

Libros de **Cátedra**

# Aportes para la formación universitaria en acompañamiento terapéutico

## Perspectivas y debates actuales

Elisa Urtubey, Helga Marcela Roberts  
y Martín Sosa (coordinadores)

FACULTAD DE  
PSICOLOGÍA

**S**  
sociales

**Eduulp**  
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

# **APORTES PARA LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO**

PERSPECTIVAS Y DEBATES ACTUALES

Elisa Urtubey  
Helga Marcela Roberts  
Martín Sosa  
(coordinadores)

Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

  
**Eduulp**  
EDITORIAL DE LA UNLP

*Dedicado a la Prof. Edith A. Pérez*

# Índice

<b>Introducción</b> _____	6
---------------------------	---

*Mariana Velasco y Elisa Urtubey*

## **Capítulo 1**

El lugar del Acompañamiento Terapéutico: un recorrido histórico, teórico y práctico _____	10
---	----

*Helga Marcela Roberts, María Soledad Abdala Grillo y Emilio Nicolás Silveira*

## **Capítulo 2**

Tramos, tramas en el devenir y un Acompañamiento Terapéutico posible _____	24
--	----

*Roxana Frison y Silvia Fabiana Russo*

## **Capítulo 3**

Aportes de la Psicogerontología al campo del Acompañamiento Terapéutico _____	40
---	----

*Elisa Urtubey y Ana Beatriz Moreira*

## **Capítulo 4**

La construcción del caso y la orientación de la cura en el Acompañamiento Terapéutico _____	56
---	----

*Carolina Barrionuevo, Jessica Bergman y Gabriel Omar Pulice*

## **Capítulo 5**

Estado y políticas públicas de salud: el Acompañamiento Terapéutico en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 _____	78
--	----

*Gimena Manuela Ojeda y Fanny Rosa Suasnábar*

## **Capítulo 6**

Salud mental comunitaria e inter-secciones en la formación de los/las acompañantesterapéuticos/as _____	90
---	----

*Claudia Susana Orleans y María Laura Lavarello*

## **Capítulo 7**

Problemáticas en salud mental de niños/as y adolescentes: aportes del psicoanálisis  
a la práctica de Acompañamiento Terapéutico \_\_\_\_\_ 104  
*María Romé y Martín Sosa*

## **Capítulo 8**

Acompañamiento Terapéutico y clínica de las demencias: de lo general a lo singular \_\_\_\_ 114  
*Nora Cecilia Carbone y Sergio Zanassi*

## **Capítulo 9**

Sobre lecturas y escrituras. Intervenciones de los/as acompañantes terapéuticos  
en los espacios educativos \_\_\_\_\_ 126  
*Pilar Cardinal y Mercedes Rocío de la Mata*

## **Capítulo 10**

Acompañamiento Terapéutico en ámbitos socio-jurídicos: dispositivo soporte  
de intervención por presencia \_\_\_\_\_ 140  
*Ana Clara D'Ovidioy Ariel Hernández*

**Los/as autores** \_\_\_\_\_ 149

# Introducción

*Mariana Velasco y Elisa Urtubey*

La carrera *Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico* constituye una iniciativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), a través de la entonces Decana Prof. Edith Alba Pérez, quien, alrededor del año 2014 dando respuesta a distintas demandas sociales provenientes tanto del campo de la salud, como de la comunidad en general y, especialmente, de quienes en ese momento ya venían cumpliendo funciones en acompañamientos de personas con diversos padecimientos, sin una formación académica.

En el momento del diseño de la carrera, la Facultad realizó un análisis sistemático de antecedentes, documentos y marcos regulatorios que sirvieron de referencias para la elaboración de un plan de estudios propio. Se organizó en aquel momento una Comisión Curricular constituida a tal fin, integrada según los principios estatutarios de la UNLP de cogobierno y cogestión, con representantes de los Claustros de Profesores, Graduados/as, Estudiantes y No Docentes. Esas reuniones tuvieron lugar en la Sala del Honorable Consejo Directivo y allí se analizaron los objetivos, las propuestas de asignaturas y los contenidos mínimos, siempre siguiendo lo estipulado por la Ordenanza N° 282/10 de UNLP, sobre la reglamentación de planes de estudios.

Es importante señalar que la Facultad de Psicología propició ofrecer una formación académica e integral destinada a formar acompañantes terapéuticos/as (at) desde una perspectiva técnica con un fuerte compromiso ético, procurando contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que requirieran de esa función e intervención.

De esta manera, se buscaba además otorgar un reconocimiento institucional universitario a una actividad que ya se venía desarrollando en los sistemas de salud, en muchos casos sin una preparación sistemática y sin una inscripción institucional formal. A esto se fue agregando el incremento significativo de la demanda de at para personas con diferentes padecimientos en los últimos años, especialmente a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Todos estos aspectos fueron poniendo de relieve la necesidad de delimitar de manera clara y precisa el alcance, la formación, la acreditación y el ejercicio técnico de los/as at y de diferenciar su práctica de otras prácticas del campo de la salud.

Así fue como, unos años más tarde, en la Sede de la Facultad situada en la Ciudad de Chivilcoy, surgió la demanda puntual para abrir la carrera en dicha sede. El municipio había recibido la demanda de centenares de at en formación o ya formados en cursos regionales con un marcado perfil heterogéneo, escuchando el pedido de formación de calidad y validez para poder ejercer la profesión a la cual muchos de ellos/as ya se dedicaban laboralmente. Con la demanda planteada y siguiendo la modalidad de las ofertas académicas en la Sede, se dio lugar al proceso

de puesta en marcha de la carrera. En el año 2019 se abrió la primera cohorte con más de 150 estudiantes inscriptos y, en el año 2020, se abrió nuevamente con más de 50 estudiantes.

La *Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico* (AT) se inscribe dentro de los principios de los Derechos Humanos, en el campo de la Medicina Social, de la Salud Comunitaria y de la Salud Mental, a partir de lo cual se pretende, desde una concepción integral de la salud, fortalecer un modelo de intervención comunitario que posibilite la rápida reinserción de las personas con padecimientos, a sus vidas cotidianas. Concibe los/as at como agentes del campo de la salud cuya función es asistir y acompañar a personas con padecimientos mentales y/o con discapacidades, o en situaciones marcadas de vulnerabilidad psicosocial, en la construcción y/o recuperación de aquellos recursos subjetivos necesarios y potenciadores del lazo social para la vida en comunidad.

De esta forma, la Facultad de Psicología encaró una formación universitaria en AT que garantice la construcción de conocimientos técnicos en diversos ámbitos de aplicación: educativos, socio- jurídicos, sociales-comunitarios y en intervención con patologías clínicas y ámbitos que, como veremos, se describirán en los siguientes capítulos de este libro.

Este *Libro de Cátedra* se propone como una herramienta de transposición didáctica y de ampliación bibliográfica acerca de temas que se corresponden a las distintas materias de la carrera de *Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico* de la Facultad de Psicología. Podríamos decir que el propósito de estos escritos es acercar a los/las estudiantes un recurso que facilite una mejor comprensión de los contenidos que se abordan en el transcurso de su formación universitaria. El libro representa un aporte original para abordar la enseñanza universitaria en el campo del AT, de la cual, la experiencia de la Facultad de Psicología de la UNLP, aunque reciente, la ubica entre las pioneras dentro de la educación pública. Por ese motivo, esta publicación viene a contribuir a un área de vacancia al presentar un volumen que pone al alcance del estudiante y del lector interesado en el tema, un conjunto de textos inéditos sobre el complejo campo del AT desde una mirada interdisciplinaria.

En suma, más que un Libro de Cátedra, constituye un libro inter-cátedras, producto del acuerdo y trabajo del equipo docente conformado por distintas asignaturas de la carrera que encuentra en esta propuesta un medio más para mejorar y fortalecer los procesos de enseñanza y aprendizaje. Procesos que, a poco de iniciarse la carrera, estuvieron atravesados por la virtualidad, a causa de la pandemia por COVID-19. Los desafíos que implicaron sostener los vínculos educativos en un contexto epidemiológico como tal, están expresados en este libro, con sus saberes e interrogantes. En este sentido, los diversos temas abordados se ordenan en función de tres grandes ejes:

En primer lugar, el **eje de la formación universitaria** del AT con los aportes del campo de lo “Psi”. En segundo lugar, **el AT y las perspectivas de la salud mental comunitaria y de las políticas públicas**. Por último, el **eje de los aspectos clínicos y éticos de la práctica del AT**. Cabe destacar que el orden de presentación de los capítulos se da según su ubicación en el Plan de estudios de la carrera.

El libro comienza con el **primer capítulo** de la Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico I, titulado *El lugar del Acompañamiento Terapéutico: un recorrido histórico, teórico y práctico*, escrito por Helga M. Roberts, Soledad Abdala Grillo y Emilio N. Silveira. Allí se aborda el tema del lugar del AT en la clínica contemporánea y brinda consideraciones preliminares a la iniciación del dispositivo.

En el **capítulo 2**, titulado *Tramos, tramas en el devenir y un Acompañamiento Terapéutico posible*, Roxana Frison y Silvia Russo desarrollan, desde la Cátedra Introducción a la Psicología de Niños y Adolescentes, acerca de los espacios y tiempos comprendidos en el trayecto de vida del sujeto, lo que supone operatorias psíquicas constitutivas y complejizantes en la emergencia de subjetividades, al tiempo que contemplan las coordenadas epocales.

En *Aportes de la Psicogerontología al campo del Acompañamiento Terapéutico (tercer capítulo)*, Elisa Urtubey y Ana B. Moreira proponen un acercamiento de los/as estudiantes a conceptos claves de la materia Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores. Allí, resitúan el abordaje de temáticas relativas a la vejez y al envejecimiento a partir de diversas contribuciones de la Psicogerontología, las cuales revisten importancia para pensar el dispositivo del AT con personas mayores.

En el **capítulo 4**, desde la Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico II, Carolina Barrionuevo, Jessica Bergman y Gabriel O. Pulice presentan *La construcción del caso y la orientación de la cura en el Acompañamiento Terapéutico*: aquello que se puede situar como el articulador esencial entre lo más singular de la clínica, y lo más general y abstracto del corpus conceptual y teórico de las diversas disciplinas que pueblan el campo de la subjetividad: el *caso clínico*. Desarrollan, además, la íntima conexión entre la construcción del caso y la construcción del dispositivo de AT.

Desde *Estado y políticas públicas de salud: el Acompañamiento Terapéutico en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*, **capítulo 5**, Gimena Ojeda y Fanny Suasnábar reflexionan en torno al lugar del acompañante terapéutico (at) en el campo de la Salud Mental y, particularmente, a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, como temas centrales de la Cátedra Estado y Políticas Públicas en Salud.

En el **capítulo 6**, *Salud mental comunitaria e inter-secciones en la formación de los/las acompañantes terapéuticos/as*, Claudia Orleans y María Laura Lavarello presentan el campo de la salud integral, y en ella, la salud mental comunitaria, como política de estado. De esta forma, la Cátedra Salud Mental Comunitaria entrelaza tópicos tales como salud mental, géneros/diversidad, y prácticas de cuidado, mostrando un campo -el de la salud- que es complejo, múltiple y con posibilidades de extender sus fronteras tanto conceptuales como las de las prácticas profesionales y de intervención.

Desde una perspectiva psicoanalítica en articulación con un enfoque social y de derechos, María Romé y Martín Sosa abordan en el **capítulo 7**, *Problemáticas en salud mental de niño/as y adolescentes: aportes del psicoanálisis a la práctica de Acompañamiento Terapéutico*. Desde dichos lineamientos, la Cátedra Problemáticas en Salud Mental de Niños/as y Adolescentes plantea algunos interrogantes: ¿Qué se entiende por “problemáticas en salud mental”? ¿Cuáles son



sus particularidades en la infancia y en la adolescencia? ¿Qué elaboraciones del psicoanálisis pueden servir como aporte a la práctica del AT?

Nora Carbone y Sergio Zanassi -desde la Cátedra Problemáticas en Salud Mental de Adultos y Adultos Mayores- hacen en el **capítulo 8**, titulado *Acompañamiento Terapéutico y clínica de las demencias: de lo general a lo singular*, una aproximación a una de las principales expresiones del sufrimiento psíquico que puede ser objeto de la intervención de el/la at en su quehacer con personas mayores: la demencia. Diferencian el declive normal, el deterioro cognitivo leve y la demencia propiamente dicha, haciendo hincapié en la enfermedad de Alzheimer. El capítulo alude también a la importancia de situar los aspectos subjetivos y las potencialidades que permiten pensar estrategias terapéuticas de acompañamiento.

En el **capítulo 9**, *Sobre lecturas y escrituras. Intervenciones de los acompañantes terapéuticos en los espacios educativos*, Pilar Cardinal y Mercedes de la Mata se interrogan acerca de qué lugar cumple el AT en los espacios educativos y cuáles son las particularidades que el encuentro con las instituciones educativas le imprime a ese abordaje. De esta manera, la Cátedra Intervenciones en espacios educativos despliega las posibles intervenciones de las/os at en contextos educativos como un trabajo siempre en construcción que se realiza convocando a distintos actores.

Finalmente, desde la Cátedra Intervenciones en campos socio-jurídicos, Ana Clara D'Ovidio y Ariel Hernández en el **capítulo 10**, titulado *Acompañamiento Terapéutico en ámbitos socio-jurídicos: dispositivo soporte de intervención por presencia*, presentan un nuevo escenario de inserción para el/la at: el campo socio-jurídico. Allí asume un nuevo rol profesional y una nueva función a partir de su participación como un agente de salud que participa como auxiliar de justicia en la resolución de conflictos judicializados.

Para finalizar, quisiéramos subrayar algunas particularidades en relación al lenguaje inclusivo. Teniendo en cuenta el posicionamiento de las/os editoras y autores/as de cada capítulo, se mantiene la decisión de emplear los artículos *las* y *los* para hacer referencia a los géneros, si bien consideramos importante mencionar que, sin caer en un reduccionismo ni en fundamentalismos del universo binario, somos conscientes de la perspectiva de géneros que hay que ponderar y es por ello, que, sostenemos la idea de seguir aportando a la diversidad bajo todas sus formas.

# CAPÍTULO 1

## El lugar del Acompañamiento Terapéutico: un recorrido histórico, teórico y práctico

*Helga Marcela Roberts, María Soledad Abdala Grillo  
y Emilio Nicolás Silveira*

### Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico I

*Don Quijote soy, y mi profesión la de andante caballería.  
Son mis leyes el deshacer entuertos, prodigar el bien y evitar el mal.  
Huyo de la vida regalada, de la ambición y de la hipocresía y busco para mi propia gloria la senda más  
angosta y más difícil. ¿Es eso, de tonto o mentecato?*

Miguel de Cervantes Saavedra, DON QUIJOTE DE LA MANCHA

### Historia del surgimiento del Acompañamiento Terapéutico. Introducción a la historia

Situar el Acompañamiento Terapéutico (AT) dentro de la clínica contemporánea y dentro del complejo y entramado campo de la salud mental<sup>1</sup>, como uno de los recursos clínicos de mayor preeminencia que se vienen desarrollando en las últimas décadas, nos exige realizar una breve revisión de su historia, precisar sus puntos de surgimiento, modos de comprender mejor su desarrollo, alcances y desafíos actuales.

La historización del AT es tan relevante como tener presente siempre la historia y la subjetividad de quién se acompaña, es un requerimiento de comprensión ineludible que otorga mayor sentido a nuestra práctica.

Entender la historia para situar las coordenadas de surgimiento de esta nueva modalidad clínica, implica no disociarla de su contexto (que incluye los aspectos sociales, culturales, históricos e ideológicos). En el caso del AT, podríamos establecer que dicho contexto se entrelaza con una ideología de sustitución de los manicomios por nuevas posibilidades de tratamiento

---

<sup>1</sup> En el marco de la presente Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se reconoce a 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 (Véase Urtubey y Moreira; Orleans y Lavarello, este volumen).

de aquellos pacientes que se consideraban locos, irrecuperables, incurables. Los manicomios, instituciones de frecuente maltrato, estuvieron siempre más al servicio de un control social que a un dispositivo terapéutico que permitiera un genuino tratamiento del padecimiento mental del que sufre.

¿Por qué detenernos en el manicomio? Porque en cierto punto, el AT se inscribe en una corriente de cambio ideológico de una época que venía a desafiar y superar la lógica manicomial. Entender esta última resulta esencial para comprender el resto de la historia.

## La lógica manicomial

En primer término, resulta pertinente que reconozcamos el marco institucional al que aludimos, es decir, el manicomio. La intención es lograr reconocer sintéticamente un panorama general que nos será útil, sobre todo para más adelante, cuando tengamos que enmarcar la práctica clínica del AT de manera más específica y diferenciada.

La lógica a la que nos referimos, sobre el funcionamiento del manicomio, se sustenta en una base ideológica bien concisa, en el sentido de que sus aparatos de producción de subjetividad no son inocentes en cuanto a sus intenciones.

Cuando hablamos del manicomio, hacemos referencia a un dispositivo institucional de control social, que continúa hasta nuestros días, como parte de un modelo médico hegemónico, que reniega de la necesidad de una práctica interdisciplinaria e intersectorial, en la asistencia de los padecimientos mentales. Pero que también y fundamentalmente, somete de forma autoritaria a quien padece, estableciendo la diversidad como *anormal o loco/a*, etiquetando así a un ser humano que sufre.

Podemos aceptar que la institución manicomial tiende a sobre agregar un padecimiento adicional al que ya sufre la persona que ingresa a la institución, donde se destaca la vivencia de una fragmentación de sus lazos sociales junto con el temor permanente que conlleva el estar siempre encerrado, o el sentir que no hay salida del padecimiento, y que sólo queda la resignación además de una pérdida del interés por vivir. En los manicomios, la persona primero sufre la profunda pérdida de su propia identidad, pero también sufre la pérdida de sus lazos familiares, afectivos y sociales, y finalmente pierde sus derechos civiles, humanos y políticos entre otros. Es decir, que pierde, en definitiva, nada menos que su singularidad.

Una de las consecuencias que merecen siempre interés de análisis es que estas continuas prácticas de privaciones llegan a adquirir status de naturalidad lo que deriva en una pérdida de sensibilidad, de pensamiento crítico y hasta de capacidad creativa.

También hay que mencionar la no menos importante exclusión social que implica ingresar en este tipo de instituciones de muy difícil salida, ya que a la dificultad de volver a vivir fuera del hospital se agrega la situación desventajosa del estigma social. El manicomio, en vez de cumplir con el rol y función para el cual declara fue creado (asistir, atender, acompañar a personas con padecimiento mental), produce desamparo y exclusión social.

