sirven para enfocar el trabajo del AT y determinar objetivos según la necesidad del caso.

El AT como dispositivo tiene el objetivo general de expandir el terreno de lo terapéutico a los tiempos libres, la calle y el domicilio del paciente (Rossi, 2007). Se desempeña especialmente en el entorno habitual, familiar y social del sujeto, busca utilizar el espacio de circulación del paciente para promover el desarrollo del proyecto terapéutico y para esto se vale de la cotidianidad.

Los objetivos específicos del AT son:

- 1) Favorecer la continuidad del tratamiento o posibilitar el inicio del tratamiento adecuado.
- 2) Favorecer la inserción social.
- 3) Proporcionar información acerca del curso del tratamiento y la evolución del paciente al equipo, revisa estrategias respecto a su tratamiento.
- 4) Sostener y complementar la red de apoyo del paciente.
- 5) Proporcionar nuevos recursos para conducirse en su vida cotidiana.
- 6) Prevenir situaciones de riesgo.

Las metas que se plantean desde el trabajo con AT consisten en favorecer la recuperación de las capacidades propias del paciente para lograr un funcionamiento más autónomo de este, la integración en la vida familiar, social y laboral, y una mejor condición de vida, un ajuste en las relaciones interpersonales y una percepción más clara de su propia existencia en el mundo.

El desarrollo del trabajo de AT se realiza principalmente en la cotidianidad del paciente, ese es su encuadre de trabajo. Pichon-Rivière y Pampliega (2002) ven la cotidianidad como el punto de partida para conseguir un conocimiento objetivo del paciente como unidad bio-psico-social. Esto viene a reafirmar el aporte del AT dentro de la estrategia de tratamiento como un facilitador de información de la “realidad inmediata” y las “condiciones concretas de existencia” del paciente. Además del trabajo terapéutico in situ el acompañante puede aportar información acerca de la red del paciente y su cotidianidad, siendo así un elemento dinamizador en varios niveles. El acompañante terapéutico al estar en contacto con el paciente y su contexto observa formas de respuesta, favorece cambios, revisa estrategias respecto a su tratamiento y favorece la elaboración del contenido de la psicoterapia por el paciente. Pichon-Rivière y Pampliega (2002) definen su abordaje de la psicología social como una “crítica a la cotidianidad”, entendiendo esta crítica como un análisis objetivo de la misma. Desde esta especificidad de lo cotidiano el análisis servirá para ver si las organizaciones sociales y las “experiencias específicas” de los sujetos ayudan o entorpecen el crecimiento y la salud. El desarrollo saludable de las personas se debe realizar en una relación dialéctica con el mundo, consiguiendo una adaptación activa. El desarrollo de la subjetividad proviene de estas experiencias específicas, de la “experiencia de acción”, y de la relación que tienen los sujetos con sus necesidades. Pichon-Rivière entiende al hombre “como configurándose en una actividad transformadora en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el mundo; relación ésta que tiene su motor en la necesidad” (Pichon-Rivière & Pampliega, 2002, p. 11).

Otro elemento importante a destacar del desarrollo de Pichon-Rivière y Pampliega (2002) acerca de la cotidianidad es que esta misma muestra y oculta la “realidad social”. Según los autores la realidad social se muestra a través de los hechos, de esta forma, la práctica se convierte en la única forma de realizar un análisis objetivo de la cotidianidad. Se muestra, entonces, a través de la práctica pero también con la ruptura del “mito de lo obvio y lo natural”, que es donde se oculta la realidad social. Entre

estos mitos está el de la “cotidianidad uniforme”, homogénea, que se expresa en frases como: “los chilenos somos así, tenemos este modo de ser”. El mito oculta la heterogeneidad de las cotidianidades. Por otro lado, la cotidianidad oculta la realidad social en tanto la banaliza y la convierte en lo “natural”. Para realizar esta crítica que apuntan los autores hay que romper con el mito de lo obvio y lo natural y sumergirse en los espacios, tiempos y ritmos propios de la cotidianidad. Para este análisis objetivo de la cotidianidad el AT es sin duda un gran aliado dado que se desarrolla justamente en este espacio, tiempo y ritmo cotidiano.

IV. APLICACIÓN

Su intervención es aconsejada en el tratamiento de pacientes con trastorno mental grave y crónico (crisis psicóticas, depresiones, neurosis graves o re-agudizaciones, trastornos bipolares, trastorno límite de la personalidad y fobias), aislamiento social, conductas de riesgo, perturbación del entorno familiar, amenazas de interrupción del tratamiento y drogodependencias (Galdós & Mandelstein, 2009; Rossi, 2007; Simoes & Kirschbaum, 2005). El AT está siendo utilizado “sobre todo en aquellos casos en los que el usuario no dispone de los recursos necesarios (físicos, psíquicos o sociales) para acceder a los recursos sanitarios regulares de forma autónoma y sostener su tratamiento en el tiempo” (Galdós & Mandelstein, 2009, p. 81). El AT es una respuesta psico-social, un recurso alternativo en el medio socio-comunitario, para el abordaje de pacientes que requieren de una presencia institucional, tanto en la vida cotidiana como en la inmediatez de una crisis (Rossi, 2007). Esta intervención ofrece un apoyo domiciliario y en la comunidad, al tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapéutico, dando apoyo a las familias y a las personas en situaciones de crisis donde se desbordan los dispositivos tradicionales de tratamiento o cuando se elige un tratamiento de tipo privado.

