

2017-03-27

Dispositivos terapéuticos en el campo de la salud mental: el rol del acompañante terapéutico en los tratamientos ambulatorios

Martínez, María Agustina

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/560>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
Facultad De Psicología

Investigación de Pregrado

Título:

***“Dispositivos terapéuticos en el campo de la salud mental:
El rol del acompañante terapéutico en los tratamientos ambulatorios”***

*Trabajo final de Investigación Requisito Curricular del Plan de Estudios 1989
OCA 143/89*

Cátedra de Radicación:

Seminario de Hospital Público y Procesos de Transformación Institucional

Supervisor:

Dr. Cingolani Juan Marcelo

Apellido, Nombre y matrícula de la alumna:

Martinez, María Agustina 6686/04

"Esta Tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Martínez, María Agustina (Mat. 6686/04) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora".

"El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por la alumna Martínez, María Agustina (Mat. 6686/04), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 12 días del mes de Noviembre del año 2015".

Firma, aclaración y sello del Supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor

Manifiesto que la estudiante María Agustina Martínez ha realizado con la presente Tesina de grado. Quiero destacar su dedicación y sensibilidad social para llevar adelante el plan de trabajo, pudiendo alcanzar los objetivos previamente establecidos. Con esmero ha abordado una propuesta original, que ha sido elaborada con un alto nivel de compromiso y sensibilidad social, al mismo tiempo que con rigurosidad científica, constituyendo de este modo esta Tesina, un valioso aporte para el campo del acompañamiento terapéutico y de la salud pública a nivel local.

Dr. Juan M. Cingolani
Supervisor

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Martínez, María Agustina (matrícula N° 6686/04)"

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

INDICE GENERAL

Capítulo 1 Introducción

Capítulo 2 Marco teórico

- 2.1 Hacia una definición de salud mental
- 2.2 Sobre el proceso salud - enfermedad
- 2.3 Arqueología de la locura
- 2.4 Experiencias de desmanicomialización en Argentina
- 2.5 Características del sistema socio sanitario argentino, perspectiva histórica
- 2.6 Los orígenes del acompañamiento terapéutico
- 2.7 El acompañamiento terapéutico como dispositivo

Capítulo 3: Metodología

- 3.1 Tipo de estudio
- 3.2 Objetivos
- 3.3 Muestreo / participantes
- 3.4 Instrumento
- 3.5 Procedimiento
- 3.6 Registro de la información
- 3.7 Unidad de análisis

Capítulo 4: Resultados

- 4.1 Objetivo 1
- 4.2 Objetivo 2
- 4.3 Objetivo 3

Capítulo 5: Conclusión y reflexiones finales

Capítulo 6: Referencias Bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

Las motivaciones que impulsaron esta investigación nacen en la práctica personal como acompañante terapéutico por parte de la autora, como también a raíz de la necesidad de problematizar sobre la situación del sistema de salud público, es decir, poder visibilizar qué es lo que sucede en las instituciones de Mar del Plata con los abordajes ambulatorios en salud mental. ¿Existen nuevos dispositivos que trabajen hacia la integración socio comunitaria de quienes presentan padecimientos psíquicos? ¿Son dichos dispositivos reconocidos por los profesionales de la salud mental? ¿Cómo es valorado su aporte?

A partir de ello, se indagará puntualmente sobre el rol del acompañante terapéutico, su inserción en el sistema público de salud en las instituciones que sostienen un abordaje ambulatorio, analizando la valoración por parte de los profesionales que integran equipos interdisciplinarios dentro de las mismas. Teniendo en cuenta las actuales transformaciones en el sistema público de atención en salud mental en Argentina y específicamente en la ciudad de Mar del Plata. El contexto socio histórico en el que se inscribe este estudio es la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada en el año 2010, en donde se torna explícita la paulatina reformulación de los sistemas tradicionales de atención y tratamiento, y se enfoca en el Paradigma de la Salud Mental Comunitaria. Centrando su atención fuera del ámbito de internación hospitalario preferentemente, el eje es puesto en la comunidad y responde a los principios de la Atención Primaria de la Salud. Desde esta línea, se intentará conceptualizar el acompañamiento terapéutico como un dispositivo que pretende afianzar los lazos entre las personas con sufrimiento psíquico y su entorno de pertenencia.

En primer lugar se desarrollará el marco teórico que sustenta la presente investigación, partiendo por las concepciones actuales de salud y de salud mental que sostienen los organismos nacionales e internacionales, como también el proceso de salud- enfermedad, para abordar desde allí los diferentes modelos y niveles de atención.

Se realizará luego una caracterización del sistema socio sanitario argentino, para dar cuenta de los rasgos estructurales, su forma de organización y sus instituciones, junto a los inicios del campo de la salud mental en Argentina.

Seguidamente se describirán las experiencias de reconversión de los servicios de atención en salud mental, junto con algunas de las prácticas desmanicomializadoras que acompañaron este proceso. En función de estos desarrollos, se conceptualizará sobre el acompañamiento terapéutico: sus orígenes, su consolidación y la situación actual de la práctica en Argentina.

En el siguiente apartado se especificarán los aspectos metodológicos que guiaron el estudio incluyendo los objetivos, los participantes, la selección de la muestra, el instrumento y registro de la información, como también su procedimiento y la unidad de análisis del mismo.

Posteriormente se expondrán los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas realizadas y de la información recabada de las diferentes fuentes consultadas. Los mismos se organizarán en función de los objetivos planteados, para desarrollar luego las posibles discusiones sobre los temas trabajados y conclusiones.

Finalmente, se detallarán las referencias bibliográficas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 *Hacia una definición de Salud Mental*

Analizar los dispositivos abiertos en el campo de la Salud Mental implica reflexionar acerca de las concepciones sobre la salud, y sobre la salud mental en particular, tomando como referencia las definiciones actuales y las dimensiones contempladas que sirven de fundamento y sustento teórico- axiológico de tales dispositivos.

La Organización Mundial de la Salud (2011) define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano (OMS, 2011).

Partiendo de esta definición, es posible avanzar hacia una conceptualización de la salud mental como un estado de *bienestar*, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2011). Según esta perspectiva, la *vivencia subjetiva de bienestar* da cuenta de la construcción activa y dinámica del proceso de salud enfermedad.

Según lo establecido por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, y en el marco de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se reconoce la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable.

Por otro lado, la Ley 26.657 impulsa la implementación de acciones de inclusión social y laboral y la promoción de lazos comunitarios, a través de la construcción de una red de servicios con base en la comunidad. El paradigma bajo

el cual son pensadas dichas formas de trabajo en red con base en la comunidad es el de la Salud Mental Comunitaria, en oposición al denominado Modelo Médico Hegemónico. Este modelo, cuya base amplía e incluye nuevos actores e intervenciones, es articulador de diversas disciplinas, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el acompañamiento terapéutico, el saber de la comunidad y el del propio usuario.

Vinculada a los procesos de transición entre los diferentes modelos de atención en salud, la salud mental comunitaria acompañó la reformulación de los sistemas tradicionales en salud mental, tal como sucedió en las últimas décadas en los países latinoamericanos de Brasil y Chile. La reconversión de los servicios en salud mental se impulsó en los años 90, bajo la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Declaración de Caracas 1990). En ella se establecieron los principios básicos sobre la atención en Salud Mental, sentado un precedente histórico a nivel regional. El énfasis fue puesto sobre la atención centrada en el hospital psiquiátrico, la cual debe ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad (OMS, 1990). Siguiendo esta línea se ha planteado al hospital psiquiátrico como una modalidad asistencial, que obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social (OPS & OEA, 1991).

Posteriormente, en 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS abordó el tema de la Salud Mental y emitió resoluciones en las que instaba a los Estados miembro a incluir a la salud mental entre sus prioridades e intensificar las actividades en esta esfera. En el 2001, la OMS dedicó el informe sobre salud en el mundo a la salud mental e impulsó la colocación de este tema en la agenda política global. En noviembre de 2005, se celebró en Brasilia la Conferencia Regional para la Reforma de Servicios en Salud Mental; 15 años después de Caracas, la cual evaluó el camino recorrido en América Latina y el Caribe. En el 2008, la OMS, implementó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

Según las evaluaciones OMS - OPS, el 66% de los países de América Latina cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental. El 71% de los planes ha sido aprobado o revisado en el 2005 o posteriormente. El 56% de los países de la región cuenta con legislación relacionada con la salud mental o leyes específicas; sin embargo, no siempre se ajustan a los estándares internacionales de derechos humanos. Solo el 11% de los países ha aprobado o revisado sus leyes de salud mental en el 2005 o posteriormente (OMS & OPS, 2005).

En cuanto a los modelos de atención, las reglamentaciones de la Organización Mundial de la Salud (2001), establecen que los servicios deberán organizarse por territorios orientados según las demandas de los usuarios del sistema público de salud. Brindando de este modo una mayor equidad en el acceso a los servicios, mayor calidad en la atención sanitaria y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y toma de decisiones. Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, con una capacidad resolutoria mayor enfocada en las personas, las familias y las comunidades.

De este modo, la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social. La atención de la Salud Mental en el hospital psiquiátrico representa una respuesta médica y social inapropiada a los trastornos mentales que perpetúa el estigma y el aislamiento (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2014 [Salud mental en la comunidad: OPS, 2010]).