Es verdad que hay muchos intereses en juego y varias son las fuerzas de poder que se entrecruzan en este tipo de instituciones, y eso es lo que justamente le otorga estructura a un tipo de ideología que no solo encierra, sino lo que es aún peor: suprime subjetividades.

Ante esta realidad, emergen como fuerzas instituyentes, otros sectores y grupos sociales que luchan por el restablecimiento y el respeto de todos los derechos que deben ejercer libremente las personas con padecimiento mental. Algunos de estos movimientos que han surgido desde hace algunas décadas atrás, son los que nombraremos en el siguiente apartado.

## **Pasaje del modelo manicomial hacia un modelo de salud mental**

Se produce en los años '60 y '70 un fuerte movimiento institucional que buscaba un cambio, logró transformarlo en un nuevo paradigma, el cual consiste en la sustitución, en el pasaje de un modelo manicomial hacia un modelo de salud mental. Este movimiento fue producto de la confluencia de varias corrientes que se oponían al modelo psiquiátrico hegemónico como la única alternativa de *cura* para el denominado/a *loco/a*. Era entonces posible avanzar en el tratamiento de pacientes con trastornos o enfermedades psíquicas severas, desde un punto de vista terapéutico y no ya desde el control social por medio de la internación hospitalaria.

Entre estas corrientes, pueden mencionarse la importancia que tuvieron las experiencias de las Comunidades Terapéuticas en Inglaterra, el modelo de Psiquiatría Italiana (cuyo mayor exponente fue Franco Basaglia), el modelo francés de Psicoterapia Institucional, los avances de la Psicofarmacología, la preponderancia del Psicoanálisis, los movimientos de la Antipsiquiatría, entre otros. Es importante realizar una precisión en este punto: es en el entrecruzamiento de estas corrientes y dentro del cambio de paradigma institucional del pasaje que va del modelo manicomial al modelo de salud mental, donde se vislumbra el invaluable surgimiento del AT.

Cabe destacar que, dentro de este pasaje de una concepción de asistencia psiquiátrica a una concepción de la atención en salud mental, surgen también los equipos interdisciplinarios y la asistencia comunitaria. La inclusión de otros/as profesionales y disciplinas permitió pensar y poner en práctica nuevos dispositivos de intervención que en principio se contraponían ideológicamente a la lógica manicomial descrita más arriba, al tiempo que descentralizaban el poder-saber médico psiquiatra. Esto permite la emergencia de nuevos campos de saberes y la asistencia deja de estar solamente enfocada en los denominados/as psicóticos/as para pasar a ser un tipo de asistencia más abarcadora, incluyendo a toda una gama de diferentes (multiplicidad) cuadros clínicos y franjas etarias.

Por eso se suele aceptar que el AT surge como un nuevo horizonte de posibilidades, pero a partir de un contexto que propició y exigió pensar en nuevas modalidades de intervención, sorteando obstáculos, desafíos, llevando a cabo muchas prácticas. Del cúmulo de todas estas experiencias, es que luego se fue desarrollando la teoría. Veamos a continuación un tipo de experiencia intermedia en este pasaje del manicomio a la salud mental.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, hubo una nueva mirada sobre la locura y, por ende, una búsqueda de estrategias y recursos más eficaces para su tratamiento, muchas de las cuales se sostenían a partir de una apertura hacia la comunidad.

Es importante aclarar, siguiendo a del Cueto (2014) que, a pesar de las reformas de políticas en salud mental, éstas han estado siempre muy encasilladas en el modelo médico psiquiátrico, por lo que los verdaderos cambios siempre han sido sostenidos e impulsados, principalmente, por el conjunto de los profesionales de la salud, los/as denominados/as trabajadores/as en salud mental.

Entre las experiencias del pasaje de una salud mental con apertura comunitaria, podemos mencionar, por ejemplo, a las Comunidades Terapéuticas desarrolladas en Inglaterra por David Cooper. Siguiendo a Castejón Hermann (2014), estas comunidades venían a desafiar ese binomio tan arraigado de sano/a-loco/a que se promulga en los neuropsiquiátricos, donde además se realizaba una descontextualización de las enfermedades (porque el sujeto era desarraigado de su familia y comunidad, como si el problema fuera solamente algo interno de la propia persona sin considerar -excluyendo- las condiciones y circunstancias donde ese sujeto se desarrolló).

Cooper, con estas experiencias, interrogaba el poder/saber de la psiquiatría, y proponía una horizontalización de las relaciones institucionales. Esto es muy similar a cuando se implementaron en nuestro país novedosos dispositivos de atención ambulatorios como, por ejemplo, los Hospitales de Día, siendo la creación del Servicio de Salud Mental en el Hospital Lanús a partir de Mauricio Goldenberg en 1956 una experiencia inédita en todo el mundo occidental, convirtiéndose en referencia tanto en Latinoamérica como en países de todo el mundo por establecer un modelo tratamiento terapéutico diferente al modelo hospitalario tradicional, más enmarcado en prácticas institucionales abiertas a la comunidad basadas en un trabajo interdisciplinario.

Con estas nuevas prácticas en el campo de la salud mental, podemos decir que la intención era darle una mirada distinta a la locura, dándole voz y poder de decisión a las personas con padecimiento mental para mitigar la privación de la que eran víctimas y reducir la exclusión familiar y socio comunitaria. Por nombrar solo algunos dispositivos de intervención clínica, se encontraban: a) las asambleas: importantes y poderosos dispositivos de producción subjetiva, eran espacios donde la participación era colectiva y se tomaban las decisiones que afectaban a todo el funcionamiento de la institución. La horizontalidad del sistema garantizaba una modalidad instituyente de subjetividad, por la posibilidad de expresión y de escucha, revalorizando procesos simbólicos y de circulación de palabra; b) Paseos, encuentros, participación en eventos y jornadas: fundamentales estrategias para lograr mayores grados de externalización y de reinserción social, permitiendo el establecimiento de vínculos entre las personas con padecimiento mental y su propia comunidad; c) Talleres: artísticos, educativos, laborales, recreativos, entre otros, que permiten experimentar determinadas vivencias con efectos singulares y colectivos.

## Surgimiento de la figura en el AT

De estas breves experiencias, se desprenden algunas coordenadas más precisas sobre el AT, ya que comienzan a emerger nuevas figuras, roles y funciones por parte de los profesionales del campo de la salud mental, que son la antesala de lo que más adelante permitirá ir delimitado cada vez más la figura en el AT.

Es interesante como Castejón Hermann (2014) sitúa en dos niveles el surgimiento del AT dentro de estas experiencias llevadas a cabo en las Comunidades Terapéuticas: primero, nos habla del surgimiento de un auxiliar psiquiátrico, definido como un técnico institucional para, justamente, auxiliar al paciente en su cotidianeidad y en su domicilio; y segundo, expresa que se produce un pasaje de este auxiliar psiquiátrico al de acompañante terapéutico (at) -con un pasaje intermedio entre ese auxiliar y at, que se denominó *amigo calificado*-.

El auxiliar no sólo vigilaba y controlaba (control de medicación e integridad física) sino que también brindaba apoyo afectivo (forma parte de la conceptualización de el/la at).

Cuando sobrevienen las dictaduras en Latinoamérica (década del '70), el auxiliar pasa a trabajar en los domicilios particulares (donde el sujeto se suponía que enfermaba) y si bien pierde apoyo institucional y recursos del equipo de trabajo, este auxiliar pasa a formar parte de la dinámica familiar (dejando ya de ser un mero observador) y eso genera nuevas posibilidades de intervención. El auxiliar pasa a ser representante de la institución, dentro de la dinámica familiar y la comunidad.

Para del Cueto (2014) habría que identificar dos tipos de desmantelamientos con profundos efectos subjetivos, por un lado, las dictaduras de 1975 a 1982 y, por otro lado, el neoliberalismo de 1990 a 2001. En ambos períodos se refleja una práctica más privada de la clínica, en desmedro de justamente una práctica más comunitaria.

Hay que destacar que la aparición de el/la at está más ligada a una praxis que a un cuerpo teórico definido, ya que su surgimiento fue desde la empírea, la práctica, y no a partir de una clara delimitación de identidad, de incumbencias y mucho menos de marco regulatorio. Los interrogantes y los obstáculos se hacían manifiestos en la propia práctica clínica. Es por eso que hubo un pasaje intermedio donde el término de *amigo calificado* ocupó un espacio transitorio (y tal vez necesario) dentro de la conceptualización del AT. Ya que se necesitó, parafraseando a Pulice (2018), mucho tiempo de maduración para diferenciarse de otras prácticas y disciplinas, y es por esto que el AT más que buscarle un autor en particular que haya acuñado el término propio en sí, debe considerarse más como un producto de entrecruzamiento de corrientes y condiciones de surgimiento propios de la época.

En síntesis, hay entonces, según Castejón Hermann (2014), un pasaje primero de auxiliar a *amigo calificado*, y luego, de *amigo calificado* al de at, generando a su vez efectos en las dimensiones política, ética y clínica. Por eso se hace necesario teorizar esta clínica del AT.

## El AT en el campo de la Salud Mental y su fundamento teórico-clínico

El AT se ha instalado, en el amplio campo de la salud mental (véase Ojeda y Suasnábar, este volumen), como un recurso alternativo y efectivo en el tratamiento de sujetos que se presentan vulnerables o inestables ante manifestaciones que requieren abordajes específicos. En ciertos casos en donde el padecimiento del sujeto desborda los dispositivos terapéuticos convencionales, tanto los profesionales como la familia parecen encontrar en la internación la única respuesta, siguiendo aún el modelo manicomial de tratamiento, ante un emergente que amerita un marco de contención singular.

Desde un lugar de apertura y compromiso ético, ante los recursos terapéuticos alternativos a la institucionalización crónica y a la manicomialización, nuestra posición se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 siguiendo el concepto de la salud en general y la salud mental en particular como derecho intransferible.

El AT, constituye entonces, un recurso a partir del cual se pueden implementar distintas modalidades de intervención tendientes a favorecer el lazo familiar-comunitario-social de cada sujeto en tratamiento, posibilitando además la reducción de sus períodos de internación; estabilización e integración social del sujeto con padecimiento mental, que posibilita también, la prevención de nuevas crisis, en el marco de estrategias interdisciplinarias.

Sin embargo, el AT viene delimitando, creando e instituyendo un propio campo, con conceptos teóricos específicos que se articulan en una práctica también particular y que convierten a este campo singular en un dispositivo complejo; por ello es necesaria una reflexión inicial sobre aquellos conceptos que nos guían en el que-hacer con otros/as, desde una perspectiva clínica y ética instaurando una especificidad del campo AT.

Para iniciar este recorrido conceptual, vamos a reflexionar sobre el lugar y función de los/as at y su relación con la estrategia de tratamiento. Y aquí surgen preguntas fundantes: ¿cuál es la función de los/as at?, ¿cuál es su especificidad? ¿cuál es el rol?, ¿cómo trabaja?, ¿con quién o quiénes? Las modalidades en que se despliega el AT son variadas, singulares y articuladas a su demanda, pero donde siempre estará en juego la cotidianeidad de el/la acompañado/a.

## El lugar del AT en la interdisciplina

Es desde el campo del AT donde validamos teóricamente nuestra clínica de lo cotidiano a partir de la acción, la tarea, las intervenciones. En este sentido, el marco teórico desde el cual nos posicionamos y la clínica puesta en práctica en esos encuentros at-acompañado/a configura las características del Dispositivo AT: implica una instalación única y particular en el tratamiento y su articulación con la formulación de un proyecto terapéutico, enmarcado en los lineamientos generales de lo interdisciplinar y el caso singular.

Desde el punto de vista epistemológico, las ciencias son construcciones humanas y sociales; surgen para dar respuesta a problemas que se presentan en la realidad; marcos teóricos que permiten fundamentar las intervenciones en el *objeto* de conocimiento. Sin embargo, muchas disciplinas se erigen como modelos hegemónicos, incuestionables. Los modelos hegemónicos de algunas ciencias, reflejan una devoción de las disciplinas. Pero hay otras disciplinas donde *sujeto y objeto* de conocimiento se construyen mutuamente en la acción, en la misma práctica, y se nutren y retroalimentan de y con otras disciplinas, dando lugar a lo interdisciplinar. Campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas.

De la mano de Stolkiner (1987) pensamos el lugar fundamental de la interdisciplina en el campo AT.

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente; de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (Stolkiner, 1987, p. 313).

Todos/as at trabajan con otros/as, formando parte de un equipo interdisciplinario, integrado por diferentes trabajadores de la salud (véase Ojeda y Suasnábar, este volumen), según el “caso por caso”: psicólogo/a, psiquiatra, neurólogo/a, médico/a, trabajador/a social, acompañante terapéutico, psicopedagogo/a, etc. La indicación de implementar un dispositivo de AT surge de ciertas presentaciones clínicas, con padecimiento mental, son demandas complejas atravesadas por múltiples variables.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Por lo tanto, la actividad interdisciplinaria se inscribe en la acción cooperativa de todos/as, en las acciones con otros/as.

Nuestra posición entonces se enmarca en que los/as at, como agentes de salud, deben formar parte de un equipo interdisciplinario, sosteniendo su autonomía en cuanto a modos de intervención, pero enmarcado en objetivos y estrategias de tratamiento que se han ido delineando conjuntamente con el equipo de salud. Por lo tanto, es menester afirmar que los/as at no trabajan solos/as, hay un marco teórico, que da especificidad al saber hacer (campo de intervenciones) y un equipo interdisciplinario que apuntala y sostiene, en la estrategia de tratamiento singular.

## **La especificidad de las/los at y su posición ética en las intervenciones**

En este recorrido podemos seguir interrogando la función de los/as at, su especificidad, y aquello que determina la eficacia de sus intervenciones. Nuestra posición de cátedra, se aleja de pensar al AT como dispositivos de esquemas rígidos, al estilo de recetas mágicas.

Para comenzar a responder sobre la especificidad de la función de los/as at, debemos partir de la diferenciación de dos posiciones éticas en relación a las intervenciones.



Siguiendo a Pulice (2016) hablamos de ética como aquello que comanda, guía nuestro modo de hacer, nuestras acciones, nuestro modo de estar en el mundo; una posición ética en relación al saber, cómo aquel trasfondo desde donde realizamos las intervenciones en el dispositivo de AT; por lo tanto, podemos afirmar la importancia de la implicación subjetiva en el discurrir del quehacer.

La primera posición, y a la que vamos a cuestionar, la podemos llamar el *Manual del AT*, un manual que nos dice cómo debemos intervenir en toda situación clínica a partir de un determinado diagnóstico. Como si el diagnóstico definiera la subjetividad del/la acompañado/a; nos dijera cómo piensa, actúa y siente; clasificado en algún manual, borrando la singularidad, sus historias vividas, hasta su modo singular de padecer. Un *saber del AT* general que busca la intervención perfecta anticipada, planificada antes del encuentro entre at y acompañado/a; enfatizando una posición clínica orientada a la estandarización y generalización del conocimiento, de los modos de intervención y de los objetivos terapéuticos.

Pero surgen varias preguntas: ¿podría elaborarse respecto de la función e intervenciones de los/as at un manual de movimientos para dar *intervenciones perfectas*? ¿Cómo sabemos de antemano lo que pueda desplegarse en ese encuentro? ¿Cómo sabemos que determinada intervención tendrá su eficacia?

Nos situamos entonces en la segunda posición ética, la que llamamos la *singularidad del caso por caso*, pensando la inclusión de los/as at en la estrategia de un tratamiento particular y singular. Desde nuestra posición, la función de los/as at en un tratamiento no se puede definir a priori, ya que no existe una definición general, descontextualizada, aislada y sin relación a la práctica singular, a un encuadre, a la dirección de un tratamiento.

Por eso decimos que la función del/la at se configura en relación a la estrategia de tratamiento y esta función se irá ubicando y delineando de acuerdo a las particularidades de cada caso clínico.

Sin embargo, a lo largo del tiempo se ha escrito sobre qué función ejerce un/una at y han sido varias las descripciones, desde contener al sujeto, pasando por mostrarse como modelo de identificación hasta desarrollar la capacidad creativa y muchas otras. Está claro que, si partimos de la premisa de no ubicar la función at de antemano, y fuera de los marcos específicos de un caso particular, todo intento de responder a nuestra pregunta, sería en vano. Pero también es cierto que existen coordenadas orientativas al despliegue de la función y rol at y serán necesarias siempre analizarlas, relativizarlas y problematizarlas en el caso por caso, acorde a los objetivos de la estrategia de tratamiento.

Asimismo, el contener al/la acompañado/a estará determinado por el momento en que se despliegue el encuentro con el/la at, así como también por el vínculo y el lugar que la institución o los/as profesionales hayan propiciado con el/la acompañado/a, generando así, la condición de posibilidad para que la figura de los/as at logre formar parte de ese vínculo. No como modelo, con el fin de una adaptación pasiva a las situaciones sino como promotor en la recuperación de viejas o descubrimiento de nuevas actividades (deportivas, recreativas, educativas, intelectuales, etc.) en donde se jueguen los deseos propios del/la acompañado/a, ofreciendo un espacio-

tiempo para que pueda pensarse y reflexionar. Y así promover sus intereses, favoreciendo su protagonismo, de acuerdo a sus posibilidades subjetivas, dentro de su contexto sociocultural.

## La construcción de los lazos en el AT

Parafraseando a Frank y Dragotto (2017) habitamos una sociedad que iguala, homogeniza, produce en serie y propone soluciones estandarizadas, en un modelo que no contempla la singularidad. Desde hace tiempo, somos testigos de una desarticulación de la empatía con el/la otro/a, hay una ausencia de reconocimiento de lo que les pasa, del dolor en su individualidad, sensación de aniquilamiento en la posibilidad de ser un sujeto para alguien.

Desde nuestro lugar como agentes de la salud, sostenemos que los/as at necesariamente debe establecer un vínculo, creando un *lazo sólido*, en una apuesta a lo estable en tiempos de lo efímero. Es muy importante para nuestra práctica, el vínculo que se establece con los/as acompañados/as, pero no como parche, prótesis o suplencia de lo que no tuvieron, sino el vínculo como aquel *medio* por el cual posibilitar los cambios que permitan otras relaciones, otros vínculos diferentes a los cristalizados, a los rígidos que enferman, a los que reproducen estereotipos.

Nuestra posición ética consiste entonces en consolidar relaciones estables, seguras, contenedoras que favorezcan un cierto andamiaje simbólico en contraposición a la fragilidad y vulnerabilidad.