Además de las mencionadas indicaciones en adultos el AT también se desarrolla con niños. En los últimos años ha aumentado su presencia dentro de programas psicopedagógicos (Rossi, 2007). De la misma forma que con el trabajo en adultos, el AT posibilita ampliar la tarea de las distintas disciplinas intervinientes cuando el tiempo

y el espacio del consultorio y/o institución resultan insuficientes. El AT facilita un seguimiento y una asistencia cotidiana en los ámbitos donde el niño requiere de la ayuda cercana de un “otro”, el sostén de un adulto extra-familiar en determinado momento de su desarrollo, frente a obstáculos que no llegan a superarse. Lo habitual es que en estos acompañamientos se atiendan niños “con perturbaciones psíquicas severas”: casos de debilidad mental, autismo, formas de psicosis infantiles, aquellos niños agrupados bajo el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD, según el DSM-IV), y problemáticas asociadas a enfermedades neurológicas-psiquiátricas. En el caso concreto del ámbito infantil pueden trabajar simultáneamente profesionales de distintas instituciones los cuales deberían buscar un espacio de diálogo transversal.

En la casuística concreta de la internación psiquiátrica Rossi (2007) enumera las siguientes indicaciones de AT: Riesgo suicida, riesgo autoagresivo, riesgo heteroagresivo, disminución del aislamiento y facilitador del proceso de resocialización. Para Rossi (2007) en las indicaciones agresivo-suicidas el AT reduce la necesidad de contención física o de medicalizar en exceso al paciente y se plantea desde un modelo en donde no se criminaliza la violencia o se culpabiliza a la víctima, sino en donde la violencia tiene el status de síntoma que debe ser solucionado apelando a recursos lo menos traumáticos posibles. La presencia del AT desde los primeros momentos de la internación trata de contrarrestar la pesada carga del aislamiento, construyendo las condiciones para el inicio del tratamiento. Después el AT ayuda a sostener al paciente y finalmente actúa como catalizador del proceso. La privación de la libertad es solo un medio para restituir la libertad que ha perdido por efecto de su enfermedad, en este proceso, el AT tiene una importante función en el “regreso al mundo exterior” y un recordatorio de esta libertad original.

El AT también tiene su espacio dentro de la geriatría. El acompañamiento en la vejez significa “caminar junto” al paciente en la aceptación del paso del tiempo, de la enfermedad y de las limitaciones. “El AT constituye un rol de múltiples funciones: compartir, escuchar, observar, ayudar a hacer cosas, a frenar impulsos, contener, estimular, etc. Y en particular en geriatría es una función que se puede asociar a cierta perspectiva del llamado maternaje” (Rossi, 2007, p. 176).

V. CARACTERÍSTICAS Y MODOS DE REALIZAR LA CLÍNICA DEL AT

La primera característica a destacar del AT es que es un dispositivo incluido dentro de un tratamiento y que opera en función de la estrategia del mismo (Rossi, 2007). Los objetivos y la intervención del acompañante se planifican en base a la estrategia con el profesional de referencia (psiquiatra, psicólogo, trabajador social,...) o conjuntamente con el equipo y en función de las necesidades del caso. Las actividades del AT se pactan con la familia. La participación del paciente en la planificación depende, como se explica más adelante, de su comprensión del tratamiento y de una mayor aceptación del vínculo con el acompañante terapéutico. De esta forma el AT varía según las negociaciones con cada una de las partes, paciente-familia-equipo, y se ubica en el centro de una lucha de intereses (Mauer & Resnizky, 2004). De igual forma que en el psicoanálisis la terapia debe reinventarse con cada nuevo paciente, este reinventarse encaja perfectamente en la práctica del AT que necesita adaptar el encuadre de acuerdo a las características e historia de cada uno de una manera más extensa y amplia (Nivoloni, 2008). El logro del AT se basa principalmente en la necesidad de adaptar el *setting* de acuerdo a las características y situación de cada paciente. Se trata de un abordaje personalizado, teniendo en cuenta a cada usuario en su particularidad, elaborando una estrategia individualizada en concordancia a su problemática y a sus capacidades propias de recuperación. El acompañante terapéutico debe ser flexible y convertirse en un promotor de las tareas, alguien capaz de contar, de acoger, de acompañar y pensar junto con el paciente (Mauer & Resnizky, 2004). Sus acciones en el caso del trabajo con pacientes psicóticos nunca deben guiarse por un concepto deficitario o excluyente de la patología (Barreto, 2006, en Nivoloni, 2008). De una forma más general el acompañante puede: ayudar a organizar actividades cotidianas, dentro y fuera del hogar, acompañar en salidas o en

el encuentro con otros (amigos, consulta médica, etc.), retomar actividades normalizadas (escuela, club, mundo laboral,...) y favorecer la relación del paciente con la familia y su entorno (Rossi, 2007).