2.2 Sobre el proceso salud- enfermedad

Reconocer las diferencias entre los procesos de salud y enfermedad implica, según Canguilhem, establecer diferencias de carácter cualitativo. Los estados patológicos revelan una estructura individual cualitativamente modificada, distinta al estado normal, cuya singularidad apenas puede ser apreciada en la

relación del organismo con su medio (Canguilhem, 1971/ 2011). De esta forma, los criterios de división entre lo normal y lo patológico en el ámbito del psiquismo, son dados solamente en la relación entre el individuo y un determinado medio cultural, incluyendo en esa expresión los valores técnicos, económicos, morales y sociales.

Desde esta perspectiva, la forma de lidiar con el fenómeno de la locura está marcada por el medio social, cultural y político, que predomina en cada período histórico específico. En la Edad Media, por ejemplo, era abordada como una forma de posesión demoníaca. Ya en la Modernidad, ocasión en que impera el Racionalismo, la locura es conocida como una pérdida de la razón. Y por fin en la contemporaneidad, era en que predomina el saber médico, pasa a ser estudiada en el campo de la psicopatología y es concebida como padecimiento mental (Schneider, 2009).

Siguiendo los aportes de Schneider (2009), la clínica psiquiátrica efectuó un error epistemológico grave, pues confunde las variables constitutivas de los fenómenos psicopatológicos, aquellas variables que delimitan y definen tal fenómeno en su complejidad, en el caso específico las variables biológicas y psicológicas que se desdoblán en sus síntomas psicofísicos, como sus variables constituyentes, o sea, aquellas que generan, constituyen o determinan el fenómeno, que tal como nos muestra la antropología, sociología y psicología social, son del orden de lo social y cultural. Esta perspectiva acentúa una concepción dualista (mente - cuerpo) que imperaba en el Siglo XVIII y aprisionaba la psiquiatría en un modelo empírico que proporcionaba una exacerbada descripción de numerosos síntomas, que a pesar de su valor verídico no ofrecía una definición del padecimiento psíquico ni una comprensión de los cuadros psicopatológicos. La psiquiatría se coloca entonces, en un lugar epistemológicamente frágil, pues no consigue establecer algo que demarcase biológicamente la etiología de sus trastornos a pesar de todo el rigor empírico presente en la elaboración de sus diagnósticos (Schneider, 2009). La objetividad que anhela recae sobre la tentativa de reafirmar la existencia de una

determinación orgánica, posibilitando así que otras áreas del saber, como la psicológica, se incorporen a su campo de discusión.

2.3 *Arqueología de la locura*

La locura, tal como aporta Michel Foucault (1961/2005), estuvo presente desde la antigüedad, acompañando al hombre en su decurso histórico. En la época en que el saber médico ganó fuerza, ella pasa a ser apropiada por la medicina, a través de la psiquiatría, para luego ser parte del dominio de la psicopatología. Así, los mecanismos de regulación de la locura en tanto desviación a la norma, como retorno a las conductas regularizadas de un individuo, comienzan a ser problematizados durante el siglo XIX, época en que la medicina cobra fuerza en tanto saber objetivable.

El campo institucional del hospital psiquiátrico es reconocido como lugar de diagnóstico y clasificación, en el cual se ejerce un saber, un reconocimiento objetivo de la enfermedad mental (Foucault, 1961/ 1973/ 2005).

En este contexto, Foucault avanza sosteniendo que se ponen en juego mecanismos de poder que constituyen el a priori de la práctica psiquiátrica y regulan la institución, disponiendo un basamento que configura su despliegue. El análisis de la microfísica del poder que se configura en la práctica psiquiátrica, debe ser anterior a todo análisis de la institución. A través de una lógica de poder disciplinario, se dispone la captura total del individuo: de su cuerpo, sus gestos, su comportamiento y su tiempo, operando como un procedimiento de control constante. Distribuyendo en el interior las relaciones entre los individuos y las formas médicas de intervención. Dicha regulación dio lugar a la conceptualización de las *Instituciones totales*.

Hay en el poder disciplinario una serie constituida por la función sujeto, la singularidad somática, la mirada perpetua, la escritura, el mecanismo de castigo infiestimal, la proyección de la psique y por último la división normal- anormal. El punto central contra el cual van a chocar los sistemas disciplinarios que clasifican, jerarquizan, vigilan, será el elemento que no puede clasificarse, el que escapa a la vigilancia, el que no puede

entrar en el sistema de distribución; en síntesis, el residuo, lo irreductible, lo inclasificable, lo inasimilable. Tal será el escollo en esta física del poder disciplinario. Por ende, todo poder disciplinario tendrá sus márgenes (Foucault, 1973).

Considerando esta perspectiva, es posible leer el entrecruzamiento entre las ideas de Foucault y los diversos cuestionamientos sobre estas prácticas que asentaban y legitimaban el *poder en el saber del médico* y pensaban al individuo con padecimientos psíquicos aislado de su entorno social, condicionado por la institución manicomial.

Con los movimientos de la Antipsiquiatría y Psiquiatría Social desarrollados en Europa y Estados Unidos a partir de 1.960 (Maxwell Jones, 1968, Franco Basaglia 1968, R.D. Laing, 1967) se instauran los principales marcos de referencia de los primeros trabajos con comunidades terapéuticas que comienzan luego de la Segunda Guerra Mundial. Maxwell Jones, fue uno de los primeros en teorizar acerca del potencial terapéutico de la comunidad, entendiendo que las prácticas comunitarias tienen su desarrollo en la sociedad, dichos presupuestos rompen con la lógica asilar –manicomial.

El uso del potencial terapéutico, no solo en la familia sino también en la comunidad, representa un gran desafío a los psiquiatras, cienticistas del comportamiento, personal de salud pública y comunidad en general. Parece que en cualquier escenario, sea un hospital, prisión o comunidad, ese recurso al ambiente social para crear lo que llamamos comunidad terapéutica tiene muchos elementos en común (Jones 1972).

La primera Ley de Desmanicomialización fue sancionada en Italia en 1978, y culminó con el cierre del Hospital de Trieste. Siguiendo el análisis de Franco Basaglia, quien encabezó el movimiento:

Es fundamental el papel que juega el contexto social a la hora de institucionalizar a los locos, de encerrarlos. ¿Por qué razón se legitima el encierro?... porque desnuda los síntomas de una sociedad perturbada. Se ha visto que esta expulsión o exclusión por parte de la sociedad, está más

relacionada con la falta de poder contractual por parte del enfermo (por su condición social y económica), que con la enfermedad en sí misma.

En ciertos casos, la inadaptación puede ser un factor de salud. Que, en nuestra sociedad, el decir verdad no pueda expresarse más que en la delincuencia o la locura, ilumina lo que se encuentra falseado en nuestro sistema.

Se pone de relieve el basamento de relaciones de poder que constituyen el elemento nuclear de la práctica psiquiátrica, a partir del cuál, en efecto, veremos a continuación la erección de edificios institucionales, el surgimiento de discursos de verdad, y también la implantación o importación de una serie de modelos (Basaglia, 1978).

La inversión que opera la anti psiquiatría consiste en situar las relaciones de poder en el centro de lo que debe ser problematizado y cuestionado. El objetivo de este movimiento, implicaba la salida del espacio manicomial y la externalización de los pacientes asilados en dichas instituciones, desde una mirada que no apunta a cronificar al paciente con una dinámica asistencial, sino a brindarle servicios en los Hospitales Generales de internación breve, para luego apuntar a la *reinserción social como eje de la rehabilitación*. Este aspecto recupera el espacio comunitario y la posibilidad de tejer una red vincular en la comunidad de pertenencia.

2.4 Experiencias de desmanicomialización en Argentina

En Argentina, los inicios del campo de la salud mental fueron en la década del 60, en un contexto social de reformas y críticas a los saberes y prácticas hegemónicas, atravesado por el imaginario social y político de entonces. Dichas reformas buscaban dejar atrás el paradigma de la psiquiatría manicomial, en consonancia con las rupturas que se daban en el mundo y la importancia que el psicoanálisis empezaba a tener en todos los ámbitos de la cultura (Galende, 1997).

Este proceso dio lugar al surgimiento de nuevos dispositivos de formación y de atención, creando las primeras residencias de Salud Mental, las salas de

internación en Hospitales Generales, los Hospitales de Día y las Comunidades Terapéuticas. También fueron los inicios de la psicofarmacología, que integrada al resto de los abordajes, enfrentaba a los sectores manicomiales (Carpintero & Vainer, 2004). Es a partir de la presencia de otros profesionales, portadores de otros criterios de comprensión, de otros valores, en donde las intervenciones psiquiátricas comienzan a enriquecerse, asimilando otras prácticas. El centro de la crítica lo ocuparon el manicomio y la internación de los enfermos, que abrió luego a una comprensión más amplia de las implicancias de la institucionalización que promovía la psiquiatría sobre sus pacientes.

La desmanicomialización simboliza la ruptura del modelo asilar. Esto, no sólo implica la desaparición física del establecimiento o su transformación en otras organizaciones, sino también la desaparición mental de la idea de manicomio como depósito atemporal de los emergentes familiares o sociales de una comunidad. De este modo, la desmanicomialización enlaza dos movimientos; uno dirigido a la demolición de la estructura física; el edificio con los vínculos y las normas que cobija, y otro que es la elaboración mental de una psiquiatría sin manicomio. Como resultado de ambos movimientos, la desmanicomialización significa un cambio radical en la comprensión y atención del sufrimiento mental, que conduce transversalmente a la noción de *red*, es decir, que el sujeto sufriente mental puede ser asistido en espacios terapéuticos delimitados, distribuidos en un territorio. Y por lo tanto, entrar y salir de cualquier punto de la red, sea un ambulatorio, centro de crisis, sala de psicopatología, hospital de día, centro diurno o lugar de rehabilitación. Se rompe así el centralismo del manicomio, ya que no sólo deja de ser una institución total, también deja de ser el centro y eje de la atención psiquiátrica psicológica. La noción de red, por lo tanto, es antagónica a la centralidad manicomial (Bauleo, 2010).