¿Cómo intervenir desde nuestro lugar? La mirada de reconocimiento es fundamental para la práctica de los/as at, posibilitando que los/as acompañados/as puedan desear otras *cosasmás allá y más acá de su sufrimiento*; pensar en el tejido de una red nos permite pensar en el deseo: cuando deseamos algo es que eso no está, es un lugar de falta, como agujero de la red, que nos da la posibilidad de desear, ahí el/la at estará *dispuesto* a escuchar aquellos que los/as acompañados/as tiene para decir.

En un dispositivo AT, el/la acompañado/a suele ser escuchado/a y mirado/a por otros/as: un profesional, el equipo interdisciplinario, etc.; estas presencias suelen determinar y/o sugerir la inclusión de un/a o varios/as at, a partir de la cual se diseñará una estrategia acorde a la situación de cada sujeto en tratamiento y a sus circunstancias singulares. No habrá recetas, ni pautas estandarizadas que igualan a sujetos por tener un mismo diagnóstico y un mismo dispositivo; construir un nuevo ritmo, ese nuevo espacio es el fundamento de nuestra ética del acompañar.

Sostenemos entonces que el vínculo que establece el/la at con el/la acompañado/a, es la principal herramienta. Debemos posicionarnos en un lugar que permita ampliar y respetar la subjetividad, sin prejuicios.

## La práctica, entendida como un saber hacer permanente

Partiendo desde los enlaces que existen entre las teorías y las prácticas, cabe preguntarse por ciertos andamiajes que sostienen la especificidad en el AT, cuestión que nos permitirá pensar acerca de su praxis -entendida como la materialización de la teoría y la práctica concreta en los acompañamientos de sujetos en distintos ámbitos:

Consideramos importante nombrar la investidura simbólica del nombre: el acompañamiento terapéutico sostenido desde la praxis que implica “acompañar” y desde su abordaje, “terapéutico”, nos advierte un doblez peculiar que enmarca un lugar y una forma de intervención que exige coordenadas propias y específicas (Roberts, 2019, p. 1).

Es por ello que las/os invitamos a realizar un breve recorrido sobre las prácticas de intervenciones y abordajes clínicos, mediante interrogantes o pautas, para tratar de entender qué es lo que estamos manifestando mediante este apartado.

En Argentina, el quehacer en el campo del AT se ha ido construyendo de acuerdo al despliegue de sus prácticas, junto a la escritura de casos clínicos y/o recortes, viñetas de experiencias realizadas en distintos escenarios a nivel institucional tanto público como privado, como en atenciones particulares y domiciliarias; y a su vez en la proliferación de diversos marcos referenciales teóricos que vienen escribiendo y respaldando varias/os autores.

La actualidad es un momento fecundo para el *Mundo AT*<sup>2</sup>, porque se viene afianzando la figura e identidad de las/os at como agentes de salud, y a su vez, se avanza a pasos agigantados en los campos de acción, marcos de regulación profesional, incorporaciones al sistema de salud pública, prestaciones de salud y en la formación sistemática y académica; en las cuales se reafirman las teorías que habilitan un saber propiamente AT, que involucran íntimamente al Psicoanálisis, Psiquiatría Dinámica, Psicología, Psicología Comunitaria y Derechos Humanos en relación a la apoyatura conceptual y posicionamiento respecto a cómo seguir construyendo abordajes clínicos y prácticos, no sólo en las intervenciones por venir, sino también en el modo de vincularse con los futuros acompañados/as.

A su vez, las experiencias que se despliegan, según la modalidad de inserción, se podrían dividir en distintos ámbitos: dentro de un marco institucional (escolar, judicial, hospitalario), y desde un marco ambulatorio (proceso de externación, internación domiciliaria); que se abordan siguiendo una perspectiva de derechos, privilegiando el trabajo interdisciplinario y por supuesto, como se menciona más arriba, primando el sentido ético que atraviesa transversalmente a las/os at.

---

<sup>2</sup> Expresión que intenta destacar no sólo la expansión del AT a nivel territorial en Argentina, resto de Latinoamérica y España, sino también en sus marcos referenciales teóricos-prácticos y especialmente priorizando, a todas/os aquellas/os at, que llevan adelante esta apasionante tarea y la ferviente contienda para formalizar la profesión.

## Los inicios de un AT

Se presentan múltiples variables en la iniciación de un AT, por eso amerita despejar -en un tiempo necesario- las peticiones o pedidos de la singularidad de la demanda: quién o quiénes y por qué; dicha maniobra permite que emerja una demanda específica y apropiada, para formalizar las primeras intervenciones y armar un diseño estratégico de tratamiento posible; y a partir de allí, dependiendo de las lecturas y decisiones que se realicen, teniendo en cuenta los contextos, lo interdisciplinario y el quehacer AT, se dará comienzo a los singulares encuentros entre las/os ats y sujeto acompañado/a.

Entonces, para definir la inclusión AT, se requiere de varios movimientos articulados desde la postura teórica, ética y la práctica que los/as habita a cada at, sobre todo para salvaguardar y respetar, como pilar fundamental, la singularidad de aquellos/as (por) acompañar, teniendo en cuenta su universo propio, padecimientos, tiempos subjetivos y de desarrollo, franjas etarias (niños, niñas, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores), contextos familiares, sociales y económicos.

Desde los primeros momentos, resulta oportuno y apropiado contar con un equipo propiamente AT, porque permite montar un espacio privilegiado de reflexión y contención que hace al lugar a las/os at, un lugar de intercambio simbólico y concreto donde el eje estaría en debatir y llegar a conclusiones sobre la práctica en sí.

En estos encuentros iniciales, citando a Pulice (2018):

Se aborda en los modos de estar del at (*o equipo de ats*), que consiste en lo esencial que representa: un modo de ofrecer su presencia, y por el sólo hecho de estar allí disponible, por la mera “presencia en exclusividad” a disposición del sujeto, el acompañamiento tiene ya efectos terapéuticos. (Pulice, 2018, p. 71).

Consideramos que los inicios de un AT son diversos, por ejemplo, la/el at o equipo de at suelen empezar en forma autónoma, otros/as trabajan con el profesional tratante y algunos/as establecen acuerdos directamente con el familiar a cargo; pero muchos otros/as inician formando parte de un equipo de trabajo, con dispositivos de coordinación. Sostenemos como fundamental la figura de la coordinación, pieza indispensable en la configuración de un equipo de at, porque es quien arma las pautas de trabajo: frecuencia y cantidad de horas, regula honorarios con la familia, designará los/as at que van a acompañar dependiendo del caso y de la modalidad singular de cada at. La función del coordinador/a permite el establecimiento de una triangularidad que oficia de ley, es decir favorece a que el AT no quede absorbido por todo el dispositivo y la pluralidad de la interdisciplina.

El tema de la conformación de equipos de at y la figura de una coordinación, suele ser un tema controvertido y/o desconocido por los/as mismos/as at, por eso lo ponemos a consideración, para destacar la importancia de nuclearse y pensar la clínica propiamente AT. Si bien, en nuestro país, existen varias dificultades en relación al manejo del sistema y prestaciones de salud

que suelen complicar los inicios y también peligrar los procesos de un AT, debido a las presentaciones que hay que realizar en las obras sociales y por la demora de los pagos que suelen ser recurrentes, pero aun así rescatamos la imperiosa formalización que requiere el trabajo en equipos, exclusivamente de at, que se comprometan entre sí y a su vez al resto de las/os profesionales que abordan la tarea. Por eso, otro tema de debate, tiene que ver con el grado de autonomía de las/os at a la hora de orientar sus intervenciones dentro de una estrategia de abordaje interdisciplinar, es decir, creemos firmemente que la/el at tiene que trabajar con el respaldo de su equipo y de acuerdo al caso, se incorporará al equipo interdisciplinario que convoque la incorporación del AT para pensar las coordinadas generales con el profesional tratante -la mayoría de las veces profesionales de la salud mental- para luego dar paso a la singularidad del caso, donde se activa el dispositivo AT en su contexto específico.

## **Pensar las prácticas en clave de encuentros y de manera supervisada**

Entrar de lleno en este tema, nos interpela a preguntarnos sobre los posibles momentos y encuentros entre *este par* tan distinguido, al principio puede generar incertidumbre y vacilación ante lo inesperado, aunque sabemos muy bien que existen innumerables razones y motivos que envuelven la idea de acompañar, sobretodo partiendo de las diversas miradas como del profesional tratante, equipo interdisciplinario e inclusive del equipo de at al que se pertenece, de la familia y del mismo/a acompañado/a; por eso justo aquí consideramos valioso no conducirse solos/as, sino *dejarse acompañar* para luego dar paso a los encuentros diarios, semanales que se irán produciendo en el transcurrir del AT.

Una de las formas que empezó a instalarse muy fuertemente, sobre todo en los sectores del AT y el Psicoanálisis -el cual adherimos- es el lugar de la supervisión, entendida como un espacio para ponderar y pensar la clínica que franquea a los/as ats. Una experiencia que empieza cuando los/as at o el equipo de at decide -en forma individual o grupal- generar diálogos con otros: psicólogo/a, psicoanalista, acompañante terapéutico con experiencia; propiciando una apertura en términos de transferencia de trabajo, para hablar de su práctica. Es decir, la consulta -según nuestra opinión- tiene que realizarse con algún referente que conozca el quehacer particularmente AT y que sea por fuera del contexto del dispositivo AT y de los equipos interdisciplinarios en los que se trabaje, con la finalidad de encontrarse en un lugar libre de prejuicios y que facilite abrir juego a las dudas, obstáculos, aciertos y desaciertos en el discurrir de la práctica.

## **Las complejidades de lo cotidiano en el campo del AT**

Estamos en condiciones de afirmar que ha llevado décadas la formalización teórica sobre el AT. Ello viene demostrando que, durante mucho tiempo, los/as principiantes at se fueron

ubicando en dos extremos para pensarse y pensar las intervenciones: desde *la intuición y espontaneidad cotidiana* hasta los esquemas rígidos al estilo *receta*, pasando por intervenciones de otras disciplinas como el psicoanálisis o la pedagogía, desvirtuando la función y rol de el/la at.

Las/os at trabajan abiertos/as a la singularidad del sujeto en su cotidianeidad, produciendo encuentros que irán delimitando las modalidades de intervenciones en las situaciones y los lazos que habilitarán posibilidades inéditas de subjetivación.

Por eso, en el AT se interviene “en un encuadre ambulante y abierto” (Dozza de Mendoca, 2014, p. 82), es decir no debe pensarse en encuadres estrictos, ni rígidos; por lo tanto, debemos permitirnos jugar entre varios elementos y variables que pueden ir cambiando la situación. Cuando nos referimos a la clínica de lo cotidiano estamos advertidos que los encuentros se dan en lugares públicos, con interrupciones que no son tales, serán parte de ese encuentro singular entre at y sujeto acompañado/a. Cuestión que implica estar y transitar en múltiples lugares, enmarcado por una estructura compleja, polifacética y polifónica.

Existen ciertos principios que guían la “Clínica de lo Cotidiano”(Dozza de Mendoca, 2014, p. 76) entre los que destacamos desenfocar al sujeto acompañado/a de su enfermedad mental y/o situación de padecimiento y sostener un espacio en donde su palabra y el hacer *cosas cotidianas* sean las generadoras de nuevos posicionamientos subjetivos.

Se presentan *elementos cotidianos* (actividades o juegos de mesa, realización de comidas, construcción de objetos, entre otros) que favorecen diferentes situaciones y para diferentes finalidades, según el caso por caso. Por ejemplo, jugar a las cartas no tendrá el mismo efecto en diferentes sujetos, ver una serie de TV promoverá en sujetos bajar su ansiedad, en otro entablar una comunicación, etc., de acuerdo a la situación particular, a los objetivos de tratamiento y a la singularidad de el/la acompañado/a.

Para finalizar, señalamos algo más en relación a los encuentros entre la/el at y sujetos acompañados/as, por eso ejemplificamos, con los paseos, como parte de una estrategia peculiar, a diferencia de otros contextos de abordajes que son más estáticos y poco cambiantes, en cambio dar inicio a un paseo con el/la acompañado/a requiere de ciertas coordenadas especiales.

La elección del lugar plantea la puesta en juego de cuestiones importantes a considerar, como parte esencial de la tarea: no situar el pasear como huida del encierro o el aburrimiento, no tomarlo como algo rutinario y desconectado del dispositivo AT. Se debe planificar y colaborar con el sujeto para que pueda articularlo con su deseo, personalizarlo con una elaboración; a diferencia del deambular, movimientos automáticos y vacíos. Y lograr, en los recorridos, una dimensión singular (Pulice, 2018, p. 129).

A modo de conclusión, aclaramos que hemos intentado abordar la mayor cantidad de conceptos, términos y experiencias sobre el lugar del AT en la historia, la teoría y sus prácticas, ya que son temas que solemos reproducir con frecuencia, desde nuestros lugares como docentes, pero esta vez nos detuvimos -una vez más- a reflexionar y pensar la importancia del decir y el

valor de las palabras, por eso ponderamos los espacios de escritura y elaboración, porque nos interpela a seguir considerando una mejor transmisión sobre el apasionante *Mundo AT*.

## Referencias

- Castejón Hermann, M. (2014). *Acompañamiento terapéutico y psicosis. Articulador de lo real, simbólico e imaginario*. Letra Viva.
- Del Cueto, A M. (2014). *La Salud Mental Comunitaria. Vivir, Pensar, Desear*. Fondo de Cultura Económica.
- Dozza de Mendoca, L. (2014). *Acompañamiento Terapéutico y clínica de lo cotidiano*. Letra Viva.
- Dragotto, P. y Frank, L. (2017). *Ética y AT. Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Brujas.
- Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Disponible en:  
<http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>
- Pulice, G. (2011/2016). *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.
- Pulice, G. (2018). *Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Fundamentos éticos de su clínica*. Letra Viva.
- Roberts, H. y Oppedisano, P. (2013). Sobre la iniciación del Acompañamiento Terapéutico. *Clase Taller: Jornadas de Cátedras de la Facultad de Psicología. UBA*.
- Roberts, H. (2019). Acerca del nombre propio, la formación académica del Acompañamiento Terapéutico y Epistemología. *Actas del XV Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico "Acompañamiento Terapéutico, alcances y límites de una profesión en expansión". Septiembre 2019. Rosario*.
- Stolkiner A. (1987). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. De interdisciplinas e indisciplinas*. Nueva Visión.

## CAPÍTULO 2

# Tramos, tramas en el devenir y un Acompañamiento Terapéutico posible

*Roxana Frison y Silvia Fabiana Russo*

*Cátedra Introducción a la Psicología de Niños y Adolescentes*

### A modo de introducción

Nuestra tarea docente en la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), nos invita a compartir algunas nociones teóricas introductorias para pensar la psicología de niños, niñas y adolescentes, que consideramos de importancia en la formación de un agente de salud mental, de un profesional que debe prepararse para intervenir y contener situaciones clínicas agudas y crónicas.

El propósito del presente escrito se enlaza a la revisión de aquello que hemos dado en llamar: *tramos*. Los *tramos* por los que transitan niñas, niños y adolescentes en su devenir, que corresponden a espacios y tiempos psíquicos, comprendidos en el trayecto de vida de un sujeto, en tanto suponen la construcción de identificaciones y vínculos estructurantes. Son espacios y tiempos que -como materialidad psíquica- van a resignificarse por retroacción, comprendiendo operatorias constitutivas y complejizantes. Situamos la relevancia de estos procesos en la emergencia de la subjetividad.

El fundamento teórico dado por el psicoanálisis, sostiene nuestra lectura y práctica. Desde allí, daremos lugar a la multiplicidad que conlleva abordar dichos *tramos* como singulares entramados -*tramas* en constitución- bajo condiciones internas al sujeto, intersubjetivas y sociales. Los *enunciados identificadorios* del conjunto social (Aulagnier, 1988) son vertidos a través de sus representantes prioritarios en la infancia y adolescencia: el medio ambiente familiar y la institución educativa (Winnicott, 2015).

El presente escrito pretende colaborar en la construcción de un pensamiento abierto y crítico, que dé lugar a una práctica creativa y fecunda en el ejercicio del rol de el/la acompañante terapéutico/a (at). Procura ser parte de una formación que preserve a los/as practicantes de la banalización de los conceptos, de la repetición y la estereotipia, como así también de un hacer carente de fundamento, un hacer improvisado. Propiciar, en definitiva, la asunción de una



posición ética, comprometida con el sufrimiento humano, una praxis que esté a la altura de las demandas actuales en salud mental.

## Planteo inicial: encuadramos los puntos de partida

Tal como planteamos, nuestra propuesta se funda en postulados teóricos dados por el psicoanálisis. El psicoanálisis constituye una disciplina que estudia los procesos de la psique humana, que da cuenta del funcionamiento psíquico, una construcción que permite explorar sobre los procesos de subjetivación. Asimismo, aporta nociones conceptuales para pensar las cuestiones generales del conocimiento, el aprendizaje en los aspectos que hacen tanto a su evolución esperable como a la patología (Freud, 1989; Aulagnier, 1988; Winnicott, 1996; (Bleichmar, 1991).

Priorizamos un modo de concebir al psiquismo en el interjuego de cuestiones universales que hacen a su constitución: pulsión, instancias psíquicas, actividad representativa, operatorias sobre las representaciones, procesos ligados al desarrollo emocional; y cuestiones que hacen a la construcción de la subjetividad, entramada en lo particular de cada historia y las condiciones que la atraviesan. Planteamos entonces una organización psíquica temporal y espacial, la existencia de tiempos lógicos de estructuración que se asientan en una cronología, lo evolutivo complejizante y sus trabajos psíquicos mencionados. Es decir: se organiza un desarrollo no lineal con respecto a la experiencia, historia y singularidad de cada individuo (véase Romé y Sosa, este volumen).

En el proceso de subjetivación participan activamente el contexto familiar y el social. La subjetividad se constituye y organiza en un interjuego con los otros primordiales del ámbito familiar y los otros representantes del conjunto social. El factor social se erige entonces en portador de los fenómenos culturales propios de la época. Por ende, cada tiempo histórico-social produce subjetividad a través de sus propuestas identificatorias (Aulagnier, 1988).

Vamos configurando de este modo en el presente trabajo, nuestra concepción sostenida y fundamentada del niño, la niña, el/la adolescente, como sujetos en estructuración, sujetos bio-psico-sociales, es decir, emergiendo como tales, produciéndose en el entramado de lo orgánico, lo psíquico y lo social.

La construcción teórica de Sigmund Freud, retomada por diversos autores cuyas propuestas teóricas priorizamos, tales como Donald Winnicott, Piera Aulagnier y Silvia Bleichmar, supone la base conceptual para el abordaje de los procesos psíquicos que se originan desde el nacimiento y se complejizan a lo largo de un trayecto identificatorio-relacional que se hará extensivo a toda la vida; así como de las problemáticas devenidas a partir de fallas o fisuras acontecidas en dicho recorrido (Aulagnier, 1992).