Como se indicó antes este dispositivo se constituye dentro de la cotidianeidad del paciente. Está entre sus funciones el sostener el encuadre del tratamiento fuera de los espacios propiamente terapéuticos, mientras el paciente construye o reconstruye su red y/o se estabiliza en el tratamiento (Mauer & Resnizky, 2004). Al mismo tiempo, cumple una función de “andamiaje”, potenciando el desarrollo progresivo de las posibilidades del paciente. El AT representa una continuidad del tratamiento en la vida cotidiana, en el ámbito socio-comunitario, y utiliza los potenciales terapéuticos de esta cotidianeidad para abrir el campo de intervenciones con el paciente (Rossi, 2007).

El acompañante terapéutico como señalan Mauer y Resnizky (2004) se puede confundir con una figura similar a la del “amigo”, de hecho como señalamos en los antecedentes históricos, el AT comenzó con el término “amigo cualificado”. La inclusión de la palabra “terapéutico” ayuda a diferenciar al acompañante de un amigo y enfatiza el proceso clínico. El espacio cotidiano y el tiempo extenso en que se realiza el AT pueden llevar fácilmente a la indiferenciación del acompañante con la figura del amigo. El rol de amigo puede incluso ser una posición tentadora para el profesional, como una posición de poder y de mayor confianza, que el acompañante terapéutico se presente como amigo frente al paciente, a partir del vínculo terapéutico, al contrario de ayudar a fortalecer la construcción del mismo, puede servir como un elemento que distorsiona el proceso terapéutico en sí. “A partir del momento en que todas las diferencias mutuas son apagadas, o disfrazadas, es generado un tipo de vínculo ilusorio, con alto grado de ambigüedad que a corto o a largo plazo inhibe el trabajo desarrollado” (Mauer & Resnizky, 1987, en Nivoloni, 2008, p. 2).

La primera de las funciones del acompañante terapéutico indicadas anteriormente es la de “contener al paciente”. Contener es dar apoyo al paciente en cualquier situación que este considere angustiante. La contención es fundamental y constituye la primera función del acompañante terapéutico durante todo el proceso. El acompañante terapéutico se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo. Acompaña y ampara en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza, e incluso en aquellos momentos de mayor desequilibrio (Mauer & Resnizky, 2004).

El concepto de *holding* de Winnicott alude de modos diversos a la necesidad de contención, propia de patologías graves. Winnicott define la función de *holding* como todo lo que en el medio ambiente puede ofrecer a una persona la experiencia de continuidad, de constancia tanto física como psíquica (Winnicott en Nivoloni, 2008). En el AT el *holding* se refleja en la disponibilidad de otra persona para permanecer junto al paciente atento a sus necesidades en el devenir del tiempo, en una dimensión de apoyo y resguardo (Nivoloni, 2008). Este “permanecer en el tiempo” crea el espacio para que el acompañante terapéutico se ofrezca como “sombra” del paciente, como referencia corporal, una presencia concreta de un cuerpo que circula con el paciente por lo cotidiano. Esta sombra ayuda y estimula el desarrollo simbólico del paciente psicótico funcionando como el escenario de las proyecciones e identificaciones (Mauer & Resnizky, 2004).

El acompañante terapéutico, como también se señaló en las funciones, es para su paciente un “referente”, un organizador psíquico que le ayuda a regularse (Mauer & Resnizky, 2004). El acompañante se convierte en un “semejante” que funciona como soporte, ofreciendo una presencia implicada, comprometida con la dolencia del

paciente. De esta forma el hecho de, por ejemplo, salir a la calle o realizar cualquier actividad cotidiana con seguridad crea el espacio para que el paciente habite el mundo en una forma diferente. El acompañante debe funcionar ante el paciente como modelo de identificación, debe enseñarle diferentes formas de interactuar y reaccionar ante diversas situaciones. Mauer y Resnizky ponen de relieve que:

El acompañante terapéutico, al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, intenta y muestra al paciente, in situ, modos diferentes 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, a esperar y posponer (2004, p. 32) y por último, porque ofrece la posibilidad de adquirir, por la identificación, los mecanismos de defensa más adaptables (1987, en Nivoloni, 2008, p. 7).

Mauer y Resnizky (2004) desde la perspectiva psicoanalítica conceptualizan el trabajo del acompañante terapéutico como una experiencia intersubjetiva que favorece la disponibilidad para proporcionar condiciones de simbolización y subjetivación aptas para el despliegue del trabajo psíquico. Esta disponibilidad la definen como “móvil”, como estado mental, y la conectan con la idea de auxilio ajeno de Freud, que éste definía como la acción específica necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento. El acompañante tiene que ayudar al paciente psicótico a conseguir un mayor acceso a lo simbólico, explotar sus recursos y capacidad creativa. Valorar los recursos y capacidades del paciente psicótico significa no negar su estructura psíquica, es decir, no negar a la propia persona, no obligarlo a convertirse en “lo que no es” ni a identificar ese “lo que no es” con la naturaleza humana (Rossi, 2007).