Con las reformas de las Leyes de Salud en las provincias de Río Negro y San Luis durante la década del 90, comienzan a legitimarse prácticas en salud mental en Argentina, que se apoyan en la desmanicomialización. Dicha sanción

habilitaba la apertura de los servicios de Salud Mental dentro los hospitales generales y públicos y el consecuente cierre de los hospitales psiquiátricos.

A partir de la sanción de la Ley 2.440 de promoción sanitaria y social de las personas que viven con sufrimiento mental (Cohen, 1991), se impulsó en Rio Negro la primer reforma legal, orientada a la reformulación del sistema de atención en salud mental en el año 1991. Su punto central implicaba eliminar los manicomios y modificar la respuesta estatal ante quienes viven con padecimiento psíquico (Cohen, 1991). Algunas de las estrategias seguidas en este proceso fueron:

- Internación de los pacientes en hospitales generales.
- Progresivo aumento de los recursos humanos, con formación de equipos y agentes multiplicadores de la tarea.
- Designación de personas recuperadas para integrarse a los equipos (sobre todo en los grupos de alcohólicos).
- Trabajo institucional, comunitario y social (gestión de alimentos, viviendas, pensiones, seguridad social).
- Creación de guardias pasivas.
- Organización de actividades pre cooperativas con los pacientes.

En la provincia de San Luis, el proceso de transformación institucional del antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial, hoy denominado "Hospital Escuela de Salud Mental", fue llevado a cabo desde el año 1993. Con la sanción de la Ley Provincial N° 1053 en el año 2001. Dicho proceso persiguió como principal objetivo retornar aquellos pacientes externalizados a su lugar de origen, su grupo familiar, su paisaje, conectarlos con aquello que les pertenece y alguna vez les fue propio. Entre las estrategias que siguieron en San Luis están la revisión de las historias clínicas de los pacientes, muchas de las cuales databan de más de diez años, sin actualización. Se revisaron también las medicaciones en cada caso y el tratamiento farmacológico. En muchos de estos casos, se trataba de medicación y tratamientos inadecuados. En aquellas situaciones en que no se cuenta con el

apoyo del grupo familiar, se buscó familias sustitutas, que cobran un subsidio por parte del Estado Provincial y cuentan además con la provisión de alimentos y medicación. En el ámbito institucional, el hospital realiza asambleas abiertas, donde todos los participantes tienen derecho a hablar (médicos, pacientes, enfermeros, trabajadores del hospital en general).

2.5 Características del sistema socio sanitario argentino, perspectiva histórica

La creación del Ministerio de Salud Pública en la Argentina, en la década de 1940, otorgó al Estado un rol central en materia de salud, siendo estos lineamientos modificados a lo largo de la historia socio sanitaria y política del país. La creación de la Secretaría de Salud Pública, jerarquizada en Ministerio de Estado en 1946, y la sanción de una Ley orgánica, marcaron una nueva dirección política, en dónde la salud se visualiza como una cuestión social (Carrillo, 1946).

Con las políticas desarrolladas durante el Estado Benefactor, la salud del individuo y de la comunidad pasó a ser una cuestión de Estado, organizado en torno al valor de la solidaridad. Los principios vinculados al sector de la salud que acompañaron este proceso histórico, consistieron en la creación de ciertas garantías sociales, implementadas a través de la instauración de un sistema de seguros obligatorios, dirigidos a la cobertura de los principales riesgos de la existencia: enfermedad, vejez, invalidez, desocupación. El Estado garantizaba a través de ellas un principio de igualdad entre todos los ciudadanos, de equidad y de justicia en tanto la cobertura no debía diferenciar entre los individuos según su posición económica o su ingreso. La seguridad Social representaba una forma de cohesión social, vinculada fuertemente a lo público.

Con la crisis del Estado Benefactor, la deslegitimación del Estado condujo a la reducción de las competencias del Estado sobre lo público, transfiriendo a la esfera privada cada vez más funciones, retirándose de la cobertura de los riesgos. A partir de 1970, la afiliación obligatoria de los trabajadores a la obra social correspondiente a su rama de trabajo amplió significativamente la extensión de la cobertura. El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria

a los jubilados y pensionados. Esta expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector, siendo determinante su importancia en el crecimiento del sub sector privado. La red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a quedar reservado a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social.

De este modo, la provisión de salud en Argentina está organizada por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Con el creciente desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptando un alto grado de *fragmentación*, cuya evolución fue adquiriendo una organización crecientemente *descentralizada en el sector público* (Centrángolo & Devoto, 2002). Siguiendo el análisis que proponen estos autores, la ausencia de instancias coordinadoras entre los tres subsistemas y particularmente hacia el interior del sector privado, fue agravada por las características económicas que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, orientado a transferir servicios desde el nivel central a provincias y de estas a municipios.

La descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido, sobre todo en las reformas del sistema de salud durante los años 90, a la presión ejercida por el Estado Nacional para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios). Este proceso de transferencia de provincias a municipios ha sido defectuoso, sumado a la inexistencia de una adecuada articulación de las diferentes instituciones en redes de atención.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud pública, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. En el nivel provincial, los gobiernos cuentan con autonomía en materia de salud, dada la estructura federal del país. Por lo tanto, las políticas públicas sancionadas a nivel nacional tienen un valor indicativo, estando la adhesión a las mismas condicionada por las coincidencias en el plano político más general.

En la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud está organizado en regiones programáticas compuestas por 16 partidos de cabecera, respondiendo a la demanda de 1.200.000 habitantes aproximadamente.

A nivel municipal, los gobiernos administran los servicios de salud dentro de su región y ejecutan programas, encuadrando dentro de sus incumbencias los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos geográficamente según los barrios que componen el partido o municipio.

2.6 Sobre la atención primaria en salud mental y los dispositivos ambulatorios

Los niveles de atención de la salud, son una forma estructurada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (García Salabarría, 2006). Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (Magnífico, Noceti & Rodríguez, 2002).

El primer nivel de atención es el más cercano a la población. Está dado como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas y centros de salud.

La estrategia de la APS definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978) estableció un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad, que privilegian servicios curativos, caros, basados en establecimientos de segundo y tercer nivel, por modelos basados en la promoción de la salud y preventivos de la enfermedad a costos razonables para la población (Vignolo, 2011).

El Segundo Nivel de atención de la salud es cubierto por hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Y el tercer nivel de atención, representa la atención de problemas poco prevalentes,

patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología

Con la Ley Nacional N° 25.421, sancionada en Argentina el año 2001, se crea el *Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)*, entendiéndolo como atención primaria, prevención, promoción y protección de la salud mental, a la estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad, que se brinda a las personas, grupos o comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y la desestabilización psíquica, asistir a las personas que enferman y procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los padecimientos graves, luego de superada la crisis o alcanzada la cronicación (Ley Nacional 25.421).

Con la sanción en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el proceso de atención en salud mental se orienta hacia los dispositivos ambulatorios, que encuadran dentro de la APS, con una impronta comunitaria. De este modo, la internación pasa a ser concebida como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. De este modo, las transformaciones en el sistema de atención, reorientan las demandas en salud mental desde las instituciones de atención secundaria y terciaria: hospitales monovalentes y clínicas psiquiátricas, hacia dispositivos de abordaje ambulatorio: centros de salud, hospitales de día, consultorios externos en hospitales generales.

Con el decreto 603 /2013 se reglamenta la Ley y se establece que todas las gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo ministerio, sino de todos los organismos competentes del Estado Nacional, dando intervención a sus tres poderes: judicial, legislativo y ejecutivo. El citado decreto establece la creación de - La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, presidida por el ámbito de aplicación de la Ley;

- Un Consejo Consultivo de carácter honorario formado por organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores; y
- Un Órgano de Revisión, en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objetivo de proteger los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

En línea con la Ley, el Plan Nacional de Salud Mental enmarca las adicciones en el ámbito de la Salud Mental, ya que, hasta el momento, las mismas no fueron abordadas desde este lugar, especialmente en lo referido al consumo de sustancias psicoactivas. Además, como refiere la reglamentación, “el eje deberá estar puesto en la persona, en su singularidad más allá del tipo de adicción que padezca” (Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013 Argentina).

2.7 Los orígenes del acompañamiento terapéutico en Argentina

En Argentina, los primeros pasos en la inclusión de nuevos agentes en salud mental surgieron en la década del 70, en el ámbito del trabajo con adolescentes con problemáticas de adicciones. Fue el psiquiatra argentino Eduardo Kalina quien pensó en la denominación de “amigo calificado”. Lo particular de este grupo de jóvenes, hacía necesaria la inclusión de “intermediadores” entre sus vínculos simbióticos con otros adictos y la droga, y su vuelta a la calle (Kuras de Mauer & Resnizky, 2003). El fundamento de este modelo de trabajo se basó en las propuestas teóricas de José Bleger (1962) quien propuso la ruptura de dichos modelos vinculares simbióticos. Posteriormente, se empleó la denominación de “acompañante terapéutico”, acentuando de este modo el enfoque terapéutico.