## Regulación de la práctica en salud mental y notas de época

Antes de abocarnos al análisis de la complejización psíquica, del advenimiento y organización de la subjetividad en el atravesamiento de *tramas* y *tramos* del devenir, nos interesa compartir algunas reflexiones en torno al marco regulatorio de la práctica en salud mental, contemplando uno de los aspectos que nos proponemos trabajar: un Acompañamiento Terapéutico (AT) posible, un hacer, un estar e intervenir, que tiene sus particularidades.

El psicoanálisis, sostenido en el rescate de la singularidad y el trabajo orientado hacia la autonomía, se ensambla, se enlaza, articula, con la perspectiva de derechos. El abordaje de las problemáticas en torno a la salud mental en la infancia y la adolescencia, tiene una especificidad dada por tratarse de una etapa de desarrollo y constitución de la subjetividad.

En Argentina, en el año 2005, se sancionó la Ley Nacional N° 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que permitió la derogación de la Ley N° 10903 conocida como Ley de Patronato del Estado. Cambio de paradigma que significó promover la protección integral de los derechos del niño, reconociendo en consecuencia, su derecho a la protección en salud mental.

En las universidades públicas y privadas, con el Artículo 33 de la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, se recomienda el estudio de la constitución subjetiva y de los diferentes modos en los que se manifiestan los conflictos en los ámbitos en los que niños, niñas y adolescentes se desarrollan y crecen (familiares, escolares, comunitarios, entre otros), así como el estudio de diferentes intervenciones oportunas evitando la institucionalización y la medicalización.

Resulta insoslayable contemplar en este escrito, la nota epocal que supone desde la coordinada socio-cultural, la contemporaneidad del paradigma de derechos y la preeminencia de diagnósticos que cristalizan una determinada problemática, sobrevenida en un sujeto en constitución, etiquetándolo y desconociendo la singularidad de una historia y un devenir, promoviendo la patologización y medicalización de la infancia (véase Cardinal y de la Mata, este volumen).

Es así como el paradigma actual considera a los niños, niñas y adolescentes como titulares de derechos, ciudadanos y miembros de una familia y una comunidad. Ahora bien, asistimos a un momento socio-cultural en el que prima la búsqueda de respuestas inmediatas, una invasión de diagnósticos que constituyen etiquetas con las que se catalogan comportamientos. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en el que se apuntalan los diagnósticos actuales en salud mental, anula la singularidad de un sujeto, su historia y devenir, cristalizando en un presente indefinido una sigla: los niños, niñas y adolescentes dejan de tener un nombre propio para pasar a ser: Trastorno del espectro autista (TEA), Trastorno generalizado del desarrollo (TGD), Trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (ADD, ADH), etc. El sufrimiento psíquico, las manifestaciones de la subjetividad, son entendidos como déficit, lectura que desconoce lo particular de cada sujeto (Rojas, 2013).

Entonces, en las contradicciones de este momento histórico-social planteamos la existencia de la medicalización y patologización de la infancia, constituyendo éste un problema por el cual

se produce el deslizamiento de la medicación, como acto médico legítimo frente a una enfermedad y por efecto, advertimos sobre la medicalización de la vida cotidiana.

## Primeros tramos...

Pensar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos en constitución significa plantear que su psiquismo se va organizando y complejizando a lo largo de una temporalidad y espacialidad. No se tratará de un tiempo lineal (véase Urtubey y Moreira, este volumen) sino de un tiempo a conquistar. La témporo-espacialidad debería advenir en una serie de condiciones a darse, para que esa conquista resulte posible. De manera que, en este apartado, haremos hincapié en dichas circunstancias con la perspectiva de temporalidad a cargo de los aportes de Piera Aulagnier y la de espacialidad, desde la obra de Donald Winnicott.

Tomaremos en primer lugar, para abordar estas cuestiones, algunas nociones conceptuales de la construcción teórico-clínica ofrecida por la psicoanalista Piera Aulagnier (1923-1990) quien desarrolló su práctica en Francia, publicando sus contribuciones y novedades al corpus teórico psicoanalítico, entre los años 1961 y 1990. A partir de su práctica clínica e institucional (hospitalaria), en particular con la problemática psicótica, llevó a cabo un estudio riguroso de la teoría propuesta por Freud, realizando numerosos aportes conceptuales que permiten pensar los orígenes de la subjetividad, los comienzos de la actividad psíquica, representativa.

Uno de los ejes priorizados por la autora, lo constituye el *proceso identificador* (Aulagnier, 1992), trayecto por el que transita el sujeto, desde el momento de su nacimiento y a lo largo de toda la vida. El proceso identificador supone el conjunto de acontecimientos que marcan la primera infancia de todo sujeto. El niño/niña se ve confrontado con experiencias afectivas, somáticas, psíquicas que lo obligan a un trabajo de reorganización permanente. Dice la autora que todo sujeto nace en un “espacio hablante” (Aulagnier, 1988, p. 112). Nacemos en un mundo de lenguaje, pero su incorporación no está asegurada desde el comienzo.

En el tiempo de la infancia quienes conforman el medio familiar, son los encargados de cuidar el estado del cuerpo del bebé, de descubrir las manifestaciones que expresen el estar bien o la inversa, el mal presente. Los adultos a cargo de la crianza de un niño/niña, quienes le reciben y se hacen cargo de sus primeros cuidados, en general la madre, son quienes organizan las experiencias emocionales del bebé (Aulagnier, 1992).

Los dos organizadores esenciales del espacio familiar son, en consecuencia, el discurso - palabras, enunciados- y el deseo de los adultos responsables, que asumen el compromiso de la crianza. La empatía materna, que supone dar respuesta ante las manifestaciones del cuerpo del bebé, va produciendo una inscripción y reorganización de la historia en la vida somática. Como plantea Aulagnier (1988), el cuerpo, con su sustrato orgánico, es una construcción y como tal, se encuentra atravesado por un conjunto de enunciados. *Enunciados identificatorios* que inauguran la historia del cuerpo y que se fundan en la palabra y el contacto en el encuentro madre - hijo, y aún antes, en la red deseante y discursiva que lo antecede (Aulagnier, 1988).

Desde antes del nacimiento entonces, planteamos la existencia de un discurso que concierne a ese bebé, que va a recibirlo y acompañarlo en todo un primer tiempo de vida: dirá Piera Aulagnier, un discurso -relato, enunciados, palabras- que se anticipa a su entendimiento y que como tal constituye una violencia. Se tratará de una violencia necesaria para permitir el acceso del sujeto al orden de lo humano. Ese adulto, ubicado en una posición asimétrica y protectora respecto del bebé (Bleichmar, 1991), desde su deseo y cualificación de la necesidad de ese cuerpo, está creando una demanda. Piera Aulagnier (1988) la denominará: *violencia primaria*.

El yo, como instancia psíquica constituida, que tiene a su cargo la actividad de pensamiento, requiere contar con una anticipación vertida por los otros significativos (Aulagnier, 1992). Los enunciados, las palabras, los anhelos donados por esos otros primordiales, constituyen trazas fundantes, marcas que anticipan y bordean el primer *tramo* de una historia en ciernes, historia libidinal e identificatoria. El término *portavoz* (Aulagnier, 1988) define la función del discurso de la madre en la estructuración de la psique. *Portavoz* porque la madre significa, nombra, les da un sentido a las manifestaciones del cuerpo del bebé y *portavoz* también en el sentido de delegado, de representante de un orden exterior (ese conjunto social en el que están inmersos) cuyas leyes y exigencias transmite a través de sus palabras. Vivir, tal como plantea la autora, exige la satisfacción de una serie de necesidades de las que el bebé no puede ocuparse en forma autónoma, pero, del mismo modo, exige una respuesta a las "necesidades" de la psique. Aulagnier (1988) propondrá, en consecuencia, "la función de prótesis" (p.116) que desempeña la psique materna respecto a su hijo recién nacido.

Tal como plantea la autora, las primeras manifestaciones de la vida psíquica y somática del bebé producirán emoción en la madre y las manifestaciones de esta emoción modificarán el medio al que el bebé reacciona, y con ello sus efectos sobre su vida psicósomática. El primer encuentro madre-hijo supone un riesgo, dado que siempre hay una distancia entre el cuerpo real y la imagen- idealizada- que lo precedió.

Mientras tanto, al tiempo que se satisfacen sus necesidades biológicas, las zonas sensoriales del cuerpo del bebé que entran en contacto con el adulto a través de su cuidado, se erogenizan. Es decir, recibe *alimento psíquico*: caricias, melodías, palabras, miradas dirigidas y mantenidas en relación a la totalidad de su cuerpo, configuran los elementos que van inscribiéndose, requiriendo un modo de procesamiento que no es biológico. La psique entonces es surgimiento de representación. Esos olores, sabores, texturas, que conforman y se desprenden de los primeros y sucesivos encuentros, obligan a un trabajo de *metabolización*, de apropiación. Como efecto del entrecruzamiento de lo relacional y lo pulsional (la carga energética, la fuerza psíquica), adviene la representación psíquica. Es decir que la psique, a través de sus procesos, va a realizar el trabajo de *metabolización* (representación, incorporación) de los elementos de información -información libidinal- que ingresan en los sucesivos encuentros a través de la sensorialidad. El cuerpo investido entonces, va a presentar el material para la actividad de representación incipiente (Aulagnier, 1988).

Es de fundamental importancia para su devenir, que el niño/niña sea incluido en un sistema de parentesco y en un orden temporal y simbólico. Esto le permitirá reconocerse a través de los cambios, construir su identidad y ubicarse respecto a los otros.

Aulagnier (1988) identifica un último factor que interviene en el vínculo entre los padres y el hijo, así como en la constitución del psiquismo. Bajo el nombre de *contrato narcisista* (Aulagnier, 1988) da cuenta de la relevancia que cobra el medio extrafamiliar, el contexto social y el lugar que estos padres ocupan en él. Desde ese lugar y atravesados por la legalidad del conjunto, los padres se relacionan e invisten a ese hijo. A su vez, ese nuevo integrante del conjunto social, deberá encontrar en el mismo, un soporte identificatorio dado el corrimiento del primer soporte constituido por los padres.

Tomamos a continuación algunas nociones que nos aporta Donald Winnicott (1896-1971), a los fines de enriquecer nuestro abordaje del primer *tramo*. Este autor, oriundo de Inglaterra, realizó su formación como médico pediatra en una primera instancia de su trayecto profesional, formándose luego en psicoanálisis. Su tradición kleiniana, permitió sustanciar una teoría sobre el juego como espacio-tiempo de construcción -cuya impronta se inaugura con la presentación conceptual en 1951- de un objeto cuya importancia radicará en el logro de la maduración del individuo y su desarrollo emocional (Winnicott, 1996; 2015). Si bien, el *objeto transicional* será retomado y definido en un próximo apartado de este escrito, presentaremos ahora la noción de *espacio transicional* y ciertas coordenadas teóricas para reflexionar sobre el *tramo* y *trama* de los individuos, y su constitución subjetiva (Winnicott, 1996).

Desde su trabajo con madres y bebés, fue en inicios la observación fija y su propuesta de atención conjunta, la que dio marco a realizar un aporte nodal a la psicología del niño. Winnicott conceptualizó un tercer espacio, cuya riqueza explicativa delimitaría una zona de salud para todos los individuos; un lugar y tiempo personales donde se refugiará el sí mismo (Winnicott, 2015).

Considerando la realidad interna y la realidad externa, el autor se posicionará a partir de una espacialidad psíquica “intermedia”. Esta *trama* -cuya especificidad será la consolidación de un desarrollo emocional en términos de salud- abre opción a explicitar una función y sustancialidad que será de relevancia en el crecer y madurar *entre* estas realidades. A través de una función ejercida por la *madre suficientemente buena* y en un *medio ambiente facilitador* (Winnicott, 2015) el bebé sorteará la constitución de su propio entramado psíquico. Dicho constructo advendrá en un *proceso* que Winnicott denominará *de ilusión/desilusión* (Winnicott, 1996). El pasaje por esta zona y esta capacidad propiciada por la madre, en primera instancia, será de relevancia en la potencialidad transicional para el sentirse vivo del individuo. A partir de la posibilidad de crecimiento hacia la independencia -que acompañarán la madre y el ambiente familiar- se enlazarán estas experiencias a la singular forma de avanzar en el conocimiento del mundo, de cada sujeto. Como condición del desarrollo emocional, se irá estableciendo mediante un pasaje por vivencias y logros, el reconocimiento de cada categoría hacia una maduración que llevará toda la vida. Éstas serán las bases en lo psíquico, para una construcción en cada sí mismo, y del mundo como real y propio.

Partiendo de una *dependencia absoluta* al nacer -y continuada durante los primeros seis meses, aproximadamente- un individuo precisará para vivir, de un cuidado suficientemente bueno y adaptado casi totalmente a sus necesidades. El saber materno que Winnicott describirá, inclusive antes de nacimiento del bebé, será nombrado como *preocupación maternal primaria* (Winnicott, 2015). En este sentido, recuperamos la idea de indefensión freudiana y su conexión con la noción de *auxilio ajeno* (Freud, 1989). El adulto propiciará un *sostén*, ésta es la traducción de lo que Winnicott denominará *holding* (1996), significando estas funciones de sostenimiento lo que entramará al organismo/cuerpo en tanto psique-soma desde un contener emocional y asistencial en lo orgánico. Para continuar su maduración, el bebé experimentará a partir de la segunda mitad del año de vida, algunos logros conductuales que denotarán cambios en la dependencia. Una noción de otredad comenzará a asimilarse y se generará una instancia en la que se evidenciará una construcción de lo pre-simbólico. Se transitarán experiencias de asimilación donde ante la ausencia y presencia, se continuará descubriendo una construcción del mundo y del sí mismo, en la oferta y demanda que la vida misma suscitará.

Esta categoría de *dependencia relativa* es un recorrido muy importante en términos de desarrollo emocional, que fundamentará el pasaje entre mundos (interno y externo), o sus realidades (interior y exterior). Toda la existencia de un individuo significará resolver estos pasajes, constituyéndose un *tramo* singular a la propia *trama* de condiciones generales y particulares pertenecientes al desarrollo emocional. El camino *hacia la independencia*, coronará luego –alrededor de los tres años- un tiempo-espacio que signará la inclusión en la experiencia cultural, junto con la aceptación de las reglas y de los otros, en tanto vínculos e instituciones. Corresponderá este entramado al *tramo* en interjuego que reúne y diferencia -para cada sí mismo- el constructo del jugar y el hacer (Winnicott, 2015).

En virtud de lo trabajado, podemos formular los siguientes interrogantes: ¿Qué efectos sobre el psiquismo en constitución se producen cuando se presentan fallas en el medio ambiente psíquico en el que nace y crece un niño/niña?, ¿qué manifestaciones devienen de las fallas en la estructuración y funcionamientos psíquicos? Si el discurso y el deseo de los adultos primordiales organizan el espacio al que adviene el yo, ¿qué consecuencias provoca la ausencia de dichos organizadores o los aspectos fallidos en el ejercicio de las funciones materna-paterna?

En términos de generar capacidades -como piensa Winnicott- se tratará de acompañar al bebé a crear su propia existencia viva. En el desarrollo emocional y su explicitación teórica, una de las preocupaciones de Winnicott fue la de situar los fundamentos del existir del individuo. Es decir: ¿qué hace sentir vivo al ser de un individuo?, ¿qué hacía sentir vivo a cada uno de sus pacientes? Visión con alternativa diagnóstica, en el caso de su práctica como psicoanalista. La combinación de esta causa, se entrama en toda *trama* de condiciones emocionales, con la potencialidad que hará *tramo* en cada individuo, con efecto subjetivante.

La concepción de *continuidad existencial* (Winnicott, 1996) tendrá en cuenta el sostén como organizador del ser. La falla estructural del adulto humanizante, habilitará un cuidado que es adecuado y no perfecto. Sostener es estar atento a fallar y, por lo tanto, desilusionar, con opción gradual y óptima al tiempo-espacio del bebé. Captar esta *trama* como condición de entramado

saludable, incluirá el modo singular de pergeñarse cada *tramo* subjetivo en la constitución psíquica de cada niño/niña. La ausencia -como modo real- en la respuesta inmediata no abarcará una angustia aniquilante, si se logra una experiencia funcional al tramo-espacio transicional de cada bebé-individuo. La potencial continuidad en el sentirse vivo, será la red, que a través de un quehacer del ambiente facilitador renueva una y otra vez, la innovación creadora y vivificante en lo intra y por efecto, lo inter subjetivo.

Consideraciones de interés en tanto las posiciones teóricas sobre la salud y la enfermedad, serán retomadas en nuestra propuesta al reflexionar sobre el rol y función del AT, y concepciones fundantes sobre lo psíquico, análogas al ejercicio de la crianza y el quehacer en la tarea terapéutica.

## **En el tramo y la trama de la niñez: la autonomía de pensamiento**

En el entramado de lo intra y lo intersubjetivo que venimos elaborando, vamos instalando las nociones de tiempo y espacio como constructos. El tiempo y el espacio advienen con el nacimiento del yo, quien se ubica y se apropia de los mismos en el trabajo de construcción de un pasado y de proyección a un futuro. Entonces, el niño/niña podrá reconocerse en un tiempo presente, retrotraerse a un pasado y proyectarse a un futuro: lograr un *yo quiero ser*. (Aulagnier, 1992). Podrá en consecuencia ubicarse en un espacio, espacio construido desde los primeros tiempos. A partir de la presencia-ausencia del otro adulto en su auxilio y cuidado, el bebé se fue diferenciando y asumiendo un cuerpo propio, reconociendo un exterior-externo a él mismo. El niño/niña entonces podrá ubicarse en un sistema de parentesco, en relación a un medio familiar y uno extrafamiliar, podrá transitar y apropiarse de otros espacios físicos -plaza, jardín de infantes- otros adultos y otros pares.

Los Principios de permanencia y cambio atraviesan todo el proceso identificatorio-relacional, la permanencia de una mismidad, de una identidad que se reconoce a través y a pesar de los cambios. Esta trayectoria, tal como planteamos, tiene que ofrecer al sujeto sus puntos de certeza: los que le asignan un lugar en el sistema de parentesco y en el orden genealógico (Aulagnier, 1992).

Los primeros capítulos de la historia de cada sujeto, dirá Piera Aulagnier, -aquellos que anteceden al yo, instancia psíquica que tendrá a su cargo la actividad de pensamiento-, serán escritos por retroacción. El yo necesita de un relato (parental) que le posibilite pensar ese antes de su existencia (Aulagnier, 1992). Entonces, dada la articulación entre la capacidad de elaboración propia del aparato psíquico con ciertas condiciones que anteceden y propician el advenimiento del yo, el sujeto podrá, en su modalidad de funcionamiento, manejarse sostenido desde la lógica del conjunto que remite al campo socio-cultural.