El debilitamiento del Yo en los pacientes psicóticos hace necesario un “organizador psíquico” externo y este rol lo debe asumir el acompañante terapéutico. “La fragilidad extrema del paciente se manifiesta con frecuencia en inadecuación y desajustes, falta de dominio, retracción, y hasta desinvestidura de aspectos vitales que no puede encarar por sí mismo” (Mauer & Resnizky, 2004, p. 32). El acompañante terapéutico se puede entender como un yo auxiliar, alguien que puede pensar junto con el paciente, ayudándolo a descifrar lo que viene de adentro y lo que viene de afuera. Este Yo auxiliar asume las funciones del yo del paciente y puede decidir por él cuando este no se encuentre en condiciones, eso sí, “sin dejar de percibir, fortalecer y desarrollar las capacidades latentes y manifiestas del paciente, activando siempre la estimulación de los aspectos más sanos de su personalidad” (Barreto, 2006, en Nivoloni, 2008, p. 7). Mauer y Resnizky señalan que:

Desde la fase diagnóstica, el acompañante terapéutico tratará de examinar las capacidades manifiestas y latentes del paciente. A lo largo del proceso terapéutico, estimulará el desarrollo de las áreas más organizadas de su personalidad. La canalización de las inquietudes del paciente cumple un doble objetivo: sirve para liberar la capacidad creativa inhibida y tiende a la estructuración de la personalidad alrededor de un eje organizador. Al proponer y ayudar a investir tareas acordes con los intereses del paciente, se lo ayuda a reencontrarse con la realidad y se promueve y refuerza en él 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 (2004, p. 33).

Mauer y Resnizky (2004) consideran que no es solo la persona que ha sido diagnosticada con alguna enfermedad la que necesita ayuda, sino que más bien esta persona refleja una estructura familiar con ciertas características. El problema, por lo tanto, no está centrado en el sujeto “enfermo” sino en su contexto familiar. Y es por esto que la manera de abordaje debe considerar a la familia dentro del proceso de

acompañamiento. A través de esta estrategia de intervención, a través del vínculo, incluyendo el contexto familiar y social, se espera la inclusión del sujeto.

Entre las funciones del AT descritas por Mauer y Resnizky (2004) está el “habilitar un espacio para pensar”, este espacio discursivo se habilita en el vínculo y se nutre del intercambio comunicativo con el paciente, un intercambio que debe crecer en el proceso terapéutico.

En el desarrollo del vínculo entre el acompañante terapéutico y el paciente Mauer y Resnizky (2004) distinguen “aperturas, desarrollos y desenlaces” en forma de cinco movimientos:

- Primer movimiento: Inicio de relación

Las autoras diferencian dos tipos de inicio dependiendo de las actitudes del paciente. El primero es el de las actitudes dominantes que pueden provenir de la sospecha y la desconfianza. En este caso hay un predominio de las ansiedades persecutorias y tienden a frenar todo el proceso de integración y a mantener las distancias. Es una perspectiva sin colaboración con el tratamiento. La segunda, cuando predomina la transferencia masiva, abrupta y prematura, entonces se produce una relación simbiótica con una idealización del acompañante.

- Segundo movimiento: Mayor aceptación

Después del reconocimiento y ajuste mutuo, la relación acompañante-paciente comienza a hacerse más accesible para ambos. La empatía y el sentido común del acompañante se hacen aquí necesarios para desplegar las distintas maniobras

terapéuticas fijadas en la estrategia de abordaje que el equipo establezca. En esta etapa, las actividades ya pueden planificarse junto con el paciente, siempre que éste manifieste una actitud de mayor compromiso con el tratamiento. A medida que el acompañante desarrolla su tarea, el paciente va comprendiendo los roles que aquel cumple dentro del equipo.

- Tercer movimiento: Consolidación del vínculo

La consolidación del vínculo es el momento del proceso en el que el paciente y su acompañante terapéutico comparten algo más que un contrato de trabajo con objetivos a cumplir. Este hecho suele promover tanto en el acompañante como en el paciente constantes replanteos respecto del significado de sus roles. En esta parte del proceso, cuando hay una relación consolidada con el paciente, hay que destacar la importancia, en este punto, de asumir la relación con el paciente con responsabilidad y criterio profesional y hacer lo posible por no confundir los roles como se indicaba acerca de la diferenciación del rol de “amigo”. En este punto los *actings* o momentos regresivos, los altibajos en la evolución clínica del paciente, provocan vivencias contratransferenciales complicadas en el acompañante. La mejor forma de evitar la conraidentificación es la evaluación periódica y la supervisión. Rossi, G. también destaca la importancia de la supervisión en el AT, pero no solo del acompañante sino de todo el equipo.

- Cuarto movimiento: Finalización del acompañamiento

El final esperado, el que las autoras llaman “despedidas de lujo”, es en el que se da una separación planificada, gradual, respetuosa del tiempo del paciente y elaboradora del duelo por la despedida. Esta despedida deseada no es la que se da normalmente en el trabajo con “familias psicóticas”. Mauer y Resnizky señalan que en la mayoría de

los casos se da una separación “abrupta” en que los pacientes son “arrancados” del tratamiento y la despedida es un “hecho consumado”.

“El acompañante terapéutico se implica en el mundo del paciente, escuchándolo sin miedo, sin emitir juicios valorativos, sin apresurarse a indicar si lo que dice se corresponde o no con la realidad y sin interpretar” (Mauer & Resnizky, 2004, p. 36-37).

VI. EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PEÑALOLÉN

La Comunidad comienza a funcionar en 1989 y desde sus comienzos definieron su trabajo como “acompañamiento y cuidados comunitarios”, de esta forma siempre ha estado presente en su trabajo el concepto de “acompañar”, más allá de si era o no un acompañamiento terapéutico. El trabajo en la Comunidad lo realiza un equipo interdisciplinario y está destinado a la inclusión social de personas con trastornos psiquiátricos severos en situación de exclusión social y de escasos recursos. Desde la Comunidad consideran primordial el tema de los derechos, en concreto el “acceso a los derechos”.