Otras experiencias fundantes surgieron en el trabajo terapéutico con pacientes psicóticos. Las autoras Kuras de Mauer & Resnizky (2011) reconocen su inclusión en este campo, como un recurso que apunta a la construcción de redes y a la reconstrucción de vínculos con pacientes con cuadros crónicos.

Para situar los momentos preponderantes en el desarrollo de la práctica de acompañante terapéutico en Argentina, las autoras Kuras de Mauer & Resnizky proponen cuatro períodos;

- Un primer momento, que abarca desde el año 1970 hacia el año 1985, en dónde surgió una clínica de urgencias, de trabajo de equipos de abordaje múltiple, en dónde fue acuñado el término de “acompañante terapéutico” y en dónde se impulsó una forma innovadora de trabajo en salud mental.
- Un segundo momento de conceptualización, que abarca entre los años 1985- 2000, en dónde se concretaron experiencias, definiendo, dando crecimiento y consolidando la práctica del AT. Esto lo llevo a ser una práctica reconocida por instituciones asistenciales y luego en la universidad. Por entonces ya se implantaba en la asistencia con pacientes psicóticos y en la recuperación de adicciones.
- Un tercer momento de institucionalización en dónde se constituye una Asociación Argentina de Acompañantes Terapéuticos (AATRA), se realizan congresos, encuentros a nivel nacional y local, intercambio con colegas de otros países.
- Y actualmente, un momento dónde el AT se encuentra en proceso lento de integración a las políticas públicas de salud, con el marco regulatorio de la Ley de Salud Mental que legitima las nuevas prácticas y procura instalar en la sociedad una nueva forma de asistencia.

Entre las publicaciones argentinas sobre la temática, el acompañante terapéutico es definido como un auxiliar de la salud mental, quien se vale en lo fundamental del diálogo, el ejercicio cognitivo conductual y la relación interpersonal cómo factores generadores de cambio, apelando también al uso de medios físicos. Contribuyendo de este modo al tratamiento de los trastornos psíquicos, de acuerdo a la planificación y objetivos propuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su dirección y supervisión (Horni, 2003). En tanto experiencia intersubjetiva, es un devenir en movimiento e interacción con un otro.

Remite a la idea de un “auxilio ajeno” definido en estos términos por Freud en su Proyecto de una psicología para neurólogos (Freud, 1895), para referirse a la acción específica necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento. Se dispone a brindarse como un semejante que opere como soporte, como “organizador psíquico” (Kuras de Mauer & Resnizky, 2003).

2.8 El acompañamiento terapéutico como un dispositivo en salud mental

En tanto artificios o recursos que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo en los programas de atención o bien modificaciones en la cultura asistencial (Bustos, 2005) los conceptos de *red*, *descentralización*, y *dispositivo* son clave en relación al acompañamiento terapéutico.

Un dispositivo es un conjunto heterogéneo compuesto de discursos, instituciones, planificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, que abarcan tanto lo dicho, cómo lo no dicho. Lo que se quiere señalar en el dispositivo justamente es la naturaleza de la relación que puede existir entre esos elementos. Por último, remite a la respuesta de una urgencia, en un momento histórico determinado (Foucault, 1968).

La *naturaleza estratégica* del dispositivo que marca Foucault, nace para dar respuesta a una necesidad, demanda o urgencia. En este sentido el AT se configura como una estrategia que nace desde lo empírico, a raíz de una práctica clínica que se encontraba limitada en los márgenes del consultorio, y necesitaba ampliar su mirada y sus intervenciones hacia el exterior. Por esta razón es que el AT actúa en diversos ámbitos, cuyo principal escenario es la vida cotidiana de quienes son acompañados. La intervención en la cotidianidad constituye lo específico de la práctica (Dragotto & Frank, 2012).

La *heterogeneidad* del dispositivo está marcada por los diferentes escenarios y situaciones que van a demandar su intervención: ámbito familiar, educativo, judicial, de instituciones asistenciales, recreativas o artísticas. La heterogeneidad en cuanto a la formación, desde las formaciones teóricas que

anidan en la práctica, desde la práctica clínica, desde los diferentes dispositivos que se construyen y la naturaleza de las relaciones que entabla en cada uno de ellos con el entorno. Su inserción interdisciplinaria, y sus incumbencias y la regulación de su ejercicio (Kuras de Mauer & Resnizky, 2011).

Por otro lado, configura una red entorno de su trabajo, el entramado de profesionales que conforman un equipo interdisciplinario de salud mental, su contexto institucional, su referencia al ámbito público o privado, sus intercambios de trabajo con base en la comunidad: escuelas, centros de salud barriales, ONGs, sociedades de fomento, clubes, talleres artísticos, centros de formación profesional, centros culturales, cines, teatros.

El equipo interdisciplinario de trabajo en salud mental conforma una red a partir de roles y funciones que están claramente diferenciados. Funciona como una unidad y desde esta unidad es que todos los miembros del equipo participan en una intervención. Dentro de esta unidad, el AT ocupa un lugar específico tanto por su posición y objetivos como por las actividades que realiza, quedando diferenciado del resto de los integrantes. Las funciones del AT exigen como condición las funciones de supervisión y dirección (Horni, 2005).

2.9 Sobre la formación y capacitación de los AT

En el año 2014, se dictó en la Provincia de Buenos Aires la resolución ministerial 1014/14, mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y la Secretaría de Educación y Cultura de la Nación, sobre un plan de formación para acompañantes terapéuticos en la Provincia de Buenos Aires. Su objetivo es permitir el ingreso de los acompañantes al Registro del departamento de ejercicio de las profesiones de la Dirección de Fiscalización Sanitaria. Este hecho establece un precedente hacia la profesionalización de los acompañantes en el ámbito público de la salud.

Pese a ser un recurso legítimo desde su práctica, su inserción en el ámbito de la formación académica tuvo varios intentos fallidos. En el año 1986, se designa en la Facultad de Filosofía de la UBA, la comisión asesora para

implementación de la carrera de Acompañamiento terapéutico. Las autoras de este anteproyecto, Kuras de Mauer y Rezniski, lo plantean con el propósito de institucionalizar, jerarquizar y actualizar la formación de Acompañantes terapéuticos, dándole lugar de carrera intermedia.

Otro intento de articular la formación de acompañantes terapéuticos al ámbito universitario fue presentado en la Facultad de Psicología de la UBA en el año 1996. Sus autores, Manson, Pulice y Rossi proponían la creación de un título alternativo de acompañamiento terapéutico, estableciendo como principales objetivos reconocer la especificidad del recurso, como alternativa terapéutica a la institucionalización crónica y a la manicomialización, frente a la disgregación en el aprovechamiento de recursos en las políticas de Salud Mental.

Ambos intentos, si bien tuvieron diferentes instancias de aprobación, no lograron consolidarse en el ámbito académico.

Desde el año 2002 se incluyó en la Facultad de Psicología de la UBA como materia optativa dentro de la currícula de grado de la carrera, la práctica profesional “Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico” (Kuras de Mauer & Resnizky, 2003).

Actualmente también se dictan tecnicaturas que ofrecen formación de nivel terciario en el ámbito privado, como en la Universidad Católica de San Juan y San Luis. Y en las ciudades de Paraná (Entre Ríos), La Plata y Bahía Blanca (Buenos Aires), Esquel (Chubut), Viedma (Río Negro), Rosario (Santa Fé), y Córdoba (Pulice, 2011). El resto de la formación es cubierta por instituciones privadas, que brindan capacitación articulada en diferentes contenidos, a modo de cursos de extensión. El reconocimiento de estos últimos no es legitimado por el Ministerio de Educación.

El reconocimiento social del acompañamiento y su demanda por parte de los distintos profesionales de la salud ha generado que sea un servicio reconocido actualmente por obras sociales y seguros de salud (Dragotto, 2011).

En cuanto a su inscripción legal, pese a los distintas presentaciones de Proyectos de Ley, en la ciudad autónoma de Buenos Aires y en Córdoba, no han

logrado consolidarse en el tiempo las distintas propuestas, a excepción de la Provincia de San Luis, en dónde se sancionó en el año 2008 la *Ley de Acompañante Terapéutico N° III- 0599-2007* (Bustos & Pellegrini, 2008).

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación propone un estudio descriptivo exploratorio. Se utilizará una metodología de análisis de tipo cualitativa, cuyos objetivos son los siguientes:

3.2 Objetivo General

- Indagar en los profesionales que se desenvuelven en equipos de trabajo interdisciplinarios de salud acerca del rol de los acompañantes terapéuticos en los tratamientos ambulatorios.

Objetivos Específicos

- 1) Identificar qué instituciones públicas de salud mental de la ciudad de Mar del Plata trabajan con tratamientos ambulatorios incorporando el rol del acompañante terapéutico.
- 2) Explorar los motivos por los cuales los profesionales integrantes de equipos interdisciplinarios deciden incorporar la figura del acompañante terapéutico.
- 3) Analizar a partir de la valoración que establecen los profesionales el alcance y las limitaciones del rol del acompañante terapéutico, en función de los objetivos terapéuticos.
- 4) Contextualizar el estado de situación de las instituciones a nivel local, tomando como referencia la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

3.3 Muestreo/ participantes

El presente estudio se llevó a cabo en instituciones públicas de salud que tienen un área de salud mental, y cuyos dispositivos sostengan un encuadre ambulatorio en la ciudad de Mar del Plata.