El yo se forma en un medio discursivo donde los enunciados que lo nombran intervienen en la construcción del cuerpo, de la realidad, del espacio, del tiempo, de la historia y de la actividad de pensamiento. Actividad de pensamiento que, en su funcionamiento autónomo, requerirá del

discurso de otro -adultos primordiales- que narre el primer capítulo de la historia que antecede al yo, como así también que celebre ser puesto en cuestión.

La cría humana, tal como plantea Bleichmar (1991), se constituye como sujeto en el marco de relaciones de cultura: relaciones singulares dadas en el interior del vínculo con el prójimo. La autora subraya la asimetría existente entre el semejante y la cría. Dicha asimetría inaugura un enigma que abre la curiosidad intelectual. El pensamiento representacional, es decir, la constitución de la imagen mental de un objeto que está ausente en lo real, es el efecto de una complejización creciente del aparato psíquico tendiente a encontrar vías de ligazón a una cantidad de energía que ingresa en los sucesivos encuentros y lo somete a un esfuerzo de trabajo, tal como trabajamos respecto al primer *tramo*. El origen del pensamiento supone un interjuego entre lo inscripto en el psiquismo y lo que hay que descubrir. El objeto no puede ser totalmente idéntico al inscripto, ni totalmente diverso, porque eso no permitiría que tenga ningún interés.

En el proceso de conocimiento, el yo (como instancia psíquica constituida) tiene que poder contar con una representación de sí mismo que posibilite la autodenominación. El proceso de conocimiento se establece como un proceso de alejamiento de los objetos de base, madre y padre.

¿Cómo adviene entonces el pensamiento autónomo en el entramado de un devenir, aquel que podemos explorar a partir de las preguntas formuladas por los niños y niñas, la puesta en duda de los enunciados que se le dirigen?

En el año 1905, Freud propone el término *pulsión* conceptualizándolo en relación a la sexualidad humana y planteando el carácter de ley que posee la existencia de una pulsión sexual en la infancia. En el primer florecimiento de la vida sexual del niño/niña, entre los tres y los cinco años, se inicia la actividad que se vincula con la *pulsión de saber*. La *pulsión de saber* lleva al niño a investigar, a partir del riesgo -experimentado o temido- de la llegada de un hermano/a, situación ésta que agudiza su capacidad de pensar. El primer problema que lo ocupa es el enigma ¿de dónde vienen los niños? Freud sostiene que las respuestas habituales que dan los adultos frente a la curiosidad sexual del niño/niña, que suponen un engaño o una evasión, lo decepcionan. A partir de este momento comienza a desconfiar de sus padres (Freud, 1907). Esta duda, que supone apertura y cuestionamiento, es posible para el niño/niña si esos adultos significativos que conforman el medio ambiente familiar, los acepta, celebra, propicia. Entonces aparece la posibilidad para ese niño/niña de mantener un secreto, la posibilidad también de mentir. El niño/niña va armando sus propias conclusiones, teorías de las más diversas que se enlazan al momento de constitución psíquica, los enigmas propios de cada tiempo lógico de estructuración.

Para Donald Winnicott, la actividad de pensar se liga a la integración. Dentro de la estructuración psíquica será vital la relación entre imaginación y creación, ya que el pensamiento se irá organizando en concordancia con la pérdida del sentimiento de omnipotencia, madurando arreglos con la incorporación y metabolización de la realidad. El espacio de lo transicional, alojará este proceso de ganancia y tramitación de la *sustancia de ilusión* que será materia esencial para el acto de pensar (Winnicott, 1996). Crear el objeto, inaugurará la zona pensante de un individuo. Su condición se construirá a partir de que el otro en su sostén, instale la confianza para crear y,



por ende, ser. Se *experimenta* la combinación del espacio psíquico que transicionalmente se recreará albergando dichas realidades. Lo potencial creativo tendrá lugar y tiempo en consideración con la vivencia y experimentación del vivir y su hacer (Winnicott, 1996). Argumentamos como lo hace Winnicott, afirmando el modo potencial en lo transicional de un crecimiento y maduración, que metaforiza la reunión y diferenciación subjetiva, consolidando una zona (única) de relajamiento de la propia persona, en un sí mismo. Arribamos, en consecuencia -desde nuestra perspectiva de elaboración, en tanto la psicología infanto-juvenil- sobre la organización del pensamiento: pensar es crecer.

En este eje, incursionaremos ahora en las condiciones de construcción de un proceso de conocimiento, de aprendizaje. Tal como lo trabajamos, es necesario que haya sujeto cognoscente. Puede o no haberse constituido, para ello es necesario que haya un aparato psíquico funcionando, con un ordenamiento representacional, un aparato psíquico dividido en instancias. Las condiciones de constitución de ese aparato psíquico son efecto de relaciones primarias con el semejante, que le otorgan una energía específica y un conjunto de huellas que tendrán como destino la represión y su lugar en el inconsciente. Si este inconsciente no logra situarse como reprimido, el niño/niña quedará sometido a invasiones constantes y masivas que no permiten la constitución de procesos de conocimiento (Bleichmar, 1991).

Podemos articular -y ejemplificar- esta aproximación teórica a las manifestaciones desplegadas por niños y niñas que encuentran dificultades importantes al momento de hacer lazo, de avenirse al elemento novedoso que todo aprendizaje supone, que presentan problemas para situar su atención frente a determinada consigna o propuesta, que no pueden ubicarse espacialmente portando movimientos corporales desorganizados que denotan malestar. Manifestaciones en las que subyace sufrimiento psíquico que nos convoca a la exploración, a un trabajo de historización que permita sostener una lectura de la singularidad de un trayecto, de un devenir, como así también implementar las intervenciones que consideramos oportunas de acuerdo a la particularidad de la problemática presente.

## **La creatividad desplegada en el devenir de niños, niñas y adolescentes: el juego y el dibujo**

Si bien la palabra es uno de los medios por los que un niño puede expresarse, no suele ser el privilegiado. El juego, el gráfico, el modelado, son medios que permiten explorar el trabajo simbólico del psiquismo en constitución. Invitar a un niño/niña a jugar es convocarlo a trabajar psíquicamente. El jugar constituye una actividad propia de la infancia ligada al deseo, realización de deseo, creación, y procesamiento de vivencias y afectos. Podemos plantear la interrelación de tres nociones: jugar, imaginar y pensar (Winnicott, 1996). El dibujar también se instituye en un modo propio de elaboración simbólica, un dibujar que dibuja al niño. Cuando un niño dibuja, más allá del contenido del dibujo, se dibuja. La producción gráfica será reconocida como una vía a la constitución subjetiva del niño, junto al juego y la palabra.

Empecemos entonces por el dibujo. Con sus manos pintadas los niños y niñas dejan en diversas superficies una de las primeras marcas subjetivas. Esas manos se crean en el momento en que dejan huella. Se trata de un logro subjetivo, una conquista, y no de un aprendizaje.

Hay momentos de la constitución psíquica que posibilitan un determinado dibujo. Todo trazo, toda producción de un niño/niña, todo dibujo, en consecuencia, debe ser pensado en relación con una singularidad, una historia, producto de movimientos psíquicos. El dibujar es un efecto del momento de constitución psíquica y a la vez es un acto que *crea* psiquismo. En el dibujo hay una relación entre actividad motriz, visual y a veces, verbal. Los dibujos, en tanto modo de expresión, suponen una forma de representar lo vivenciado. Vivencias que se tornan experiencias de encuentro, con el propio cuerpo y con los otros significativos. En la zona de lo transicional - como introdujimos anteriormente- denominada también, *espacio potencial y/o zona intermedia de experiencia*, Winnicott presentará al *objeto transicional* en 1951, en su artículo fundante de lo que significó un aporte que generó nuevas condiciones para pensar el espacio-tiempo en el desarrollo emocional. Esta nueva concepción de la lógica de lo psíquico, aportará una noción novedosa al campo teórico: una *teoría del jugar* (Winnicott, 1996). Dentro de esta construcción, sintetizaremos su esquema para nuestras especificaciones a indagar y resituar el valor fundacional en *trama- tramo* que hace a cada niño, niña y adolescente.

Introducir la teoría de juego supone clarificar una primera disquisición: *play* y *game* en inglés, acepciones que traducidas explican el término juego. Habrá una diferencia de relevancia: la primera corresponderá a la intervención teórica nodal de su teoría: juego libre. Apunta a la capacidad de jugar del individuo, espacio donde esta experiencia permitirá crear. Tendrá las reglas que el individuo pueda construir entre la perspectiva cultural-social y la libertad que se genere en lo emocional. La otra acepción define al juego reglado. Winnicott (1996) apostará a una teoría del jugar como metapsicología de un desarrollo emocional saludable. Si el individuo no juega, no madurará como persona. Este espacio entre realidad interna y realidad externa -subjetiva y objetiva- será el marco de pasaje para esta capacidad en la constitución psíquica (Winnicott, 1996).

De esta propuesta entendemos que el crear tendrá que ver con el devenir del ser. Este entramado conformará la dinámica base en la experiencia cultural y el vivir. Esta construcción desde lo creativo, la retomaremos a partir de una espacialidad intermedia -básica de salud- consolidada en esta *trama* de procesos ligados al desarrollo emocional (Russo, 2017).

Creatividad, entonces, tendrá una primera definición desde el sentido psicoanalítico que Winnicott nos legó en su libro póstumo *Realidad y Juego*: “una actitud de la persona ante la realidad exterior” (1996, p. 61). Vivir en forma creativa tendrá que ver con percibir la realidad de esta manera, entre la paradoja del acatar y el sobrevivir con respecto a las solicitudes que realiza una cultura, y mediante un interjuego que la realidad objetiva y subjetiva, permitan. El individuo se *hace* en su propia zona de juego. Allí donde todo lo placentero y ligado a la salud emocional estará permitido. Como zona potencial, esta posibilidad de espacio transicional quedará ligado a la vida y al ser. Sin ser ni una realidad externa ni interna, hará un paso, un paso *entre* una y otra, donde se aloje a subjetividad creadora.

En este contexto, cabe diferenciar la noción de *creatividad* (Winnicott, 1996) del concepto de *sublimación* freudiano (Laplanche, 2004). La creación no apuntará al logro artístico ni socialmente valorado. No consistirá en la obra artística. Incluida la descripción como mecanismo de defensa, Winnicott se distanciará de estas definiciones y alertará al cuerpo teórico del psicoanálisis: “El impulso creador es una cosa en sí misma” (1996, p.64).

Habida cuenta, lo transicional como espacialidad psíquica otorgará a la creatividad otro lugar. Lo recreará como un soporte del vivir, y basal al funcionamiento psíquico. Retomará la sustancia propia de ilusión del área transicional (que explicitamos sobre el desarrollo emocional y su elaboración en categorías), vinculando este espacio psíquico a la de la agresividad impulsora para la relación de objeto, por ende, con el mundo (Winnicott, 2003). Lo que el individuo haga, será creativo si contiene de su sí mismo en resonancia con el sentirse vivo. Winnicott abrirá la dimensión de lo vivo y será la instalación de esta zona transicional -como espacio psíquico- el núcleo teórico propio de la tramitación y simbolización psíquica (Winnicott, 1996). Jugar -como anticipamos- será sinónimo de desear, pensar y hacer.

Desde luego que las posibilidades creativas expresadas por niños, niñas y adolescentes a través de juegos y dibujos, se enlazan a sus posibilidades cognitivas, a la complejización de sus pensamientos, y la socialización que van pudiendo establecer a lo largo de los *tramos* transitados y *tramas* enlazadas. A su vez, se produce una retroalimentación puesto que la producción de subjetividad, en su proceso, se ve propiciada y enriquecida por sus expresiones.

## Últimos tramos del sujeto en constitución: el advenimiento puberal y los trabajos psíquicos de la adolescencia

La adolescencia es el tiempo en el que se construye el relato histórico de un tiempo-espacio psíquico, acerca de lo vivido en la infancia, será una autobiografía. Dicha historización -en tanto el niño/niña que ha sido- podrá ser posible si se lo ha reconocido y habilitado a saber. Su investigación implicará el advenimiento de un pensamiento autónomo (Aulagnier, 1992). Es crucial invitarlo/a a poner en duda, a preguntar, a explorar el mundo y a sí mismo/misma, propiciando un pasaje del niño/niña investigador al adolescente historiador.

La especificidad del tiempo lógico de constitución psíquica que supone la adolescencia, representa un período en el que se da un giro y una encrucijada en el movimiento identificatorio por el requerimiento de modificar su relación de dependencia con el pensamiento parental (Aulagnier, 1992). El proceso adolescente confrontará al sujeto con dos muertes: la del niño imaginario (la imagen del cuerpo infantil, la identidad y el rol de la infancia) y la de los padres (los adultos de la infancia, esos otros primordiales atravesados por la idealización).

Como se trabajó en el apartado anterior, desde la perspectiva espacial de la transicionalidad, Donald Winnicott establece consideraciones para estas transiciones. Retomando la versión orgánica, va a diferenciar la pubertad, en tanto proceso que alude a la maduración física y propondrá a la adolescencia como una etapa cuyo desarrollo emocional es una transición hacia la

adultez. Siguiendo aquí con la noción de *espacio transicional* y el paso o pasaje entre el niño/niña que ha sido, y dará lugar al adolescente - futuro adulto- en tránsito de experiencias y rebeldías esperables. En términos de salud emocional y un recorrido *hacia la independencia*, será relevante su ánimo por hacer, rebelándose (Winnicott, 1996; 2015).

Es la concepción de pubertad un real que acontece en el cuerpo, un hecho que se presenta de acuerdo a patrones genéticos. Sin embargo, irrumpe desde este cuerpo provocando un caos en un aparente equilibrio anterior: la latencia. Desde el punto de vista biológico: se da la adquisición de nuevas reacciones fisiológicas, la maduración biológica con el nuevo funcionamiento endocrino y hormonal, con sus transformaciones y nuevas vivencias que requieren de inscripciones psíquicas para su significación. Lo puberal-adolescente supone que la pulsión vuelve a cobrar protagonismo. El cuerpo púber es un cuerpo genitalizado y la inscripción de esta novedad requiere trabajo psíquico. La nueva imagen corporal marcada por los signos de la propia identidad sexual puede producir un efecto desorganizador (Rother Hornstein, 2015).

Pensamos el padecimiento puberal a causa de un crecimiento físico que dista de ser armonioso. Suele producirse un extrañamiento respecto del cuerpo propio y el trabajo de incorporación de lo nuevo llevará tiempo-espacio en su entramado. Se requerirá pensar, elaborar, simbolizar los cambios. A su vez, la atención de los púberes suele girar en torno a aquello que dista de lo esperado o los ideales singulares, los que, a su vez, se significan en los ideales de la época. Como ejemplo, suelen poner el acento en las insuficiencias o imperfecciones con respecto al peso, la altura, los rasgos faciales, por nombrar algunos. Esta situación conlleva sufrimiento y puede precipitar ataques al propio cuerpo. El cuerpo se presenta como un espacio que puede convertirse en sede de marcas, cortes, diversas agresiones.

La adolescencia puede ser pensada como un tiempo de desencuentro, un *desencuentro transicional* (Frison, 1995) que supone una espacialidad donde se experimentará una crisis fundante al desarrollo emocional. Winnicott la propone como un espacio donde continuar en lo potencial del juego, un interjuego donde la relación con el otro como semejante y el propio cuerpo en sus cambios implicarán un nuevo tiempo de construcción y re-construcción, incluso. El/la adolescente deberá detentar su irresponsabilidad en la rebeldía de existir y enarbolar su capacidad de soñar (Winnicott, 1996).

La reconstrucción de la identidad es un trabajo psíquico que resulta condición para la independencia. En este sentido es crucial la separación del ámbito familiar. Es esperable que los adultos permanezcan sosteniendo la asimetría y el lugar de autoridad que la misma otorga. En términos de Winnicott, el mundo adulto debe ser un ambiente transicional y facilitar la experiencia transicional y, como alguna vez expresó en el primer año de vida, propiciar la creación de un nuevo lugar. Este estar en aspectos de desarrollo emocional se complementará con un adulto que sostenga el embate. Sea soporte de una zona de prueba y pasaje en lo subjetivo, que recreará historia y creará un tramo singular a trayecto vital. En esta *trama*, el ambiente facilitador, será “responsable” de contener y alentar la experiencia de interjuego con el espacio-tiempo de la otredad, el cuerpo y el exterior-exogámico (Winnicott, 1996).

Si el proceso adolescente se realiza al interior de un sistema de relaciones, es también en un tiempo y espacio en el que esperar los desafíos La rebeldía adolescente y la búsqueda de identificaciones en el afuera de la familia, se ponen de manifiesto a través de conductas que conllevan riesgos, pruebas en las que los pares se instituyen en jueces y habilitantes del ingreso al mundo de los iguales.

Los ritos de iniciación, característicos de tribus y sociedades primitivas, suponían marcas en el cuerpo y representaban el pasaje de la infancia a la adultez. En la época actual, esos ritos se desdibujaron, se encuentran menos instituidos. En nuestra cultura, los y las adolescentes se hacen cargo de marcar el pasaje y en muchas ocasiones, se produce un corte. Los tatuajes, los cortes, los agujeros, las problemáticas de la alimentación, son marcas que se tornan visibles y que conllevan múltiples significaciones. Y allí, nuevamente, la importancia de investigar sobre las *tramas* y *tramos* propios de cada devenir.

En el tiempo de la adolescencia, el sujeto toma a su cargo los anhelos identificatorios que en la infancia fueron vertidos por la madre y los otros significativos. La afirmación de los ideales del yo, supone un cambio en el registro identificatorio: “yo quiero ser, hacer...”. Aparece por ende como pensable la noción de proyecto, de futuro. Es precisamente esta posibilidad la que asegura al sujeto su capacidad de investir un devenir y crearlo (Frison, 1995).

## **Conclusiones: tramos y tramas para un Acompañamiento Terapéutico posible**

En vías de concluir este escrito y dejar abiertos interrogantes e inquietudes, nos interesa ahondar en el rol de el/la at, tal como lo pensamos, como agente de salud, como una de las herramientas clínicas, de los recursos más importantes que se ha hecho un lugar notable en los equipos interdisciplinarios de trabajo en salud mental, sobre todo, en los últimos tiempos.

El recorrido realizado en relación a *tramas* y *tramos* del devenir de los sujetos en constitución, como planteamos al comienzo del trabajo, intenta contribuir con los conocimientos requeridos para una práctica que supone un quehacer fundamentado. Contempla intervenciones en las que el cuerpo y la subjetividad del profesional se hacen presentes de un modo particular, inaugurando circuitos afectivos y de conocimientos; intervenciones que muchas veces no sólo se dirigen al acompañado, sino a su entorno familiar y escolar.