El AT se sitúa dentro del trabajo de la Comunidad como una herramienta para facilitar este acceso a los derechos. Lo que convirtió las intervenciones de terreno y “acompañamientos” de sus inicios en AT fue la necesidad de un “aparataje” mayor, es decir, la necesidad de mayor coordinación y registro de los acompañamientos. Esta necesidad surgió de situaciones más complejas las cuales demandaban más atención, tiempo y coordinación. La complejidad de estos casos es mayormente situacional, va más allá de la desorganización psíquica del usuario, y contempla cuestiones concretas como el “llegar a”, volviendo de nuevo al acceso a los derechos en sus elementos más primarios como el propio desplazamiento o la movilidad, porque como señala Gloria Silva, terapeuta ocupacional, “no van a llegar solos”, refiriéndose a personas que además de tener un trastorno psiquiátrico no cuentan con los recursos económicos ni el apoyo de sus familias. Los acompañamientos han tenido este signo desde los

inicios en la Comunidad, han sido una ayuda para el acceso a los derechos de los usuarios además de un soporte en la cotidianidad. Empezaron a trabajar con AT propiamente dicho, es decir, a denominarlo de esta forma, en el año 2006.

Para ilustrar los comienzos del AT en la comunidad Gloria Silva explica el caso de Ricardo. En ese momento el equipo contaba con dos terapeutas ocupacionales, cuatro psicólogos, que llevaban la atención psicológica (tutorías), dos estudiantes en prácticas de terapia ocupacional y una estudiante en prácticas de técnico en rehabilitación. Todo el equipo de la Comunidad trabajó en el acompañamiento de Ricardo. En este caso se daba la necesidad de ayudar a Ricardo a “llegar a” la comunidad, al hogar protegido, a la red de salud y por otro lado estaba el trabajo con la familia. En este caso el AT se daba en un formato de “relevos”, la situación era tan compleja que hacía necesario el trabajo de varios acompañantes, todo el equipo participaba en los acompañamientos. Ricardo llegaba siempre corriendo a la Comunidad, tenía miedo a todo, todo estaba referido a él y estaba siempre muy agitado, vivía en un sector marginal con alta vulnerabilidad y sufría de violencia en la casa y en la calle. El acompañamiento se realizaba en un continuum durante todo el ciclo diurno de la vida de Ricardo. En la Comunidad, Ricardo siempre tenía un referente, él por sí solo no podía “estar” en ninguno de los talleres o en las tutorías, no podía detenerse. Con el tiempo lograron que Ricardo se sostuviera más tiempo en los espacios. El AT también se daba en espacios más “amenazantes” para Ricardo como los trámites o en las visitas médicas, en este punto se destaca la importancia que el “llegar a” significaba mucho trabajo inicial para poder dotar de autonomía a los usuarios. En el caso de Ricardo era aún más complejo pues si no se le acompañaba a las visitas médicas él no iba, no podía ir.

Gloria Silva destaca el sufrimiento mental de Ricardo, su madre era depresiva y no le otorgaba ninguna autonomía. Ricardo vivía con una familia numerosa con una gran

multiplicidad de problemáticas además de cierto grado de hacinamiento. Con la familia trabajaron los vínculos, sobre todo con la madre, favoreciendo la diferenciación, para ayudar a Ricardo a subjetivarse, lo cual implicó trabajar también en la casa. El trabajo en su casa también tenía que ver con su “lugar” en la casa, el aseo y el mejoramiento de sus condiciones de vida. Entre todos los aspectos del trabajo con Ricardo se destacó que él tenía muchas preguntas y su madre reaccionaba diciendo “está más loco que nunca”, mientras que el equipo apuntaba que el que hiciera esas preguntas significaba que estaba pensando. Ese espacio que permitía las preguntas dentro del AT era el ya mencionado “habilitar un espacio para pensar”.

Finalmente pensaron que sería positivo para Ricardo que saliera de la casa e ingresase a un hogar protegido por un tiempo. En ese proceso se acabó de ampliar el ámbito del AT. La entrada en el hogar significaba introducirse poco a poco, estar con él y permitirle encontrar un espacio, ya que su manera de entrar en los diferentes espacios era el de “irrupción”. Para evitar esta irrupción se necesitaba “estar ahí”, convertirse en referente, y contener para que entrara de “a poco”. Este trabajo en el hogar no era solo con Ricardo sino también con los otros residentes y las monitoras, lo que podría tener su paralelo con el trabajo integral con la red. De este acompañamiento que significaría el inicio del AT como tal en la Comunidad, Gloria Silva señalaba el trabajo diario y constante con este tipo de usuarios: “hay que recoger al sujeto para poder armarlo y ese armarlo es todo los días. Como si cada día se empezase todo de nuevo pero sin negar la experiencia.”