La muestra está conformada por un total de 15 profesionales de la salud mental: psicólogos, asistentes sociales, psiquiatras y terapeutas ocupacionales, y

fue seleccionada luego de un relevamiento institucional, tomando en cuenta aquellos que cumplieran con los requisitos establecidos en el objetivo general de la presente investigación. No fueron incluidas aquellas instituciones que trabajan con una modalidad exclusivamente de internación (clínicas neuropsiquiátricas, hospitales psiquiátricos), como tampoco aquellas que responden al ámbito privado. En algunos casos, fueron entrevistados profesionales que trabajan en la misma institución, como el SEMDA y AIPE.

Se consignaron datos sobre la institución, sus dependencias y la profesión del entrevistado.

La participación en el estudio fue voluntaria y bajo consentimiento informado.

3.4 Instrumento

Se utilizó como instrumento de indagación entrevistas semi- estructuradas. Las mismas fueron organizadas a partir de tres ejes que intentan explorar los siguientes temas:

EJE 1

- A) Caracterización de la institución: dependencias gubernamentales, tipo de atención que brinda.
- B) Equipo de trabajo: cómo se compone en cada caso el equipo interdisciplinario.

EJE 2

- A) Descripción del dispositivo de tratamiento e intervención. Usuarios.

EJE 3

- A) Sobre el acompañamiento terapéutico: Porqué se incorpora un acompañante terapéutico al equipo, en qué situaciones se requiere, cómo

es la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo (supervisiones, objetivos terapéuticos, estrategias).

B) Valoraciones y perspectivas del profesional sobre el acompañamiento.

3.5 Procedimiento

El relevamiento de datos se realizó en una primera etapa, identificando las instituciones públicas de salud de la ciudad de Mar del Plata. Para ello, se acudió a la Zona Sanitaria VIII, al área de salud mental, en donde se entrevistó a la referente del área regional. Esta primera entrevista persiguió el fin de realizar un acercamiento y obtener un estado de situación actual que revele el panorama regional y las instituciones con las que actualmente cuenta la ciudad.

Posteriormente, se acudió a aquellas instituciones que reunían las características que requiere la muestra delimitada. Se contactó a los profesionales en forma directa en algunos casos, y en otros, fue necesario realizar una nota para acceder a entrevistar a los profesionales de planta.

Se pautaron días y horarios en los que se llevaría a cabo la realización de las entrevistas.

3.6 Registro de la información

El registro de la información fue realizado mediante grabaciones de audio de cada entrevista, que fueron posteriormente desgrabadas y volcadas a un formato de texto. Las mismas se anexan en el presente trabajo.

También se registraron notas de campo realizadas durante las entrevistas y en función de los datos aportados por informantes claves durante el relevamiento institucional (coordinadores institucionales, referentes regionales y municipales del área de salud mental).

3.7 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue el contenido discursivo de las entrevistas realizadas a cada profesional que compuso la muestra.

4. RESULTADOS

4.1 Objetivo 1:

Identificar qué instituciones públicas de salud mental de la ciudad de Mar del Plata trabajan con tratamientos ambulatorios incorporando el rol del acompañante terapéutico.

Para alcanzar este objetivo se entrevistó en primer lugar a la referente regional del área de salud mental perteneciente la Zona Sanitaria VIII. Se indagó acerca del estado de situación actual en el área de salud mental, en lo que respecta a la organización zonal, las instituciones y la modalidad de trabajo de las mismas.

Luego, se reconocieron aquellas instituciones que trabajan con modalidad ambulatoria en la ciudad de Mar del Plata, ubicando entre ellas, las que trabajan con acompañantes terapéuticos (en las entrevistas, este tema fue explorado mediante el eje uno y dos).

El Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires cuenta con una organización programática zonal, compuesta por 16 partidos que son integrados a su vez, por diversas localidades. Esta área responde a la demanda de 1.200.000 habitantes aproximadamente. Entre sus dependencias, funciona una Dirección de Salud Mental Provincial, organizada también en función de las Zonas Sanitarias.

La ciudad de Mar del Plata integra la región programática de la Zona Sanitaria VIII junto con otras localidades vecinas, distribuidas por partidos (Partido de General Alvarado, Partido de la Costa) y las ciudades de Lobería, Necochea, San Cayetano, Tandil, Balcarce, Ayacucho, Guido, Maipú, Lavalle, Villa Gesell, Pinamar, General Madariaga.

Con respecto a la atención en salud mental, dentro del nivel *secundario y terciario* la Zona Sanitaria VIII cuenta con dos hospitales: el Hospital Neuro psiquiátrico Dr. Taraborelli en la ciudad de Necochea, y el Hospital Interzonal de

Agudos Dr. Alende en Mar del Plata. Mientras que la población de niños es cubierta por el Hospital Materno Infantil Dr. Tetamanti.

A su vez, la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, comprende las ciudades de Mar del Plata y Batán, brindando atención *primaria* en salud mental en las siguientes instituciones:

- 32 Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS) que cuentan con equipos interdisciplinarios de salud mental compuestos por psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales y acompañantes terapéuticos. Psiquiatría y acompañamiento terapéutico son prácticas que no se brindan en todos los centros.

Los servicios están ubicados estratégicamente en distintos barrios de la ciudad.

- El municipio también dispone dentro del Departamento de Salud Mental con una dependencia específica ubicada en la calle Jara, que recibe demandas de atención y tratamiento, derivadas de los centros de salud barriales. Y en donde funciona también la jefatura de salud mental del municipio. Esta dependencia cuenta con psicólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales y acompañantes terapéuticos.
- Un Servicio Municipal de Adicciones (SEMDA) cuyo dispositivo de hospital de día funciona en la sede de la calle Jara, dónde cuentan con equipo interdisciplinario de salud mental compuesto por un psiquiatra, una médica patóloga, psicólogos, asistentes sociales, terapistas ocupacionales y operadores socio terapéuticos. Este servicio también brinda atención psicológica en los Centros de Atención Primaria de la salud, con un abordaje territorial o comunitario.

El servicio cuenta con dos operadores socio terapéuticos, cuya función específica en el abordaje de las adicciones, fue considerada como similar a

la del acompañante terapéutico (tema abordado con aquellos profesionales entrevistados que trabajan en el área).

En relación a las instituciones de atención secundaria y terciaria, la ciudad cuenta con:

- Un Hospital Interzonal, que posee Servicio de Salud Mental con área de internación, consultorios externos, hospital de día, e interconsulta. El equipo de éste servicio se compone de psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y una terapeuta ocupacional que coordina el hospital de día. El hospital brinda atención a pacientes agudos.

Si bien el hospital no cuenta con acompañantes terapéuticos de planta, trabajan con AT como pasantes que realizan prácticas por tres meses. (A los fines de la presente investigación se consideró el área de hospital de día y de consultorios externos).

- Un Hospital Materno infantil cuyo Servicio de Salud Mental cuenta con consultorios externos e internación dentro del hospital general, para una población que abarca hasta los 14 años de edad. El equipo está compuesto por las siguientes profesiones: psiquiatría, psicología, asistencia social, terapia ocupacional, fonoaudiología. Esta institución cuenta con tres acompañantes terapéuticos de planta que brindan servicio en el hospital general, no siendo su función destinada exclusivamente a salud mental.
- Un Centro de Promoción Social (AIPE) que aloja pacientes que atravesaron el dispositivo de Hospital de Día perteneciente al área de salud mental del Hospital Interzonal de Mar del Plata. AIPE es la única institución en la ciudad que responde a demandas de atención secundaria con un abordaje exclusivamente ambulatorio. Su equipo está conformado por una médica psiquiatra, un enfermero, dos terapeutas ocupacionales, dos trabajadoras sociales y una psicóloga. En ella trabajan con acompañantes terapéuticos pero los mismos no forman parte de la institución, si no que son incluidos como recurso externo de la institución.

4.2 Objetivo 2:

Explorar los motivos por los cuales los profesionales integrantes de equipos interdisciplinarios deciden incorporar la figura del acompañante terapéutico.

Este objetivo fue explorado mediante el eje dos y el inciso A del eje tres de las entrevistas realizadas.