Resulta de suma importancia, en el sostén de una práctica cimentada en el paradigma de derechos, en articulación con la Ley de Salud Mental, la oportunidad de contar con una lectura de las problemáticas que contemple lo que subyace, lo que no se hace visible en primer lugar, y muchas veces remite a trastornos en la constitución y funcionamiento psíquicos que dificultan la emergencia de las capacidades de investimento, las posibilidades de simbolización del sujeto. Y allí nuevamente, nos encontramos con la particularidad de cada historia, de cada trayecto identificatorio-relacional, lo cual nos confronta con el requerimiento de abordajes conceptuales,

propuestas teóricas que nos ayuden a pensar, abriendo líneas de investigación de los tiempos fundantes, de los *tramos* que hacen *trama* entre el cuerpo, los otros, mediante palabras y afectos.

Promovemos de este modo, una práctica que tensiona lo instituido, que cuestiona las nomenclaturas desubjetivantes, favoreciendo la emergencia de las marcas particulares que hacen a cada sujeto. Una práctica que “acompaña” propiciando un entramado al cuidado de forzamientos, abusos, por la vulneración de sus derechos (Pulice, 2019).

El rol de el/la at conlleva una presencia activa, una escucha sensible y atenta a cada modalidad subjetiva, a su deseo, a su singularidad, dadas por un presente y pasado particulares. De esta manera, formalizamos a partir del entramado teórico-práctico que los autores convocados nos proporcionan, una sintonía que aúna dicho compromiso en un procesar y quehacer creador, para un acompañamiento posible. Nuestra postura ética incluye una intervención continente de la función de otro, que acompañará la invención, cuya creatividad simbolizante y devenir constituyente, hará *trama* en la acción terapéutica.

Realizamos de esta manera, una propuesta con relación a una praxis que aloje al sujeto y sus *tramos*, produciendo intervenciones subjetivantes en el niño, niña y adolescente, así como con sus padres y la institución escolar a la que asista. Con una contemplación del contexto socio - histórico, partirá de lo existente y establecerá su apuesta al horizonte de una consecución autónoma, al logro de una conquista propia y una construcción personal de lo nuevo.

## Referencias

- Aulagnier, P. (1988) El espacio al que el Yo puede advenir. En su *La violencia de la interpretación*, 112-176. Amorrortu editores.
- Aulagnier, P. (1992). Segunda Parte. Dos notas de pie de página 2. Un discurso en el lugar del “infans” (To-T1). En su *El aprendizaje de historiador y el maestro –brujos*, 194-204 Amorrortu editores.
- Bleichmar, S. (1991). Supuestos teóricos psicoanalíticos para abordar las cuestiones teóricas del aprendizaje. *Temas de Psicopedagogía*, 5, 29-42.
- Freud, S. ([1905] 1989) Ensayo II “La sexualidad infantil” en Tres ensayos para una Teoría Sexual. En sus *Obras completas. Volumen VII*. (157-188) Amorrortu editores.
- Freud, S. ([1907] 1989). El esclarecimiento sexual del niño (Carta abierta al doctor M. Fürst). En sus *Obras completas. Volumen IX*. (111-121) Amorrortu editores.
- Frison, R. (1995) Cuestiones preliminares a un acercamiento a la clínica con adolescentes. En *Cuaderno de Psicología Clínica de Niños y Adolescentes*, 50-53 Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2004). Diccionario de Psicoanálisis. Paidós.
- Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. - Recomendaciones a las Universidades públicas y privadas. Artículo 33.

- Pulice, G. (2019). Acompañamiento Terapéutico: fundamentos de su inclusión como “herramienta clínica”, en el ámbito escolar. *Fort-DaRevista de Psicoanálisis con Niños*, 13.
- Rojas, M. (2013). El mercado de la felicidad: cuestionando el DSM – V. En Janin, B (Comp.) *La patologización de la infancia* (II) (45-54). Noveduc.
- Rother Hornstein, M. (Comp.) (2015) La adolescencia: un tránsito obligado. En *Adolescencias contemporáneas*. (57-64). Psicolibro ediciones.
- Russo, S. (2017). Constitución subjetiva: creación y transicionalidad en sus fundamentos. Un recorrido por conceptos básicos de la teoría de D. Winnicott y reflexiones afines con respecto al trabajo psíquico y proceso de simbolización en la infancia. Actas del VI Congreso Internacional de Investigación. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/69322>
- Winnicott, D. (1996). *Realidad y juego*. (F. Mazía, trad.). Gedisa.
- Winnicott, D. (2003). *Deprivación y delincuencia*. (L. Wolfson y N. Rosenblatt, trad.). Paidós.
- Winnicott, D. (2015). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.

# CAPÍTULO 3

## Aportes de la Psicogerontología al campo del Acompañamiento Terapéutico

*Elisa Urtubey y Ana Beatriz Moreira*

*Cátedra Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores*

La condición de viejo le es impuesta al hombre  
de acuerdo a la sociedad a la que pertenece

Simone de Beauvoir

### Introducción

La asignatura Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores corresponde al primer año de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico de la Facultad de Psicología de la UNLP. Se inscribe dentro del área curricular de Formación Básica en Campos Disciplinarios, dentro del Eje de Formación Dimensiones Psicológicas y Psicopatológicas de la Salud Mental.

Este capítulo se propone como un aporte para el acercamiento de los/as estudiantes a conceptos claves de la materia que provienen de diferentes modelos teóricos y que permiten resituar el abordaje de temáticas relativas a la vejez y el envejecimiento dentro del campo de la psicología del desarrollo. Dicha producción se propone como una herramienta que permita un abordaje de sus ejes teóricos centrales, advirtiendo discrepancias y estableciendo relaciones conceptuales que revisten importancia para la práctica profesional de el/la acompañante terapéutico/a (at) en su labor con personas mayores.

En el desarrollo de este material teórico incluiremos aportes de otros campos disciplinares relativos a las nociones de envejecimiento poblacional, sociedad envejecida, edad cronológica, entre otros, que permitirán dar cuenta de la situación actual con respecto al envejecimiento como un fenómeno inédito y global.

Abordaremos la vejez y el envejecimiento como categorías socio-históricas, como resultado de un momento y un lugar determinados que producen diferentes formas de hacerse viejo/a, por lo que hablaremos de *vejeces*. Del mismo modo, revisaremos las representaciones sociales



sobre este momento vital que tienen un sesgo negativo o discriminatorio y que los autores han denominado *ageísmo* o *viejismo*, para luego dar cuenta de nuevas formas de pensar la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva gerontológica.

Realizaremos una breve revisión del pasaje del modelo geriátrico al gerontológico incluyendo al modelo de atención centrada en la persona. También se señalará, por sus implicancias y consecuencias, la relación entre género, diversidades sexuales y vejez.

Haremos foco en las contribuciones de la psicogerontología y enfatizaremos algunos aportes del psicoanálisis que entiende al sujeto atravesando momentos claves del devenir, con múltiples cambios y transformaciones que requieren de un proceso singular de elaboración psíquica en el marco de una temporalidad distinta a la cronológica, pero que también se encuentra atravesado por los significados sociales de la edad (Neugarten, 1999).

En consonancia con la Ley de Salud Mental N° 26657, articularemos un entramado conceptual relativo a las nociones de autonomía e independencia, que delinearán la singularidad subjetiva y permiten señalar el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (AT) en la vejez.

Al mismo tiempo, el capítulo procura recuperar contenidos específicos que se articulan con otras asignaturas de la carrera, con el fin de contribuir de manera integral a la formación profesional del futuro at.

## El escenario actual

Nuestro siglo está asistiendo a un fenómeno inédito: el mayor envejecimiento poblacional del que tenga conocimiento la humanidad. Los avances científicos, sanitarios y tecnológicos junto a los procesos de industrialización y urbanización han impactado en la organización social y económica disminuyendo las tasas de natalidad y mortalidad, e incrementándose así la esperanza de vida, especialmente en los denominados países desarrollados. A nivel mundial, entre 2015 y 2030, la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas (Huenchuan, 2017).

En nuestra región, el proceso de envejecimiento se está desarrollando a una velocidad que no tiene antecedentes, hecho que demanda una creciente respuesta de los servicios de salud, de la seguridad social y de las políticas públicas, entre otras áreas. Resulta interesante observar cómo, para la sociedad en general, se plantea una paradoja cultural en este aspecto: por un lado, se reconoce como un hecho positivo y deseable el alargamiento de la esperanza de vida, pero al mismo tiempo, se lo supone como una preocupación o una amenaza para las economías y los sistemas de salud.

Nuestro país es uno de los más envejecidos de la región. De hecho, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) estimó que la población de Argentina para el año 2030 será de 49.407.265 habitantes de los cuales 8.653.890 tendrán más de 60 años, lo que representa un 17,52 % del total. Para el año 2040, se proyecta que, sobre un total de 52.778.477 personas, los mayores de 60 años llegarán a 10.616.325, lo que configura un 20,11%.

Si bien existen documentos y referencias que prueban que a lo largo de la historia ha habido siempre casos excepcionales de personas muy añosas, hoy asistimos a un escenario en el que ello no resulta algo extraordinario. Lo que se ha modificado es que son muchas, cada vez más, las personas que viven más años. En este punto es necesario diferenciar:

- *Envejecimiento demográfico o poblacional*: es el aumento de la cantidad de personas mayores resultado de un proceso de cambio de la estructura por edad de la población y que se da, básicamente, como resultado de una disminución de la fecundidad y de la mortalidad (con un aumento en la expectativa de vida). El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente.
- *Envejecimiento individual*: es el proceso de transformación que se da a nivel individual a través del transcurso de la vida y a partir de múltiples determinantes (biológicos, sociales, históricos y psíquicos, entre otros), y que se encuentra atravesado por la dimensión temporal. Se trata de un proceso esperable, gradual y diferencial.

Cuando nos aproximamos al campo de la gerontología, uno de los primeros aspectos que es preciso revisar y sopesar es el que tiene que ver con la noción de edad. La *edad cronológica* es una categoría social y cultural que permite una organización social, una diferenciación entre personas, su inclusión o exclusión en determinados grupos (por ejemplo, el ingreso a la escolaridad o la edad jubilatoria) como así también, para analizar la estructura de las poblaciones. Sin embargo, la validez de la edad cronológica como dato al estudiar el envejecimiento resulta irrelevante ya que no es una variable que por sí contribuya a comprender realmente este proceso (Neugarten, 1999).

La psicología evolutiva tradicional estableció correspondencias entre etapas del desarrollo y conjuntos de conductas acordes a rangos etarios. Como consecuencia, esta *psicología de las edades* puso el énfasis en los cambios dados por el paso del tiempo, particularmente en los biológicos. En ese devenir, la vejez representaba el momento final, de declinación y deterioro.

A decir de Yuni y Urbano (2011), la vejez ha estado tradicionalmente asociada al concepto de edad cronológica como una referencia externa que pretende dar objetividad al paso del tiempo. Esa objetivación implicaría aceptar la edad como una unidad de medida “natural”, reduciendo al envejecimiento a su dimensión puramente biológica. Paralelamente, esa cronobiologización omite, según estos autores, el carácter social (histórico, contextual, relacional y posicional) de la definición de vejez.

Otro aspecto a contemplar en el estudio del envejecimiento tiene que ver con reconocer que longevidad no es sinónimo de vida sana ya que el aumento de la esperanza de vida supone un incremento en la probabilidad de experimentar enfermedades asociadas a la vejez, discapacidad y/o dependencia. Por eso, desde el campo gerontológico se hace foco en la *expectativa de vida saludable*, es decir, en la cantidad de años que se espera que viva una persona sin padecer enfermedades o discapacidades. Actualmente, es más probable que las personas padezcan una limitación en sus funciones a causa de una o varias enfermedades crónicas. Es decir, las enfermedades han dejado de ser un episodio agudo que desemboca en la muerte. Por el contrario,

se convierten en padecimientos crónicos y las personas pueden vivir muchos años conviviendo con ellas. Teniendo en cuenta esta situación es necesario pensar intervenciones de largo alcance relacionadas con el cuidado y acompañamiento de las personas mayores. De esta manera, también se introduce el desafío de diseñar políticas para un envejecimiento de calidad.

En otras palabras, este fenómeno de extensión de la vida que representa una conquista para la humanidad, también ha dado lugar a una problematización de la vejez al plantear una *nueva cuestión social* (Navarro, 2019). Los gobiernos, la sociedad civil, los organismos públicos y privados deben propiciar programas para un envejecimiento activo y saludable con el fin de mejorar la salud, la participación y la seguridad que promuevan la autonomía personal y el acompañamiento familiar y comunitario de los mayores.

Desde el marco de nuestra asignatura, vamos a considerar al proceso de envejecimiento desde una temporalidad distinta, no lineal, una temporalidad psíquica sostenida por el concepto de retroacción (véase Frison y Russo, este volumen). Un tiempo que funciona en la retroactividad de un ida y vuelta de sentidos y marcas que son resignificados a la luz de lo actual, por la conmoción que provocan los cambios que plantea el ciclo vital. El yo, narrador de la propia historia, funciona de acuerdo a su propio tiempo personal. Esto supone entender al psiquismo como un sistema abierto a nuevas significaciones, a nuevos sentidos en el proceso singular de historización (Aulagnier, 1994). Esta autora propone que la subjetividad es el resultado de un proceso de integración de las vivencias psicósomáticas en un contexto social, relacional e intergeneracional. El sujeto recrea aquello que recibe del mundo externo y el discurso social se erige como referencia del soporte identificatorio que delinea la proyección hacia el futuro con las características de la época.

Nos enfocaremos en el modo en el que el sujeto envejeciente va significando las transformaciones que le toca vivenciar a partir de los múltiples cambios biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, propios del envejecer y que ponen en juego la continuidad de la representación de sí (Iacub, 2011).

También es preciso, al abordar el campo de la gerontología, hacer alusión a los múltiples intentos por denominar a la vejez como etapa de la vida y a las personas que transitan ese momento. Las palabras nombran, crean realidad y otorgan sentidos a los objetos del mundo. Nos permiten reconocer que no existe una sola manera de aludir a la vejez, ni un único término para denominar a esos sujetos que envejecen. No encontramos aún un término que tenga un sentido unívoco y aceptado por todos (Yuni y Urbano, 2011). Hablar por ejemplo de *viejo/a*, *anciano/a*, *tercera edad*, *gerontes*, *abuelo/a*, *adulto/a mayor*, *persona mayor*, implica emplear etiquetas que se asocian a una serie de imágenes y representaciones, algunas prejuiciosas, desvalorizantes y estigmatizantes. Lo cierto es que la inquietud de cómo llamar a estas personas conlleva una dificultad.

## Viejismo y los nuevos viejos

Cuando hablamos de términos como vejez y envejecimiento estamos aludiendo a categorías socio-históricas, es decir, a nociones que se construyen y que varían según el contexto. En este sentido, por ejemplo, desde fines del siglo XIX la vejez fue concebida como un problema biomédico, una etapa de deterioro y enfermedad. En la actualidad, en cambio, afortunadamente han comenzado a emerger nuevas miradas y lecturas acerca de la vejez y el envejecimiento, más abiertas y complejas que entienden al envejecer como un proceso multideterminado, singular, atravesado no sólo por determinantes biológicos sino también sociales, culturales, psicológicos, económicos, entre otros, y sobre el cual podemos encontrar múltiples maneras de representarlo. Sin embargo, lamentablemente, aún nos encontramos en lo cotidiano con concepciones erróneas, reduccionistas y prejuiciosas acerca de la vejez.

Diversas culturas y épocas han desarrollado a lo largo de la historia y hasta nuestros días, una serie de conductas y valoraciones negativas hacia las personas de edad. Algunas de esas creencias y actitudes suelen ser implícitas y no conscientes, y otras, manifiestamente explícitas y conscientes. El término *ageism* fue propuesto por Robert Butler en 1969 y luego fue adoptado y traducido al español como *edadismo* y *viejismo* (Salvarezza, 1996). Este autor lo define como “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a viejos/as simplemente en función de su edad” (p. 23) y sostiene que son comparables con los prejuicios que existen contra las personas por su color, su religión o contra las mujeres en función de su género. Se trata de prejuicios adquiridos que aluden a la vejez de manera estigmatizante, etiquetando y devaluando a las personas viejas.

Este conjunto de estereotipos y representaciones negativas acerca de las personas viejas suele llevar a la discriminación, a la marginación social e incluso a su automarginación. Así, por ejemplo, la equiparación entre vejez y enfermedad, o vejez y discapacidad, es sumamente habitual produciendo efectos negativos sobre las expectativas respecto de los mayores. Salvarezza (1996) sostiene que la equivalencia vejez=enfermedad conlleva un gran riesgo, el de comportarse como una profecía autocumplida que termina por internalizarse en los propios destinatarios del prejuicio, los viejos.

Este tema resulta particularmente delicado cuando involucra a aquellos que trabajan con personas mayores. Por desgracia, resulta algo habitual observar entre profesionales de la salud (incluyendo a el/la at, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, cuidadores) manifestaciones y actitudes viejistas hacia las personas mayores con las cuales trabajan. Algunas veces, se trata de generalizaciones hechas a partir de casos con los que tienen contacto, hacia el conjunto de los mayores, etiquetándolos y descalificándolos intelectualmente sólo por ser viejos/as. Actitudes como estas se observan habitualmente cuando la persona mayor es acompañada por un familiar o un cuidador a una consulta médica y el profesional dirige su palabra e interroga a quien acompaña al paciente, siendo éste hablado por otros, no siendo escuchado. Otras veces ocurre que profesionales que asisten o acompañan durante un prolongado tiempo a personas mayores con alto grado de dependencia o de deterioro físico y/o mental, desarrollan hacia éstas, actitudes

viejistas y/o de maltrato a consecuencia del estrés, la alienación o del desconocimiento. En resumen, tanto las actitudes de sobreprotección como las de indiferencia atentan contra la dignidad de las personas mayores.

## **Del modelo geriátrico al modelo gerontológico. Aportes de la Psicogerontología**

Las personas mayores han sido objeto de estudio e intervención de la geriatría dando como resultado el “paciente de la medicina”, “el usuario del geriátrico”, el “consumidor de psicofármacos”. Desde el modelo médico hegemónico y la industria farmacológica se ha instituido una biomedicalización de la vida, ubicando a la vejez bajo el dominio exclusivo de la medicina e imponiendo además intereses desde el mercado de consumo (Salvarezza, 2006). Esta medicalización del envejecimiento se sostiene fuertemente en la interpretación social del envejecimiento entendido como un problema médico. Afortunadamente, desde hace algunos años se viene propiciando el enfoque de derechos humanos en el campo de la gerontología, como veremos en otro apartado.