El caso de Ricardo supuso una mayor coordinación y registro de los acompañamientos. Desde este punto en la Comunidad denominarían su acompañamiento como terapéutico, en este punto su trabajo ya reunía las características del AT, tanto las funciones, descritas en este trabajo, como su inscripción dentro del proyecto terapéutico y las supervisiones de equipo. Entre las

características del AT Gloria Silva explica que el “no interpretar” significa “estar disponible”, realizando una actuación más pragmática y dejando la interpretación para el equipo durante las tutorías.

Pero aquello que caracteriza de mejor forma el AT en la Comunidad es el “acceso a derechos”. Gloria Silva señala que dentro del derecho a la salud está el derecho a la rehabilitación. Otro derecho que destaca Gloria Silva y que es uno de los pilares básicos de la rehabilitación es el “derecho a la autonomía”. La autonomía debe ser un objetivo en el AT y en la Salud Mental en general. Al respecto, como se señalaba anteriormente sobre los pacientes psicóticos o con un Yo débil, hay muchos casos o situaciones en que se debe decidir por el paciente para ayudar a salir a delante, como en cuestiones concretas de alimentación, higiene, cuidado personal, etc. Pero este Yo Auxiliar debe promover la organización de los deseos, ayudar a elegir y decidir de forma autónoma. Para ello hay que crear espacios de decisión y dar el tiempo y apoyo necesario para que puedan emerger las necesidades propias, entonces la meta es escuchar: “yo quiero...”. Para generar estos espacios hay que tener conciencia del poder del acompañante terapéutico. Como señala Gloria Silva el acompañante terapéutico entra en la casa del usuario, se relaciona con la familia, conoce su historia y está en una franja tan cercana que su opinión puede ser sobrevalorada. “En un espacio que se encuentra en constante cambio (distinto al recinto cerrado de cualquier institución), requiere de un continuo recuerdo de los roles de los profesionales y las características del recurso” (Galdós & Mandelstein, 2009, p. 11).

En la Comunidad se realiza supervisión del acompañamiento y del equipo, semanal y mensual respectivamente. Gloria Silva señala que las supervisiones van más allá del “auto cuidado”, son un espacio para “hablar de lo que te está pasando” y del trabajo. Las supervisiones de equipo las realizan psicólogos externos a la comunidad y las terapeutas ocupacionales del equipo se ocupan de la supervisión de los

acompañantes. El AT en la Comunidad se realiza por estudiantes en prácticas de terapia ocupacional, por periodos de dos meses y que son enlazados por las terapeutas ocupacionales del equipo de la Comunidad.

La Comunidad tiene reuniones de coordinación periódicas con CRS Cordillera y de seguimiento de algunos casos concretos del COSAM de Peñalolén, pero el interés por el AT siempre ha sido a título de interés personal. Con respecto de la relación del AT y el contexto institucional de la Comunidad, como se indicó en la introducción, el trabajo de AT de la Comunidad no está contemplado como estrategia dentro de su convenio con el Servicio de Salud Oriente. El trabajo de la Comunidad lo supera ampliamente. El convenio implica solamente la participación en talleres, la atención individual y el desarrollo de habilidades sociales. Gloria Silva señala que “hay muy poco conocimiento y conciencia de lo que se necesita para lograr lo que hay que lograr”. En este aspecto parece que se desconoce desde el sistema de salud mental los referentes y la contención necesarios para desplegar las habilidades sociales.

En un plano más amplio, el trabajo en la Comunidad evidencia una importante divergencia con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, es decir, con la orientación política chilena en salud mental. Esta diferencia se centra en los conceptos de integración e inclusión social. El concepto de integración social es el utilizado por el Plan Nacional y se define `por la “normalización” de los enfermos mentales. Según Gloria Silva esta perspectiva se reduce a que el sujeto funcione y que entre a formar parte del sistema. El trabajo en la Comunidad se orienta hacia la inclusión social, siendo está una perspectiva más problematizadora que está enfocada a generar desde el contexto las oportunidades para que las personas puedan desarrollarse, respetando su manera de estar, y permitirles acceder a sus derechos como ciudadanos.

VII. DISCUSIÓN

En este trabajo se esboza la clínica y la teoría del AT, un dispositivo que funciona dentro del servicio público de países como Argentina, Brasil y España. El AT ha crecido en estos países desarrollando su conceptualización de la práctica y produciendo numerosas publicaciones. Su inserción en instituciones asistenciales ha sido sostenida en el tiempo, se ha creado un sistema docente y de capacitación para la legitimación académica y la sistematización de la enseñanza. La constitución del AT como especialidad en el área de salud tiene en estos países desarrollos diferentes pero ya se ha conformado una “capa profesional” que ha producido, desde su práctica pública y privada, un cuerpo teórico-clínico particular y asociaciones profesionales. Dos de los problemas que destaca Rossi (2007) para el desarrollo del AT son: la falta de reconocimiento legal de la figura del acompañante terapéutico y los costos del dispositivo.

El primero de estos problemas, la falta de reconocimiento, evidencia la resistencia política a legitimar dispositivos como el AT dado que muestran las falencias de las redes que no están funcionando correctamente. El AT hace que las personas tengan más conciencia de sus derechos y eso finalmente hace ruido en un sistema de control social que estigmatiza y aísla. El AT como acción de red implica una evaluación constante del sistema. Por ejemplo, cuando se “acompaña” a un paciente a una consulta psiquiátrica el médico se ve obligado a escuchar, no puede simplemente dar de forma automática la prescripción médica, como sucede habitualmente en casos

cronificados. El AT es un recordatorio que los pacientes no dejan de ser, por su situación de discapacidad de causa psíquica, ciudadanos de pleno derecho.