Los emergentes que surgieron en relación a los motivos que llevan a la inclusión de un acompañante terapéutico en un tratamiento, giran en tono a las siguientes situaciones:

- Falta de sostén y/o apoyo familiar o vincular, antes, durante y después del proceso de tratamiento.
- Ante la ausencia de recursos económicos que obstaculicen la organización o sostenimiento de los usuarios.
- Para lograr cierta “*transferencia cara a cara*” entre la persona y el acompañante, ya que los AT logran mayor empatía que los otros profesionales del equipo. Trabajan en un ámbito de mayor proximidad.
- Para acompañar a personas que solas no logran organizar ciertas cuestiones cotidianas vinculadas a la autonomía, los hábitos.
- Para apoyar a ciertos pacientes de “riesgo”, que presentan patologías “crónicas”, con varios años de enfermedad.
- Para contribuir al sostén del tratamiento de aquella población de difícil llegada (en el caso puntual de adicciones, adolescentes y jóvenes).
- Para fortalecer el tratamiento ampliando la contención por fuera de la consulta semanal con el profesional.
- Para estimular actividades recreativas, culturales sobre todo con aquellos pacientes que presentan dificultades para integrarse a la comunidad.
- Para posibilitar el alta del tratamiento diario en una institución (conurrencia a hospital de día, centro de día).
- Para aportar al equipo una mirada sobre el paciente en su contexto habitual

En cuanto a la convocatoria de los acompañantes, en los centros de salud municipales, si bien son solicitados por los profesionales que trabajan en los diferentes CAPS ante la presentación de alguna situación que lo requiera, su asignación depende de la jefatura de salud mental. Desde esta institución piensan la lógica de trabajo del AT incluido en dispositivos grupales, dado que disponen de pocos acompañantes actualmente. En este sentido orientan las intervenciones con una búsqueda de mayor efectividad, abarcando un grupo de pacientes por cada acompañante. A modo de ejemplo;

“Promovemos que se generen dispositivos grupales, por el tema del recurso, hay muchísimos pacientes y si dispusiéramos una atención más individualizada de cada paciente necesitaríamos un recurso de 500 acompañantes. Hay una tendencia de ciertos profesionales de poder acaparar, una tendencia a decir “necesito un acompañante 4 horas por día” y la verdad que no es esa la idea. La idea es que puedan trabajar en estrategias inclusivas para cada paciente”

En el caso del SEMDA, al ser los operadores parte del equipo interdisciplinario de trabajo, su inclusión en los tratamientos se da desde un comienzo, siendo en algunos casos los operadores quienes llevan adelante la primera entrevista con los usuarios, articulando su trabajo durante el proceso de tratamiento. Dado que este servicio cuenta actualmente solo con dos operadores, se han cubierto prestaciones de acompañamiento por un sistema de Becas, otorgadas por el Ministerio de Desarrollo Social, empleadas sobre todo en algunos casos de consumo problemático, con situaciones riesgosas para la persona o para terceros.

En aquellos casos en que el servicio no cubre las demandas de AT, es decir que no cuentan con AT en sus equipos, éstos son convocados a través del área de servicio social. Tal es el caso del Área de Salud Mental del Hospital Interzonal, tanto en su dispositivo de Hospital de día, como en área de Consultorios Externos.

En la institución AIPE, también convocan a los AT a través del servicio social, luego de ser discutida su incorporación al tratamiento en reunión de equipo.

Ambas instituciones mantienen un grado de coordinación entre sus dispositivos, ya que en muchos casos los pacientes son derivados y se gestionan pensiones para usuarios que no cuentan con recursos económicos. Mediante las pensiones por discapacidad (cuyo tiempo de otorgamiento oscila entre un año y año y medio) es posible acceder a la cobertura de la prestación de los AT a través del Plan Federal Incluir, aunque dicha prestación no se encuentra actualmente regulada en forma eficiente y son varias las trabas al momento de autorizar la prestación. Otro recurso con el que cuentan estas instituciones es la recepción de pasantes desde los diferentes cursos, que realizan prácticas durante tres meses para su formación como AT. Este último, es el caso relatado por los profesionales entrevistados en el hospital, en cuanto a su experiencia y valoración en el trabajo conjunto con los AT (consultorios externos y hospital de día).

En cuanto a la interacción entre el acompañante y el equipo de trabajo: supervisiones, objetivos terapéuticos y estrategias, se obtuvieron diferentes valoraciones. Están aquellos profesionales que sostienen una visión más horizontal y consideran al AT / Operador (en caso de adicciones), como parte del equipo de trabajo interdisciplinario. Asimismo dentro de una misma institución, los profesionales sostienen puntos de vista diferentes.

Del total de los profesionales entrevistados,

- 11 considerarían a los AT parte del equipo
- 2 lo considerarían como un auxiliar, que aún no está formalizado que integre parte de los equipos
- 2 lo considerarían como un recurso, pero sin formar parte del equipo.

En el caso del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad, los acompañantes están comenzando a constituirse como área. Y aún no se dispone de tantos AT como para cubrir las demandas de toda la población que accede al ámbito de atención primaria. Por esta razón los AT no se encuentran en todos los equipos, sino que cumplen una función más bien “rotativa” por los diferentes CAPS. La interacción de los AT con el resto de los profesionales responde más

bien a una lógica verticalista, es decir que el recurso es asignado desde la jefatura. Y las estrategias son dirigidas desde el profesional (Psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, asistente social) hacia el AT;

“Es en función del caso, y de las características de ese caso particular, que se asignó un acompañante. Este caso específico, es planteado en el departamento, y desde allí es asignado el recurso del AT”

En el caso de SEMDA; se encuentran centralizados en el equipo que funciona dentro del Departamento de Salud Mental. Aquí su interacción dentro del equipo es horizontal, si bien el recurso también es escaso en esta área;

“En el equipo que funciona más centralizado acá en Jara hay dos que están incorporados al equipo en este momento y la verdad que alentamos que en la medida que lo necesiten desde los equipos se pueda pedir el trabajo conjunto con el operador terapéutico. Y tratamos en realidad que el primer contacto de una persona que llega por primera vez a una consulta la haga el operador terapéutico, con una posibilidad de empatía y de acercamiento con el paciente diferente de la que puede tener el profesional”

“La interacción con el equipo se da de una manera mixta, no hay una propuesta desde el psicólogo, una propuesta o una planificación. Y tampoco surge solamente desde ellos de que se trabaja de determinada manera. No hay una estandarización”

Entre los objetivos a trabajar por parte del AT, los principales a reconocer según los profesionales son:

- La evaluación en el afuera; transmitir cómo está el paciente y cómo se desenvuelve en su contexto habitual.
- El trabajo con los hábitos, la autonomía y organización en la vida cotidiana
- La constitución de un sistema de apoyo al tratamiento.
- La realización de trámites, consultas médicas, medicación y quehaceres que implican un grado de resolución complejo.

- La realización de actividades recreativas, expresivas y culturales vinculadas a la integración socio comunitaria.
- El fortalecimiento de lazos sociales.

En este sentido, se puede decir que los objetivos terapéuticos son delineados en función del caso a caso, según las características de cada paciente. Son indicados por el profesional, siendo pautados con el AT y reformulados según lo que éste va acercando a las reuniones sobre la evolución o el desempeño.

En cuanto a las supervisiones, son realizadas por algún profesional del equipo o coordinador institucional. En todos los casos es una condición asistir a reuniones o entrevistas con alguno o varios profesionales del equipo con diferente frecuencia. En algunas situaciones planteadas en los CAPS, el AT asiste a los turnos con los usuarios y funciona muchas veces articulando o mediatizando el trabajo de los profesionales intervinientes. También es requisito para los AT presentar informes escritos mensuales sobre la evolución de los mismos.

Los profesionales que se desenvuelven en el hospital, relataron que la interacción surge mediante la asistencia de los AT a los turnos que los usuarios tienen asignados, o son convocados a reuniones. En los dos dispositivos en los cuales interviene un acompañante (hospital de día y consultorio externo) se pretende mantener reuniones con los profesionales y algún miembro de la familia del usuario.

4.3 Objetivo 3:

Analizar a partir de la valoración que establecen los profesionales el alcance y las limitaciones del rol del acompañante terapéutico, en función de los objetivos terapéuticos.

Este objetivo fue explorado mediante el inciso B del eje tres. En relación a los alcances del rol de los AT, se reconocieron las siguientes situaciones:

- Devuelven al equipo una mirada desde lo cotidiano y el contexto propio de la persona (entorno familiar, laboral, recreativo) que muchas veces es diferente a lo que el profesional observa en la institución o en el consultorio.
- Es una variable importante en salud mental, sobre todo porque constituye un sistema de apoyo externo a las consultas, que muchas veces es determinante para la continuidad de un tratamiento.
- Generan la posibilidad de establecer una transferencia desde la identificación, distinta a la que entablan los profesionales, a raíz del grado de cotidianidad que mantienen con los usuarios.
- Cumplen un rol fundamental al momento de otorgar el alta de una internación o tratamiento institucional, permiten la continuidad, el seguimiento y la contención en el afuera.
- Representan un eslabón importante hacia la integración social, laboral, comunitaria de los usuarios.

A modo de ejemplo, se pueden reconocer los siguientes pasajes de las entrevistas:

“El AT es como la extensión de los ojos de uno, puede ver como el paciente se comporta en otros ámbitos”.

“Sería bueno que el hospital tuviera ATs, tienen un aporte positivo para el trabajo con el paciente, sobre todo porque hay pacientes que tienen situaciones muy precarias entonces se hacen muy evidentes todas las variables que intervienen en la salud mental. Realmente hay un aporte más para dar que pueda hacer algo diferente y que le sume”.

“El AT logra cierta transferencia, más desde el cara a cara, más desde el orden de lo imaginario que permite que el paciente pueda explayarse más, abrirse más y entonces de esa manera puede hacerse otro tipo de llegada, que cuando el paciente viene a ser atendido por un psicólogo o psiquiatra a veces no alcanza. La posibilidad de ir a la casa, estar y conocer a la familia”.

“Tenemos pacientes con 40 o 50 años de padecimiento, que son los que más reconocen su enfermedad pero a su vez, los que más cuesta insertarlos

en el afuera porque siempre fueron institucionalizados. Entonces la figura del AT es una herramienta fundamental”.