Por otro lado, algunas teorías psicológicas de la vejez postulan una visión complementaria del discurso médico y psiquiátrico cargadas de prejuicios y estereotipos negativos sobre la vejez y sobre los viejos. Zarebski (2009) señala:

¿Dónde estaba el sujeto envejeciente? Lo psi quedaba, por un lado, como correlato de lo orgánico -y lo esperable era la demencia- y, por otro lado, en lo psico-social -y lo esperable eran las depresiones- como efecto del maltrato social. (...) Esto es, la persistencia de un modelo simplista que pretende escindir normalidad y patología, lo preventivo y lo asistencial, escindiendo al mismo tiempo los enfoques teóricos y el abordaje profesional. (p. 7)

Envejecer es un fenómeno universal, pero la forma, el lugar, el contexto, la persona y el particular anclaje histórico, propician la singularidad del proceso. Zarebski (2011) indica que fue necesario encontrar herramientas teóricas desde la psicología que permitieran dar cuenta de las *vejeces*, ya que los modelos explicativos de origen biológico o sociocultural no fueron suficientes.

El desarrollo teórico de la Psicogerontología, desde el abordaje del envejecimiento como un fenómeno complejo, integra las dimensiones subjetiva, socio-cultural y biológica que permiten vislumbrar a un sujeto envejeciente en su singularidad.

Este enfoque incluye factores ontogenéticos (componentes biológicos y sociales relacionados a la edad), históricos (aquellos que influyen en las personas que comparten un mismo momento histórico) y no normativos (relacionados con los acontecimientos singulares y subjetivos de las personas) que interactúan entre sí.

Envejecer es un fenómeno universal, pero la forma, el lugar, el contexto, la persona y el particular anclaje histórico, propician la singularidad del proceso. Zarebski (2009) indica que fue

necesario encontrar herramientas teóricas desde la psicología que permitieran dar cuenta de “las vejeces”, ya que los modelos explicativos de origen biológico o sociocultural no fueron suficiente.

El *Enfoque del curso de vida* es una perspectiva multidisciplinaria que explica los cambios en las trayectorias vitales de las personas desde los aportes teóricos de la psicología, la biología, la antropología, la sociología, la historia, entre otras disciplinas. Este enfoque se refiere a una secuencia de eventos y roles sociales graduados por la edad, que se dan en la estructura social (Blanco, 2011). El curso de vida individual se constituye con eventos de vida que son compartidos únicamente dentro de grupos generacionales o cohortes específicas. El término *curso de vida* resulta más apropiado porque es menos regularizado, mucho menos estandarizado y se define por las experiencias de cada vida en forma singular y con un anclaje histórico más personal.

El consenso llevó a establecer el límite de la edad adulta y el inicio de la vejez a los 60/65 años. Sin embargo, el curso de vida de las personas mayores presenta una enorme heterogeneidad con múltiples trayectorias relacionadas a los contextos en los que se desarrollan, niveles socioeconómicos, culturales, condiciones genéticas, entre otras.

La denominada *mediana edad* representa uno de los momentos del curso de vida que es de interés para las ciencias sociales como resultado de la extensión de la esperanza de vida. Sin embargo, presenta dificultades para su demarcación ya que la edad cronológica es una condición arbitraria y poco precisa para ubicarla. Al no haber acuerdos para la delimitación de la mediana edad podemos decir que es un momento que tiene una gran influencia sobre la percepción del individuo acerca de sí mismo y de sus estrategias para enfrentarse al mundo.

Las personas toman contacto con los eventos expectables del envejecer (Neugarten, 1999). Es decir, la anticipación de la secuencia inevitable de hechos que ocurrirán transitando este momento vital: la muerte de sus padres, la viudez, la propia muerte.

Los estudios realizados permitieron definir este período como cualitativamente distinto de otros momentos de la vida. Las personas de mediana edad valoran su posición dentro de distintos contextos vitales: el cuerpo, la carrera profesional o laboral, la familia, por ejemplo. La aparición en el tiempo y el ritmo de los acontecimientos vitales de la mediana edad son percibidos de manera distinta de una persona a otra. Los cambios que acontecen se manifiestan por pistas o señales en los ámbitos biológico (menopausia, enfermedad), social (ascenso laboral, jubilación) aunque estas manifestaciones presentan ritmos distintos en cada uno de los contextos. En relación a este momento vital, el término *crisis de la mediana edad* fue acuñado por el psicoanalista canadiense Jacques quien, en 1965, expresó que acontece a la mitad del curso vital, provocando cambios en las actitudes frente a la vida, a los demás y a la muerte, posibilitando gestionar el duelo de la propia muerte futura con anticipación.

Respecto de las características o rasgos intrapsíquicos que la mediana edad suele presentar, Salvarezza (1996) menciona los siguientes tres, aquí brevemente desarrollados:

- *Incremento de la interioridad*: se trata de un proceso reflexivo de vuelta sobre sí con la finalidad de realizar un balance vital ante los cambios que trae el paso del tiempo en las distintas esferas de la vida. La energía psíquica hace un movimiento del mundo exterior hacia el mundo interior.

- *Cambio de la percepción del tiempo*: comienza a valorarse el tiempo futuro como el plazo que resta para llevar adelante los proyectos.
- *Personalización de la muerte*: la muerte deja de ser una abstracción, algo que les sucede a otros, para pasar a ser una posibilidad cierta para sí mismo.

En resumen, la mediana edad constituye un momento existencial de replanteos, de búsqueda y de confrontación con modelos identificatorios y mandatos recibidos en otros momentos vitales. Representa también para el sujeto la posibilidad de realizar un trabajo psíquico de anticipación de la vejez.

## Género, cuerpo y vejez

Respecto del envejecimiento poblacional se presenta un fenómeno demográfico denominado *feminización del envejecimiento*, el cual implica que las mujeres representan cuantitativamente la mayoría del grupo de personas mayores, ya que ellas llegan a vivir más años que los hombres.

En Argentina, según el Censo de población del año 2010 (INDEC, 2010), las mujeres viven en promedio 80,3 años, mientras que los varones llegan a los 73,5. Si bien las mujeres viven más años que los varones, ellas lo hacen con peor calidad de vida y de salud y están más expuestas a padecer alguna discapacidad. Esto es así como resultado de la interacción de múltiples determinantes de la salud, incluyendo la desigualdad en la accesibilidad a servicios de salud, a los roles familiares y sociales atribuidos a ambos géneros, a una tasa más elevada de empleo no remunerado y/o informal, entre otros. La conjunción de estos y otros factores incrementa la vulnerabilidad de las mujeres mayores y disminuye su acceso a servicios de salud acordes a sus necesidades, por lo que muchas de ellas suelen transcurrir sus problemas de salud alejadas de redes de apoyo y de una atención adecuada.

El creciente desarrollo actual de estudios e investigaciones que conjugan género y vejez van permitiendo develar los alcances de la desigual distribución de poder, consecuencia del orden social patriarcal. La *perspectiva de la interseccionalidad* permite observar la manera en que las estructuraciones sociales (como clase social, género y edad) se encuentran interrelacionadas, produciendo las relaciones sociales y la vida de las personas (Danel, 2019). Si bien la brecha de desigualdad entre varones y mujeres se ha ido achicando de forma paulatina a medida que los derechos sociales, económicos y culturales se fueron conquistando para las mujeres, aún queda mucho camino por recorrer.

Por otra parte, cuando abordamos históricamente el atravesamiento entre envejecimiento y género, encontramos un silenciamiento, una desatención y una invisibilización respecto de las personas mayores del colectivo LGTBIQ+. Así, por ejemplo, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de las Naciones Unidas (conocida como Asamblea de Madrid 2002), si bien se resaltó la necesidad de contemplar en el análisis la perspectiva de género, ésta era entendida más

bien desde el punto de vista feminista, sin hacer referencia explícita a homosexualidad en la vejez (Iacub, 2006).

Hemos señalado que envejecer hoy, no es algo excepcional. Pero envejecer siendo gay o transexual si lo es (Stegman, 2018). Para este colectivo la esperanza de vida es de 40 años. Si la sexualidad es negada para las vejezes heterosexuales, es mucho más contundente su invisibilización hacia los adultos mayores del colectivo LGTBIQ+. La imagen de la homosexualidad, el lesbianismo y la transexualidad está fundamentalmente asociada a los más jóvenes. De esta forma, las personas mayores con otras orientaciones sexuales son objeto de una doble discriminación: el transodio y el edadismo, lo que incrementa su vulneración y exclusión social.

Las personas trans han sido excluidas, discriminadas y postergadas, por lo que se han visto impedidas de acceder a servicios de educación, salud, vivienda, y trabajo. Estas condiciones de vulnerabilidad han impactado en el proceso de envejecimiento y en las posibilidades de proyectar su vejez, por lo que constituyen la población más afectada en términos de desventajas y de falta de accesibilidad a los derechos.

Ser ciudadano/a de un Estado implica mucho más que ser un/a sujeto/a de derecho. Es, ante todo, la posibilidad de que la autoridad Estado -en representación del pueblo- reconozca a las personas como sujetos/as pertenecientes al orden humano, parafraseando a Butler. Ese es el efecto simbólico y es quizá uno de los más importantes de la idea de ciudadanía moderna: el efecto de reconocimiento (Brown, 2019, p. 23).

Ser iguales frente a la ley se materializa cuando el estado les reconoce a todos/as la posibilidad de gozar de derechos y libertades. Nuestro país, desde hace algunos años, viene generando un plexo normativo que garantiza los derechos relacionados al matrimonio igualitario, a la identidad de género, a los derechos sexuales y reproductivos, al derecho a la educación sexual, a la seguridad social, al cupo laboral trans, entre otros. En materia de ordenamiento normativo nuestro país se encuentra entre los más avanzados de la región, generando propuestas que tienden al reconocimiento, inclusión, respeto, libertad e igualdad social de las diversidades sexuales. Si bien, en el plano normativo hay cada vez mayor reconocimiento de los derechos de estas minorías, no logran plasmarse sustantivamente garantizando la dignidad de estas personas mayores.

Desde los aportes de la Psicogerontología entendemos que el cuerpo en el envejecimiento se constituye como uno de los escenarios en los que se inscribe el paso del tiempo. Estas marcas en el cuerpo impactan en la imagen que se ofrece a la mirada (arrugas, canas, calvicie, postura corporal, por ejemplo) y también en la funcionalidad (fuerza, rapidez, resistencia). La conciencia de finitud deja de ser una representación abstracta para constituirse en un hecho cercano que se presentifica en la percepción de este cuerpo. Esta experiencia de cambios en la imagen, en el esquema corporal y en el desempeño exige a las personas mayores un trabajo de elaboración psíquica del cuerpo que ha sido y del que es en la actualidad. Las transformaciones interpelan lo que permanece y lo que cambia, vaivenes estos que constituyen y sostienen la identidad y el proyecto identificador en el devenir del sujeto envejecente (Aulagnier, 1996). La elaboración de



estas vicisitudes vitales permite la integración cuerpo-psiquis con una identidad sexuada y erótica, necesaria para el encuentro deseante con otro cuerpo. La sexualidad, como una expresión interpersonal, adquiere características relacionadas con el encuentro, la intimidad, la comunicación entre otras. Iacub refiere respecto de Star “establece una diferencia en el interior de la sexualidad a través de la idea de lo “placentero” ya que entiende que, si algunas prácticas sexuales no son posibles con la edad, hay “otras avenidas que si están abiertas” (Iacub, 2006, p. 169).

## Personas mayores, sujetos de derecho

En el año 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó los *Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad*, documento que representó un hito en la elaboración de instrumentos declarativos destinados a los mayores. A partir de allí, se continuó con un proceso continuo de trabajo de distintos países para avanzar en la elaboración de nuevos documentos más abarcativos aunque todavía no vinculantes, referidos al envejecimiento y a los derechos de las personas mayores. Así, el siguiente acontecimiento fue la aprobación de la *Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe*, en el año 2012.

Luego de años de trabajo y negociaciones entre representantes de distintos países en el seno de la Organización de Estados Americanos (OEA) se logró arribar, en el año 2015, a la aprobación del único instrumento interamericano y el primero a nivel internacional. Éste abarca la gama de derechos a ser protegidos para las personas mayores, desde los civiles y políticos, hasta los económicos, sociales y culturales: la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

La *Convención* tiene como objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Protege derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y subraya que

(...) la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano (OEA, 2015).

Es importante destacar que esta es una de las convenciones más holísticas en el mundo pues contempla casi todos los aspectos de la vida de las personas mayores. De este modo, sirve como mecanismo integrador de los principios y derechos señalados en la serie de instrumentos sobre la materia que se han promulgado a nivel interamericano e internacional.

Establece que una persona es mayor a los 60 años o más (salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años). Además, enumera una serie de principios, entre los cuales se destaca, en relación a la capacidad jurídica, el de la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor y enuncia una serie de derechos y deberes que se desprenden de los principios establecidos.

El concepto de *autonomía* (etimol. *auto nomos*, el que se gobierna según su propia ley) es la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir el día a día de acuerdo con las normas y preferencias propias. Este concepto está ligado al principio de dignidad que se reconoce a todo ser humano y puede diferenciarse en:

- *Autonomía decisional (o moral)*: tiene que ver con la capacidad de tomar decisiones mediante una argumentación moral personal, con la consiguiente asunción de responsabilidad, involucrando la gestión de las dependencias.
- *Autonomía funcional (o fáctica)*: es la posibilidad de hacer por uno mismo las actividades de la vida cotidiana: levantarse, vestirse, alimentarse.

Considerando la posibilidad de que la persona mayor pueda sufrir alteraciones en su capacidad cognitiva, es necesario diseñar un *sistema de apoyos* para la toma de decisiones que asegure la protección contra los abusos y aprovechamiento de sus vulnerabilidades.

Es posible proyectar una *autonomía acompañada* en la que, aunque algunas capacidades disminuyan, puedan potenciarse las que se conservan garantizando el respeto a la historia singular, personal, relacional. Hacia ello deben estar dirigidos los sistemas de apoyo (materiales, inmateriales, cuidados, etc.)

En el caso de nuestro país y respecto del desarrollo de un marco normativo que propicia el enfoque de derechos humanos en el campo de la gerontología, afortunadamente podemos contar con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 del año 2010, la cual establece ciertas premisas claves para propiciar un envejecimiento con dignidad y subjetivante.

Esta Ley presupone la capacidad para todas las personas. Define a la salud mental como un proceso determinado por componentes biológicos, socio-económicos, históricos y culturales (véase Orleans y Lavarello, este volumen). Prevé que la atención de las personas con padecimiento mental deberá realizarse en hospitales generales con un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Señala que la internación será el último recurso terapéutico, para lo que se deberá contar con el consentimiento de la persona o de algún representante de su voluntad. En el marco de un nuevo paradigma de derechos humanos, la ley de salud mental establece el derecho a recibir tratamientos bajo las modalidades menos restrictivas de las libertades y derechos de las personas promoviendo la integración e inclusión en los ámbitos familiar y comunitario. Esta normativa, si bien no es específica para el tratamiento de las personas mayores, logró regular a las instituciones de internación psiquiátrica que los albergaban, interviniendo también sobre las formas de abordaje y los tratamientos en salud mental de las personas mayores. Las intervenciones terapéuticas tendrán como objetivo la promoción, reforzamiento y/o restitución de los lazos sociales.

Las representaciones y creencias acerca del proceso de envejecimiento en un contexto determinado están en directa relación con las formas de atención, organización y tratamiento de los servicios que se brindan a los mayores en instituciones tales como hogares, residencias, programas, entre otras. Las prácticas cotidianas de los actores de las distintas organizaciones (profesionales de la salud, usuarios, por ejemplo) están sostenidas por esas ideas y creencias y desde allí articulan sentidos, como señalamos anteriormente.

Es posible observar, en un breve recorrido histórico, cómo las modalidades de atención para las personas mayores brindaron respuesta en estrecha relación a un momento o contexto determinado. En este sentido, señalaremos sucintamente algunas características del pasaje del paradigma asilar al paradigma que promueve la salud desde una perspectiva de derechos. Zolotow realiza una historización respecto a las instituciones residenciales para personas mayores y menciona que:

(...) están teñidas de tradición y de historia, nacen y se desarrollan bajo concepciones asilares. Recién a mediados del siglo XX algunas incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud” (Zolotow, 2010, p. 89).

Actualmente coexisten estas tres concepciones:

- En el primero de los paradigmas, los sistemas rígidos hacen corresponder a la vejez con la enfermedad. Tiene como objetivo satisfacer las necesidades fisiológicas y atender a la seguridad física.
- La propuesta rehabilitadora supera la propuesta anteriormente descrita, al atender la capacidad funcional de los residentes, garantizando las necesidades básicas.
- El enfoque de promoción de salud se inscribe en la concepción del desarrollo integral de la persona, independientemente de su edad, procura el aprovechamiento de sus potencialidades y la realización personal. La institución se transforma de acuerdo a los intercambios con su contexto, la atención es personalizada y centrada en el residente.

En la actualidad se postula el *Modelo de Atención Centrada en la Persona* (ACP) el cual supone un dispositivo de atención que, mediante apoyos, busca minimizar la situación de fragilidad, discapacidad o dependencia con el objetivo de garantizar que los destinatarios continúen desarrollando su proyecto de vida. Reconoce la singularidad y el valor de la persona mayor, haciendo foco en sus capacidades (y no en el déficit o la enfermedad). Para este modelo, la persona se concibe como un sujeto con derechos que participa en la toma de decisiones y en el diseño del dispositivo que tiene como objetivo su calidad de vida, involucrando a la familia, a los profesionales, a la comunidad y al entorno. Los y las profesionales se relacionan de manera personalizada con el/la usuario/a (conociendo la biografía y las preferencias, por ejemplo), potenciando la independencia y la autonomía.

Si, tal como hemos mencionado anteriormente, el envejecimiento es un proceso diferencial y singular, entonces, en consecuencia, su abordaje también debe serlo. La uniformidad en la oferta

de los diferentes servicios o tratamientos destinados a las personas mayores constituye un reduccionismo al no contemplar la diversidad y heterogeneidad de las personas. Atendiendo a las singularidades que presentan las personas mayores, es preciso señalar que entre envejecimiento y fragilidad hay una delgada línea divisoria (véase Carbone y Zanassi, este volumen). Podemos definir a la fragilidad como la pérdida progresiva de las reservas fisiológicas del organismo, es decir, la declinación en la capacidad de los órganos de hacer frente a las demandas internas y externas. Se denomina *anciano frágil* a una persona mayor de 65 años (Touceda, 2007) que presenta un equilibrio inestable de aspectos biomédicos y psicosociales que aumentan el riesgo de padecer eventos adversos. Estos pueden provocar dependencia, discapacidad u hospitalización, incrementando las probabilidades de ser alojado en una institución de cuidados o de perecer. La detección temprana de estas condiciones permite tomar decisiones para la mejor atención de las personas mayores con fragilidad.