El segundo de los problemas señalados por Rossi (2007) es el de los costos. Claramente el AT es un dispositivo que requiere muchos recursos. Pero el tema de los costos suele tener un planteamiento “cortoplacista” desde las instituciones de los estados democráticos occidentales, que tienden a cambiar sus políticas según los periodos electorales. Estas perspectivas sin demasiada visión de futuro, en salud mental, tienen como pilares básicos la internación y la medicalización. Esta política no considera el beneficio, incluso a nivel económico, de evitar la cronificación y el deterioro del estado de salud de las personas. Rossi plantea que “sería más económico en un largo plazo tener afiliados que no se reiteren continuamente, que no se medicalicen innecesariamente, que puedan usar aquello que de terapéutico tiene su medio ambiente natural (su familia, su barrio, su actividad laboral, educativa, etc.)” (2007, p. 196). El mismo autor defiende que la desinstitucionalización presenta muy buenos resultados en costo/efectividad. Con respecto del AT afirma que en el corto plazo los gastos aumentan pero que a mediano y largo plazo, en la medida que se le dé un buen uso, reduce los costos de asistencia ya que sostiene los avances del tratamiento. La efectividad del AT es difícilmente cuantificable dada la variabilidad de las situaciones, por ello se debería estudiar caso por caso. El estudio de la efectividad en AT debería realizarse con multitud de variables, intentando abarcar todo el proceso de AT.

Desviat afirma que:

El cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad se convierten pronto en el objetivo común de todos los procesos de reforma psiquiátrica; desinstitucionalización y consecuente

encuentro con la comunidad que plantea, más allá del inicial ingenuo optimismo, la necesidad de desarrollar nuevas herramientas, desde la clínica a la prevención y a la rehabilitación (2007, p. 89).

El modelo de internación psiquiátrica, como se ha indicado en los antecedentes históricos, no era sostenible en el tiempo y además partía de presupuestos llamativamente erróneos que solo evidenciaban su uso como herramienta de control de las personas con discapacidad por causa psíquica. El principal error de la internación tenía que ver con su duración, no existe crisis que dure años, en cambio, las internaciones se han mantenido por años y, en muchos casos, para siempre. Hay personas que pueden necesitar un tratamiento de por vida pero eso no implica que sea crónico. “La cronicidad se produce cuando no quedan objetivos terapéuticos” (Laurent en Rossi, 2007, p. 197). El AT es una de las nuevas herramientas que aparecieron fruto de la reforma y que ayudan a evitar esta cronificación del enfermo mental.

En Chile, la reforma psiquiátrica se definió con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, el cual plantea una perspectiva de inserción social que impone un modelo de rehabilitación en el cual la persona transita por talleres laborales y círculos cerrados, se le empuja hacia un margen, estigmatizándolo con la etiqueta de enfermo mental. La realidad se reduce a que el sujeto funcione, que entre en el sistema. El planteamiento que debería hacerse espacio progresivamente es el de la inclusión social. Esta línea trabaja para evitar la segregación y considerar a la persona que atraviesa un padecimiento psíquico como ciudadano de pleno derecho. Esta perspectiva de trabajo es la propia de la Comunidad como se indicó anteriormente.

La inclusión social se debe plantear de una forma intersectorial, teniendo en cuenta los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como la educación, la vivienda, el trabajo y la salud. El acceso al trabajo, a pesar de ser un derecho, no es un proceso fácil para quien no lo tiene, lo cual da que pensar que para una persona en situación de discapacidad resultará mucho más dificultoso. La inserción laboral significa, en los casos de personas con discapacidad por causa psíquica, un proceso de irse aproximando a los lugares de una forma paulatina. La consigna no debe ser el trabajo protegido sino un trabajo más flexible. La inclusión social necesita de un importante trabajo en red para ligar lo político con el sujeto y sus derechos. Este trabajo supera, sin duda, la labor del AT por sí solo y necesita ya no solo del trabajo con el equipo tratante y las redes comunitarias sino también de políticas de estado que, partiendo del conocimiento de estas realidades, atiendan las necesidades especiales de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica.

La experiencia de AT en la Comunidad muestra el ámbito social de este dispositivo como un medio para el acceso a derechos y como herramienta de rehabilitación social. Pero en tanto trabaja independientemente también evidencia la falta de una intervención sistemática por parte de los trabajadores y asistentes sociales que deberían ser los encargados de facilitar el acceso a derechos. El AT debería centrarse en “aportar” al proceso de cura, ampliando el tratamiento con otras herramientas.

El mencionado Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría como señala Cavacini “tiene como propósito fundamental el contribuir a que, tanto las personas afectadas por una enfermedad mental, como sus familias y las comunidades, alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí, y con el medio ambiente” y que “se caracteriza por privilegiar la atención ambulatoria (por sobre la atención cerrada), y lo más cercana al domicilio de las personas y familias” (2009). Estas directrices tienen mucho en común con el AT, de hecho están inspiradas en las

mismas ideas reformistas. El AT al desarrollarse en la cotidianidad de los pacientes promueve la interacción con la comunidad y familia, y es un dispositivo que facilita la salida de la “atención cerrada”. También se destaca aquí el uso terapéutico del medio ambiente natural.