En relación a las limitaciones, se reconocieron las siguientes situaciones:

- En cuanto a la formación, ya que gran parte de los profesionales desconoce la formación de los AT y lo manifestó en forma explícita.
- En cuanto a las instituciones que forman o deberían formar los AT, estas deberían ser de enseñanza superior y pública.
- En cuanto a las tareas que desarrolla cada AT, muchas veces el encuadre de trabajo es difuso y puede prestar a confusiones.
- Ausencia de legislación y formalización que regule la práctica y las incumbencias. Es legitimado socialmente pero no legalizado.
- La falta de experiencia con que llegan al área de salud mental.
- Ausencia de formación en áreas específicas de trabajo (educativa, jurídica, salud mental, recreativa-cultural).
- Ausencia de recurso humano en las instituciones públicas de salud.

Algunos pasajes que ejemplifican lo anterior:

“Es un rol que se está construyendo, que no está claro del todo, porque a nivel de la atención primaria intentamos que las intervenciones abarquen la mayor cantidad de gente posible ya que no podemos trabajar en el uno a uno”.

“Tenemos ATs que son muy jóvenes, que recién salen de terminar el curso de acompañamiento terapéutico y notamos ciertas falencias en cuanto a ver al sujeto como una persona con un padecimiento psíquico”.

4.4 Objetivo 4:

Contextualizar el estado de situación de las instituciones a nivel local, tomando como referencia la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657.

Para el presente objetivo se tomó en cuenta la información aportada por referentes de la Zona Sanitaria VIII, en cuanto a las instituciones existentes y su modalidad de trabajo. Se dispuso información de la página web del Ministerio de Salud de la Nación (Ley Nacional de Salud Mental, directivas de la Organización Mundial de la Salud, Plan Nacional de Salud Mental), del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. También fueron tenidas en cuenta para este apartado las valoraciones de los profesionales entrevistados en cuanto a los dispositivos de trabajo y la caracterización de las respectivas instituciones.

En la ciudad de Mar del Plata se visualizan ciertos esfuerzos y acciones que tienden a ajustar sus servicios en función de las reformas en el sistema de atención. Sin embargo, dentro del ámbito público de la salud, se reconocen dos cuestiones fundamentales reflejadas en las entrevistas, que impactan en el sistema público:

- La usencia de recurso humano suficiente para acompañar las reformas en salud, evidenciado en las fracturas que presenta el sistema de atención primaria, cuya estructura no se encuentra aún adaptada para responder a la cantidad de demandas que ingresan por este sector.
- La ausencia de políticas y programas específicos que articulen el trabajo entre instituciones, Ministerios (Salud, Educación, Desarrollo Social y Trabajo) y organizaciones de la sociedad (ONG, Escuelas, Sociedades de Fomentos, CIC).

Por otro lado, es posible identificar algunas características que impone actualmente el sistema de salud a nivel estructural: la descentralización, la territorialización de las prácticas y el trabajo en red.

En cuanto a la descentralización, el proceso se ve reflejado en la transferencia de servicios desde el nivel central a provincias, y de estas al municipio, ocurrido a partir de la década del 90. Proceso que influyó en el gasto público en materia de salud, sin aceptar la articulación entre las diferentes

instituciones en redes de atención. Esta situación se visualiza a partir de la falta de comunicación entre el nivel hospitalario y el nivel de los centros de atención primaria de la salud. Lo cual a su vez muestra la relación ineficaz con la atención en red y el trabajo multi sectorial e inter institucional.

La *descentralización* genera una mayor demanda en los centros de salud, pero con el mismo recurso humano, lo cual refleja la realidad a nivel municipal. Las derivaciones son ante determinados casos “complejos” que ya no son retenidos por el hospital porque no llegan a ser agudos. Por lo tanto pasan a ser centro de APS, como también de atención secundaria. Desde esta perspectiva, lo reflejado en las entrevistas demuestra que los centros de salud no están adaptados desde lo edilicio, ni desde los equipos, ni por la formación de los profesionales que no están preparados para los casos de atención secundaria.

En relación a la territorialización de las prácticas, la distribución geográfica de los centros de salud, facilitó el acceso de la población. En este sentido, tanto desde los CAPS, cuyos servicios cuentan en todos los casos con equipos de salud mental, como desde el SEMDA (ambos dentro del nivel municipal de atención de la salud), se pretende acercar la atención al ámbito o contexto propio de los usuarios.

Siguiendo esta línea, y en conexión con lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, se plantea un tipo de atención fuera del ámbito de internación hospitalario preferentemente y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Ley Nacional 26.657- Art 9 Cap. V).

A partir de dichos lineamientos, es posible reconocer dentro de la realidad local que existen instituciones que siguen esta modalidad de trabajo. Tal es el caso de la institución AIPE, que brinda atención ambulatoria, abarcando no solo atención primaria, sino también atención secundaria y terciaria mediante dispositivos grupales y abiertos. Marcando un claro objetivo en sus tratamientos que apunta a la reinserción social y laboral de sus concurrentes. Según lo

reflejado en las entrevistas, existen acuerdos de esta institución con el Municipio, que establecen convenios laborales a modo de capacitaciones y pasantías, aunque aún no cuentan con ninguna contratación efectiva de los usuarios. Por otra parte, los acompañantes que se desempeñan en los tratamientos no forman parte de la institución, siendo un recurso externo. Entre los argumentos que fundamentan esta decisión se sostiene que no está formalizada la inclusión de los AT a los equipos.

Del mismo modo, el hospital Interzonal, ofrece a través de su servicio de salud mental, atención en hospital de día y en consultorios externos, estando el área de hospital de día vinculada a la institución Aipe en su circuito de derivaciones, aunque es un elemento a tener en cuenta que los pacientes externados no siempre acuden a hospital de día perteneciente al mismo hospital. De algún modo podría decirse que este último servicio se encuentra “vaciado”, en el sentido de que sus recursos no son potencializados. Otro aspecto a destacar, es que este servicio se encuentra en un área apartada del hospital general.

Desde el área municipal, se trabaja actualmente en la creación de *dispositivos de nivel intermedio* para pacientes más graves o crónicos. Esta atención sigue siendo atención primaria, sólo que es para aquellos pacientes con los que no alcanza con dispositivos individuales de atención, sino que requieren de mayor control, seguimiento y contención, que presentan dificultades para integrarse en la comunidad. Estaría destinado a aquellos pacientes que no requieren internación, ni tampoco un hospital de día, si no de ciertos lugares de referencia. Este espacio es pensado con inclusión plena de los acompañantes terapéuticos en los equipos, porque de lo que se trata en estos dispositivos es de poder fortalecer o restablecer ciertos lazos sociales a partir de ciertas actividades.

En su artículo 11, la Ley establece que se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria y supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales

como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Otro elemento explícito en la Ley, en su artículo 8 es el relativo a los equipos interdisciplinarios; donde se menciona la necesidad de que dichos equipos estén integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados. Siendo esta situación evidenciada en las instituciones relevadas. En todos los casos los equipos de trabajo en salud mental están integrados por diversas disciplinas, aunque varía en los casos en que el AT integre los mismos. Aunque estas intervenciones no siempre son pensadas desde el equipo en forma integral, sino que muchas veces hay una atención individual del usuario con cada uno de los profesionales que interviene. En relación a este punto, el Plan Nacional de Salud Mental (2013), enmarca que en los abordajes, también deben ser reconocidos y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los familiares y allegados. En estas tramas, se entiende mejor que equipos interdisciplinarios son formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también “saberes no disciplinares”, socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender personas y movilizar sus propios recursos.

5. CONCLUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

El cambio en la atención y comprensión del sufrimiento mental en su devenir histórico y social ha pasado de un modelo asistencial, asilar y tutelar, hacia una concepción más abierta y comunitaria. Estas transformaciones en la cultura asistencial, acompañadas por reformas legales que las sustentan, han vuelto necesario incorporar nuevos recursos y agentes que acompañen este proceso, y a su vez, que potencien la función terapéutica de los diferentes abordajes e intervenciones. En esta dirección, el acompañamiento terapéutico ha sido expuesto en este trabajo como un recurso que contribuye a fortalecer los abordajes ambulatorios, el trabajo sobre la integración social y la restitución de lazos sociales, inherente a la lógica desmanicomializadora que sostiene la Ley Nacional. En su Artículo 12º, se le otorga por primera vez entidad jurídica a esta actividad a nivel Nacional. Y si bien lo hace de manera sucinta e imprecisa, abre las puertas a la introducción de los instrumentos jurídicos complementarios que posibiliten la regulación y definitiva inclusión formal del *Acompañamiento Terapéutico* como profesión con carta plena de ciudadanía en el *Sistema de Salud Mental*.

Por otro lado, la falta de regulación de la práctica de los acompañantes desde el ámbito legal, deja desprovista de coordenadas jurídicas a la actividad. Actualmente se encuentra con media sanción en el Congreso de la Nación el Proyecto de Ley Nacional para regular el ejercicio de los AT.

Si bien es un recurso reconocido por todos los profesionales entrevistados que conforman los equipos, situándose como una práctica legitimada a nivel social, su formalización no encuentra aún concreción. Varios profesionales del ámbito público plantearon desconocimiento sobre qué instancias académicas y con qué nivel de capacitación deben formarse quienes aspiren a ejercer profesionalmente la actividad. Situación que comienza a definirse a partir de la resolución ministerial 1014/14, la cual establece los contenidos para la formación de los acompañantes terapéuticos.

Se visualiza, por otra parte, la concepción del acompañante como un sistema de apoyo y de referencia que habilita el trabajo en salud, afianzando las intervenciones en el marco de la descentralización. Hacia este objetivo, se orienta el Plan Nacional de Salud Mental con su intención de fortalecer el primer nivel de atención en el marco de la APS y su componente de salud mental, incorporando nuevos recursos humanos en los CAPS y capacitando en servicio al personal del equipo de salud. Avances que requieren el apoyo de recursos económicos que permitan hacer efectivo su cumplimiento.