El AT podría ser un dispositivo de gran ayuda en Chile en comunidades terapéuticas, como se puede ver en el desarrollo de la experiencia de la Comunidad, pero también en hogares protegidos, como se veía en el caso de Ricardo, hospitales de día, centros diurnos o programas de apoyo. En estas instituciones asistenciales el AT podría formar parte del equipo multidisciplinario de la Unidad de Salud Mental correspondiente. La experiencia del AT en la Comunidad muestra que este dispositivo es un facilitador de acceso a derechos y un elemento que permite el trabajo con las familias, la comunidad y las instituciones. En el hospital de día el encaje es aún más favorable pues el AT trabaja con los mismos objetivos. Los objetivos descritos por Cavacini, D. (2009) del hospital de día son la prevención de recaídas, disminuir la hospitalización cerrada, mejorar la dinámica familiar, mejorar la adherencia al tratamiento y la incorporación de las familias en el proceso terapéutico. Estos objetivos son comunes al AT, como se explica a continuación. El AT ayuda a la prevención de recaídas ya que aporta información de las situaciones que en la cotidianidad del paciente exponen su falta de defensas y se trabaja para fortalecerlas. Disminuye la hospitalización cerrada en tanto es un recurso utilizado para la externación y una herramienta para la inclusión social. Acerca de las dinámicas familiares es evidente que el AT trabaja para mejorarlas desde dentro, implicando al entorno familiar y comunitario en el tratamiento. La adherencia al tratamiento queda reforzada por el AT ya que este ayuda a sostener el propio tratamiento. En estos puntos y en el desarrollo de todo este trabajo se pueden observar las convergencias entre el AT y los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Para implementar el AT en Chile no basta con el Plan Nacional, que en sí mismo es solo una declaración de principios. Se necesitan leyes. En 2010 se aprobó la Ley N° 20.422 de Igualdad de oportunidades para la inclusión social. En esta ley se descubren avances en la línea de la inclusión social, creando un espacio más claro para el desarrollo del AT. Anteriormente desde la Comunidad se había trabajado con la idea de incluir el AT como ayudas técnicas. Pero una ayuda técnica podía ser simplemente un bastón y se definía como “los elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente” (información obtenida del sitio web www.senadis.gob.cl). El encaje del AT como ayuda técnica era mucho más complicada que con la figura de la mencionada ley de los “servicios de apoyo”. Estos se definen según el manual de la propia ley como “toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional” (Información obtenida del sitio web www.senadis.gob.cl). Desde este punto se puede plantear una inserción del AT en Chile aprovechando el desarrollo de esta especialidad en los países vecinos y el impulso de la salud mental comunitaria.

Gloria Silva plantea que el AT en Chile se debería instalar desde el SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad) o desde el Ministerio de Desarrollo Social. La exclusión del Ministerio de Salud, como primera opción, viene del peligro que desde este el AT no se enfocase hacia la intersectorialidad. Para Gloria Silva el AT, como se señalaba antes, debe ser una estrategia en función de la intersectorialidad. La coordinación en este respecto tendría que no solo contar con salud sino también con educación, trabajo, vivienda, etc. En todos los ministerios debería haber responsables que atendieran a las necesidades especiales y que conozcan estas realidades.

Quisiera concluir este trabajo con un cita que creo ilustra el objetivo del camino reformista. “La salud mental comunitaria exige unos servicios públicos en el horizonte del estado del bienestar y una participación ciudadana que va más allá de la óptica del consumidor, una ciudadanía responsable que incorpora valores democráticos y responsabilidad compartida” (Desviat, 2007, p. 89.).

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Carpintero, E. & Vainer, A.; *La historia de la desaparecida Federación Argentina de Psiquiatras (FAP)*. Recuperado el 1 de agosto de 2012, del sitio Web de Tòpia en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-historia-de-la-desaparecida-federaci%C3%B3n-argentina-de-psiquiatras-fap-0>
2. Cavacini, D. (2009). *La Salud Mental de Chile*. Disponible en el sitio Web Tòpia en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-salud-mental-de-chile>
3. Desviat, M. (2007). Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* (3) 1, 88-96.
4. Galdós, J., & Mandelstein, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Transtorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial*, 18 (1), 75-88.

5. García, G. y Ramírez, J. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social* (10) 1, 61-74.

6. Mauer, S. K. & Resnizky, S. (2004). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica* (2ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Letra Viva.

7. Nivoloni, J. M. (2008). El acompañamiento terapéutico y la psicosis. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*. 1 (5). Disponible en el sitio web de la Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental de la Universidad de Salamanca:

<http://psi.usal.es/rppsm/pdfn5/elacompañamientoterapeuticoylapsicosis.pdf>

8. Pichon-Riviere, E. & Pampliega de Quiroga, A. (2002). *Psicología de la vida cotidiana* (7ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Editorial Nueva Visión.

9. Rossi, G. P. (2007). *Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* (1ª. Ed.). Buenos Aires, BS, Argentina: Polemos.

10. Simoes, C., & Kirschbaum, D. (2005). Produção científica sobre o acompanhamento terapêutico no Brasil de 1960 a 2003: uma análise crítica. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 26(3), 392-402.