Por lo expuesto, puede reconocerse como una característica general del sistema local de salud, que la reorientación de las demandas en salud mental desde instituciones de atención secundaria y terciaria hacia atención primaria, ha impactado fuertemente en el sistema local, forzando ciertas reestructuraciones. Esta situación fue reflejada en el relato de quienes se desempeñan en las instituciones, acordando en muchos casos que tal sistema no se encuentra actualmente preparado para canalizar este aumento de demandas.

En cuanto a las reglamentaciones sobre los modelos de atención de la Organización Mundial de la Salud (2001), quedó expuesto en esta investigación que los servicios deberán organizarse por territorios, orientados según las demandas de los usuarios del sistema público de salud. Brindando así una mayor equidad en el acceso, mayor calidad en la atención sanitaria y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y toma de decisiones. Sosteniendo que esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria. Este redireccionamiento favorece claramente las intervenciones en la comunidad, pero su fortalecimiento queda acotado por la ausencia de programas y políticas específicas, que trasciendan la organización de los propios centros de salud y de los profesionales.

Los dispositivos de nivel intermedio, con dinámicas de trabajo grupal y con sede en instituciones de la comunidad, cuyo enlace clave es el acompañante terapéutico, es un intento de comenzar a configurar un espacio por fuera de los

CAPS. Por otro lado la intervención en los CEPLA, nuevos dispositivos territoriales creados por la Sedronar, buscan abordajes intersectoriales y articulados con los centros de salud. Siendo un espacio importante para la recepción de demandas y la planificación de estrategias de intervención.

Por otra parte queda establecido en el decreto 603 /2013 que reglamenta la Ley, que todas las gestiones transformadoras ya no son tareas de un solo Ministerio, sino de todos los organismos competentes del Estado Nacional, dando intervención a sus tres poderes: judicial, legislativo y ejecutivo.

En este sentido, si bien se trabaja para la internación en crisis, la única institución preparada para cubrir este tipo de demandas, encuentra acotado su sistema de derivaciones. En muchos casos, no cuentan con dispositivos (casas de medio camino, pensiones, centros de referencia) para externalizar a pacientes sin recursos económicos y o familiares. Desde este punto de vista, los organismos no brindan respuesta en la esfera legislativa. Paradoja que visualiza por un lado, el acortamiento de los períodos de internación, legalmente justificados, y por el otro, ausencia de instancias que oficien de sostén para las personas externadas. Muchos de los pacientes retenidos en el sistema hospitalario, son pacientes internados por causas sociales. En conexión con esto, se torna necesario pensar en el concepto de red, como sistema de apoyo y referencia que logre mediante su entramado contener el aumento de las demandas tanto en un nivel primario como también en aquellos casos denominados crónicos, que requieren mayor seguimiento. En este panorama, el AT fue reconocido como herramienta o recurso necesario, que representa alternativas posibles para articular este proceso entre la externación y la atención en la comunidad, pero que actualmente no cuenta con inclusión plena en los equipos. El análisis de este punto remite no sólo a la falta de recursos humanos que atraviesa el ámbito público de la salud, e impacta también en otras profesiones, sino que también responde a la ausencia de una Ley Nacional de Acompañantes Terapéuticos que incorpore formalmente la práctica en tato auxiliar técnico en salud mental. Es posible concluir que su inserción se encuentra en un proceso lento de integración a las políticas públicas de salud.

Tomando como referencia las definiciones presentadas en este estudio acerca del rol del acompañante terapéutico como auxiliar de la salud mental, quien se vale en lo fundamental del diálogo, el ejercicio cognitivo conductual y la relación interpersonal como factores generadores de cambio. Es reconocida en tanto experiencia intersubjetiva, la mirada que los AT devuelven al resto de los profesionales acercando el contexto propio de las personas. En tanto variable interviniente, su función de auxiliar constituye un sistema de apoyo que complementa el tratamiento por fuera de los márgenes del consultorio. Sin reducir su función al área clínica, sino ampliando sus esferas de intervención en los ámbitos educativos, judiciales y recreativos. Este estudio permite concluir sobre lo específico de esta herramienta cuyo escenario representa la vida cotidiana de quienes son acompañados, constituyendo un eslabón importante hacia la integración social, laboral y comunitaria de los usuarios. Este “auxilio ajeno” remite a la acción específica necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento que se dispone a brindarse como un semejante.

Considerando el total de las instituciones tenidas en cuenta en este trabajo, es pleno el reconocimiento de la práctica de los AT aunque su consolidación como área aún es un tema en discusión. El inicio de reuniones temáticas por área en el ámbito municipal, le brinda validez a su práctica, incorporándose a la construcción de su saber junto a otras disciplinas que pretenden comprender y abordar el campo de la salud mental. Situación que se ofrece más lejana en otras instituciones.

Sus limitaciones, ofrecen por otro lado, una guía para orientar la formación de los futuros AT, y la construcción de su perfil. Así como los lineamientos necesarios para constituir un campo de quehaceres propios en el ámbito público de la salud. Posibles líneas de investigación podrían extenderse sobre las incumbencias de los AT y el lugar de los auxiliares en salud mental que actúan como mediadores en el proceso de reinserción comunitaria y social, dentro del contexto actual y sus reestructuraciones. Asimismo, reconocer dentro de la

estructura del sistema público de salud espacios que brinden un lugar a esta práctica.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Basaglia, F. (1968). *La institución negada*. Buenos Aires: Corregidor.
- Bauleo, A. (2010). *Demolición física y mental del manicomio*. III Encuentro temático de psicólogos del Mercosur. Publicación de la Fe.P.R.A; Buenos Aires.
- Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Carpintero, E. & Vainer, A. (2004). *Las huellas de la Memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70 (1957-1983)* Tomo I. Buenos Aires: Topia.
- Centrángolo, O. & Devoto, F. (2002) *Organización de la salud en Argentina y equidad; Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual*. Buenos Aires: CECE.
- Cohen, H. & Natella, G. (1991). *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- Cohen, H. (Comp.) (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos, vigencia de estándares internacionales*. Organización Panamericana de la Salud. Argentina.
- Departamento de salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, recuperado de http://www.mardelplata.gob.ar/2001011500?idregion=header_Salud
- Dragotto, P. & Frank, M.L (2012). *El Acompañamiento terapéutico, una propuesta vincular en la cotideaneidad*. Córdoba: Brujas.
- Dragotto, P. (2011). Legalidades del AT. En: S. Kuras de Mauer & S. Resnizky (comps). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Foucault, M. (1968). *¿Qué es un dispositivo?* París: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1970). *La vida de los Hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. París: Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1973) *La verdad y las formas jurídicas*. Buenos Aires: Gedisa.

- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Horni, J. (2005). *El acompañamiento terapéutico y la integración social de las personas con trastornos psíquicos*. Mar del Plata: Suarez.
- Jones, M. (1972). *La Comunidad terapéutica*. Brasil: Vozes.
- Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2003). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2011) *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Laing, R.D. (1967) *La política de la experiencia*. Brasil: Vozes.
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2010). Boletín oficial de la República Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Ley Nacional N° 25.421 (2001). Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM). Boletín oficial de la República Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.
- Ley Provincial N° 2440 (1991). Personas con sufrimiento mental. Régimen para la atención y tratamiento. Boletín Oficial del Poder Legislativo de la Provincia de Rio Negro.
- Ley Provincial N° 1053 (2001). Boletín Oficial del Poder Legislativo de la Provincia de San Luis.
- Magnífico, Noceti & Rodríguez (2002) Planificación de la red asistencial de ASSE. En; *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 18 (4/5), 2005.
- Minoletti, A. & Zacaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile. En; *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 18 (4/5), 2005.
- Morales de Calatayud, F. (1997) *La psicología y los servicios de salud: Experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires Secretaría de Cultura, Facultad de Psicología de la UBA.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud (2013) Reglamentaciones sobre los Modelos de Atención en Salud Mental, Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2005) Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios en Salud Mental, Ginebra. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Programa mundial de acción en salud mental*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/fac/es>.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2005). *Informe sobre la Salud Mental en el mundo 2001*. Ginebra. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/fac/es>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización de los Estados Americanos (1990). *Declaración de Caracas*. Disponible en: www.sedi.oas.org/ddse/documentos/.../Declaracion_de_Caracas.do.
- Pellegrini, J. & Bustos G. (2005). *Ley de Acompañante Terapéutico N° III- 0599-2007* Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis, Argentina. Disponible en: <http://www.diputadosanluis.gov.ar/diputadosasp/paginas/NormaDetalle.asp?e=1&DependenciaID=1&NormalID=425>.
- Plan Nacional de Salud Mental (2013). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Boletín del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.
- Pulice, G. (2011). *Algunas reflexiones sobre la inserción del AT en el sistema de salud mental, su responsabilidad profesional y su marco legal*. Ficha de la cátedra: Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. UBA. Recuperado de: www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicass_profesionales/800_fund_clin_acompanamiento/material/2_marcolegal.pdf.

Schneider, K. ([1975]/2009). *Psicopatología clínica*. Madrid: Montalvo.

Vignolo, J, Vacarezza, M, Alvarez, C. & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. En: Prensa Medica latinoamericana Uruguay, N° 33 (1) 11/14, 2011.