La *dependencia* es un estado en el que, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad psíquica, física o intelectual, una persona no logra la gestión de la vida cotidiana en su medio ambiente. La dependencia puede ser categorizada en grados que van desde la necesidad de ayuda para la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria denominada *dependencia moderada* (comer, asearse, etc.) hasta la *gran dependencia* en la que la persona, para llevar adelante las actividades, necesita asistencia y cuidados permanentes. Es un término general que abarca las deficiencias (pérdida o anomalía de una estructura o función corporal, anatómica, fisiológica o psicológica), las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación en la esfera comunitaria.

## El Acompañamiento Terapéutico en la vejez

En líneas generales, podemos definir un dispositivo como un conjunto de elementos heterogéneos que delinea funciones determinadas para sus partes. Es una red de atravesamientos institucionales, discursivos y no discursivos que incluye, entre sus tensiones, las relaciones de poder y de saber.

En el caso del AT, Dragotto y Frank (2012) señalan que:

(...) es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación que el sujeto está atravesando. Para ello, el acompañante terapéutico (AT) se insertará en la vida cotidiana del paciente, compartiendo con él “su mundo”, “su cotidianeidad” (p. 204)

Por otro lado, Pulice (2018) indica que la constitución del Dispositivo de AT debe eliminar recetas y formatos preestablecidos, dejando en suspenso el propio ser para dar lugar al arribo del sujeto. Allí será posible, desde la posición transferencial, propiciar la escucha de la singularidad y de nuevos trazos subjetivos. El autor señala:

Lo más difícil de soportar, en nuestra profesión, es que el A.T. es una presencia que toma el rasgo singular, en la lógica de cada caso. Y no hay ningún recetario ni manual que permita anticipar, o establecer a priori, una definición. (p. 29)

Al decir de Petriz (1997):

(...) es un verdadero desafío trabajar con aquello cuya tendencia es negarlo por efecto de desmentida. Frecuentemente, se verbaliza más o menos conscientemente el rechazo al trabajo con las personas mayores, o su contrario, la idealización defensiva, contracara del horror a la vejez; compromiso con la propia conflictiva edípica, actualizada en la transferencia (s/n).

Acompañar terapéuticamente en la vejez (resaltamos “en” la vejez y no “a” la vejez) es posible si estamos advertidos de algunas particularidades de esta clínica que suele mostrar pacientes, por ejemplo, elaborando duelos por pérdidas reales o simbólicas, atravesando el quiebre de la continuidad de su identidad o vivenciando el derrumbe subjetivo.

Cuando pensamos en el encuentro entre AT y vejez es necesario mencionar, como hemos referido con anterioridad, que las representaciones sobre este momento vital predisponen frecuentemente hacia una valoración deficitaria, negativa y, como consecuencia, a un abordaje paternalista. Es deseable que dichas ideas sean revisadas, interpeladas, deconstruidas, para que el/la at pueda ofrecer su presencia, hospedando la diversidad que involucran las *vejeces*. También es necesario señalar que este encuentro reviste características transferenciales particulares. La persona mayor, en muchos casos, es ubicada y se ubica en el lugar de objeto de cuidados. En esta dinámica se reedita algo del entramado vincular que posiciona a el/la at como hijo o nieto. La lectura de esta repetición relacional, desde la perspectiva psicoanalítica, habilita nuevas formas de elaboración de los acontecimientos favoreciendo nuevas ligazones libidinales.

Podemos señalar que si bien, la mayor parte de las veces, el dispositivo AT es propuesto para acompañar a personas mayores por padecer una patología física (como, por ejemplo, alguna enfermedad neurodegenerativa) o un padecimiento mental (como una depresión) también es posible que este dispositivo sea indicado ante circunstancias relacionadas con la fragilidad en la trama relacional.

Peixeiro (2013) sostiene que el AT en la vejez tiene la función de subvertir las lógicas de exclusión que recaen sobre esta etapa vital. Propone también que la posición ética que guía el trabajo de el/la at está orientada a abrir nuevas formas de la dimensión subjetiva de distinto tenor al que se encuentran sometidas las personas mayores con padecimiento mental.

En el caso de la atención y el AT en las *vejeces* es necesario contar con el atravesamiento de una formación gerontológica que permita promover una mirada superadora del déficit, rescatar las potencialidades, propiciar la contención y socialización, garantizando la escucha de la singularidad y la emergencia de una subjetividad deseante.

## Referencias

- Aulagnier, P. (1996). Los dos principios del funcionamiento identificador: permanencia y cambio. En su *Cuerpo, historia, interpretación. De lo originario al proyecto identificador*. Paidós.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Brown, J. (2019). Presentación. En Paula Mara, Danel y Mónica, Navarro (Comps.), *La Gerontología será feminista*, 23. La Hendija.
- Dabove, I. (2018). Autonomía y vulnerabilidad en la vejez: respuestas judiciales emblemáticas. *Revista de Derecho*, 34.
- Danel, P. y Navarro, M. (2019). *La Gerontología será feminista*. La Hendija.
- Dragotto, P. y Frank, M.L. (2012). *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T. Brujas*.
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf)
- Iacub, R. (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Paidós.
- Iacub, R. (2011). *Identidad y envejecimiento*. Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*. INDEC. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- Organización de Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores*. Disponible en: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_a-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/> Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). *Envejecimiento y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Peixeiro, M. (2015). Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento: subvertendo as lógicas de exclusão. *Actas de VI Congresso Ibero-americano de Psicogerontología. La Paz, Bolivia*.
- Petriz, G. (1997). Figuras de la clínica: el viejo [Seminario virtual]. Clase 2 del Seminario "Temas de Psicogerontología". PsicoMundo y Tiempo. Disponible en: <https://www.edupsi.com/pgl/>
- Pulice, G. (2018). *Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Fundamentos éticos de su clínica*. Letra Viva.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Herder.
- Rodríguez, P. R. (2012). La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. En *Envejecimiento y relaciones intergeneracionales*, 187-214. Fundación Universitaria San Pablo CEU.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.

- Stegman, M.C. (2018). Una edad difícil. Vejez trans y gay. Disponible en: <https://www.algec.org/una-edad-dificil-vejez-trans-gay/>
- Suárez Rehaag, D; y Bolaños Torres, B. (2019). *Personas mayores lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT): derechos humanos y bienestar socioeconómico olvidados*. CEPAL. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/notas/personas-mayores-lesbianas-gais-bisexuales-transgenero-lgbt-derechos-humanos-bienestar>
- Touceda, M.A.; Rubin, R. y García, C.J. (2007). *Salud, Epidemiología y Envejecimiento*. Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- Urbano, C. y Yuni, J. (2011). *Esos cuerpos que envejecen. Representaciones y discursos culturales de la vejez*. Brujas.
- Zarebski, G. (2007). La Psicogerontología hoy. *Actas del II Congreso Iberoamericano y I Congreso Uruguayo de Psicogerontología*. Montevideo, Uruguay.
- Zarebski, G. (2009). Diversidades en la Psicogerontología. *Revista Kairós*;12(5), 4-22. Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2664/1709>
- Zarebski, G. (2011). La Teoría del Curso de la Vida y la Psicogerontología actual: frutos simultáneos de un mismo árbol. En José, Yuni (Comp.), *La Vejez en el Curso de la Vida*. Encuentro Grupo Editor
- Zolotow, D. (2010). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 1, 88- 92. Disponible en: [http://trabajo-social.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/11\\_zolotow.pdf](http://trabajo-social.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/11_zolotow.pdf).

## CAPÍTULO 4

# La construcción del caso y la orientación de la cura en el Acompañamiento Terapéutico

*Carolina Barrionuevo, Jessica Bergman  
y Gabriel Omar Pulice*

*Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico II*

El progreso de Freud, su descubrimiento, está en su manera de estudiar un caso en su singularidad. ¿Qué quiere decir estudiarlo en su singularidad? Quiere decir que esencialmente, para él, el interés, la esencia, el fundamento, la dimensión propia del análisis, es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales

Jacques Lacan, LOS ESCRITOS TÉCNICOS DE FREUD

### Introducción

Nos proponemos examinar en este capítulo un concepto que ha sido ya destacado como el articulador esencial entre lo más *singular* de la clínica y lo más general y abstracto del *corpus* conceptual y teórico de las diversas disciplinas que pueblan el campo de la subjetividad: el *caso clínico*. Como fue señalado oportunamente (Pulice, 2011), resulta determinante establecer con precisión, en primer lugar —tanto para la *praxis* como para la investigación de *lo subjetivo*—, el valor y la función que se le asigna a este término. Pero daremos esta vez un paso más, para avanzar en nuestra articulación conceptual sobre la complejidad específica del tema que nos ocupa, a partir de ciertos interrogantes que no solamente tendrán un interés epistemológico: ¿Cómo se construye un caso? ¿Desde qué lugar participa el/la acompañante terapéutico/a (at) en esa construcción? ¿Cuál es la conexión, en aquellos tratamientos de abordaje múltiple, entre la construcción del caso y la configuración del encuadre y el dispositivo? Y por último: ¿de qué modo todo eso está articulado con la construcción del vínculo transferencial?

En este contexto, uno de los aspectos que nos interesa indagar es aquello que tiene que ver con la *investigación clínica* y que nos remite a la tarea que un Acompañamiento Terapéutico (AT)



sostiene en el abordaje de cada sujeto: ¿podría pensarse esto de otro modo que como una investigación? Pero hay otro nivel del problema, no menos importante, que también tenemos el propósito de retomar aquí: de qué modo este trabajo de investigación clínica —esto que un AT realiza en los tratamientos— podría transmitirse; vale decir, cómo podría ser de utilidad para la orientación del tratamiento de sujetos y tener, además, algún valor de referencia para el trabajo en otros AT. Es decir, cómo podría pensarse esta *transmisibilidad* en términos de que algo de esa experiencia que un at acopia luego del acompañamiento de distintos/as acompañados/as, pueda llevar a una abstracción conceptual que tenga algún valor científico, en tanto que esa experiencia sea de algún modo verificable y reproducible.

En lo que sigue, por consiguiente, nos proponemos examinar en profundidad la formulación lógica de *un caso clínico* en su conexión con la configuración del vínculo y la posición del at en transferencia, desde la perspectiva del psicoanálisis, y en el campo específico del *Acompañamiento Terapéutico*. A modo de ilustración, incluimos en este recorrido la presentación de dos historiales clínicos —los casos de *Lourival* y *Soledad*—, que esperamos resulten de utilidad para optimizar la transmisión de los complejos desarrollos conceptuales que abordaremos aquí.

## Sobre los orígenes del caso clínico

La palabra *caso* tiene, como todo significante, un valor polisémico. Entre otras acepciones, nos remite, por ejemplo, al ámbito jurídico y también al ámbito detectivesco o policial, y podemos decir que a comienzos del siglo XIX, la literatura ya nos ofrece sus primeros *casos* en la obra de Edgard Allan Poe y el Chevalliere Dupin, siendo este género literario retomado luego magistralmente —algunas décadas más tarde—, por Arthur Conan Doyle, con el detective más famoso de todos los tiempos: Sherlock Holmes. Por su parte, en el campo de la medicina —tal como fue señalado anteriormente en otra publicación—, el caso clínico se define como la presentación individual de determinada enfermedad, y por esta vía el caso toma rápidamente el valor del paradigma que ejemplifica lo que formula el enunciado general (Barrionuevo et al., 2014). Según se observa en ese mismo escrito, si bien la construcción de casos clínicos tiene para el psicoanálisis un origen común con la psiquiatría clásica, pasará sin embargo a imprimirle su propia marca: en ella los casos eran utilizados como modo de transmisión y creación de su cuerpo teórico, sometidos a discusión y ubicados en un sistema de clasificación. Lo cual, además de posibilitar un lenguaje común, genera un efecto de reconocimiento de orden clínico que apacigua y mitiga cualquier angustia frente a lo inabordable de una situación clínica. Con la invención del psicoanálisis, Freud propone una terapéutica para las neurosis de carácter universal y como tal, en tanto hombre de ciencia, ubica la necesidad de que ese saber inédito sea comunicado públicamente:

Opino que el psicoanalista no sólo ha contraído obligaciones hacia sus enfermos como individuos, sino hacia la ciencia. Y decir hacia la ciencia equivale,

en el fondo, a decir hacia muchos otros enfermos que padecen de lo mismo o podrían sufrirlo en el futuro. La comunicación pública de lo que se cree saber acerca de la causación y ensambladura de la histeria se convierte en un deber (Freud, 1905, p. 8).

Recurre entonces a la forma novelesca, siguiendo el modelo goethiano, para transmitir la verdad de su clínica. Se destaca que es partir de aquí que el caso clínico toma una modalidad narrativa. Su construcción encuentra entonces, bajo la forma del «*historial clínico*», los comienzos de su especificidad y evolución. En 1907, con *El delirio de los sueños en la Gradiva de W. Jensen*, Freud inaugura en el campo del psicoanálisis la ilustración, a través de una ficción literaria devenida en caso, del valor clínico de cierta puntuación u ordenamiento de los elementos singulares de un relato (Barrionuevo et al., 2014).

## Especificidad de la noción de caso, en el campo de la subjetividad

A partir de la experiencia freudiana, podemos situar el *caso clínico* —como señalamos en el inicio— como el articulador esencial entre lo más *singular* de la clínica, y lo más general y abstracto del *corpus* conceptual y teórico de las diversas disciplinas que pueblan el campo de la subjetividad. Y elegimos introducir el tema con aquella cita de Lacan porque traza las coordenadas desde donde lo abordaremos: más allá de su propia existencia, hay un lugar que el sujeto viene a ocupar, en un entramado simbólico que lo precede. Veremos que no es éste un tema menor sino que, por el contrario, tanto para la *praxis* como para la investigación de *lo subjetivo*, resulta determinante establecer con precisión el valor y la función que se le asigna a este concepto. En consecuencia, cabe realizar entonces una primera y sustancial distinción, para lo cual podemos remitirnos al estudio con el que Nasio (2011) introduce su compilación sobre *Los más famosos casos de Psicosis*. Leemos allí que en el discurso médico, la palabra *caso* adquiere un sentido muy diferente y hasta opuesto al sentido psicoanalítico. Para la medicina la idea de un caso remite a un sujeto anónimo representativo de una enfermedad, y para el psicoanálisis, “expresa la singularidad misma del ser que sufre y de la palabra que nos dirige” (Nasio, 2001, p. 15). Podemos esquematizar tal disensión del siguiente modo:

	DISCURSO MÉDICO	PSICOANÁLISIS
CASO	Se trata de un “particular” de una ley general cognoscible y univertalizable	Alude a un “real” que remite a una legalidad singular e inconsciente

Este esquema no guarda demasiada distancia respecto de aquél que fuera presentado hace algunos años a propósito de la oposición entre el *Paradigma indiciario* propuesto por Carlo Ginzburg —en el que se incluiría el Psicoanálisis—, y el paradigma de la *Física Galileana*, en el que

se inscribe el discurso médico: allí donde éste prioriza lo mensurable, repetible y clasificable, las coincidencias y generalizaciones; aquél pondrá en el centro de su interés lo irrepetible, lo original, el hecho sorprendente, en suma, lo propiamente *singular* (Pulice et al., 2000).

La noción de *caso* que se desprende de una u otra de esas posiciones, es radicalmente distinta; y, si bien no nos detendremos aquí en una nueva revisión de temas que ya fueron desarrollados oportunamente en profundidad, conviene sin embargo no perderlos de vista, pues son el soporte del recorrido en el que ahora nos proponemos avanzar.

Tomando como referencia las formulaciones de Ludwig Wittgenstein en sus *Investigaciones filosóficas*, podemos proponer con mayor grado de rigor: un *caso* es la narración, la expresión, la representación, el símbolo de un hecho clínico, de un *estado de cosas* determinado. Hacemos referencia a ese estado de cosas —una determinada experiencia clínica—, con proposiciones (Wittgenstein, 1999). Podemos partir de la hipótesis de que el caso clínico, escrito o narrado, mantendrá la singularidad de su forma lógica, en consonancia con la singularidad del *real*<sup>3</sup> que, en cada ocasión, estemos investigando, indagando o analizando. Si el analista —o, en nuestro caso, el acompañante terapéutico— está acertadamente orientado respecto de su posición transferencial, será sin dudas él mismo quien nos podrá transmitir la lógica puesta en juego en sus intervenciones, así como sus propios interrogantes o conjeturas. Si no lo está, de todos modos será inevitable que, en su propia desorientación, lo esencial de la configuración de esa escena en la que está tomado —aún desconocida por él— resulte posible captarla en ese mismo material que presenta —por ejemplo, en el marco de una reunión de equipo o una supervisión—, siendo ese mismo *extravío* un importante indicio sobre cuál es la trama en la que está *afectado* transferencialmente.

Llegamos así a lo propiamente distintivo del psicoanálisis en su formulación del caso clínico, y esto es que la lógica de esa configuración sólo podrá extraerse a partir del despliegue que se hará de ella en el seno mismo del vínculo transferencial: si como propone Lacan, *la transferencia es la puesta en acto de la realidad sexual del inconciente*, esto quiere decir que sólo a partir de lo que allí se despliega —en el *aquí y ahora* del vínculo transferencial—, podrá comenzar a captarse eso que intenta de algún modo expresarse, hacerse oír, aún —y precisamente— cuando al mismo tiempo resiste toda representación. Nuestra tesis es entonces la siguiente: la *construcción del caso*, en la clínica psicoanalítica, no se limita a la narración, la expresión, la escritura, el símbolo de un hecho clínico o de un estado de cosas determinado. La *construcción del caso* coincide con la experiencia misma del trabajo clínico y la configuración de los vínculos con las diversas instancias intervinientes —en la complejidad que esto se presenta en los casos de abordaje múltiple—, sus impases temporales, sus vicisitudes trágicas y dramáticas, sus iteraciones<sup>4</sup> e imposibles.

<sup>3</sup>En Lacan, el concepto de *real* irá encontrando diversos ensayos de definición, excediendo las posibilidades de abordar el tema exhaustivamente en este capítulo. No obstante, podemos situar en una primera aproximación que aludimos con este término a cierto registro de la experiencia que *carece de representación* tanto a nivel de la imagen —registro *imaginario*—, como de la palabra—registro *simbólico*—, al que sólo se puede acceder a partir de sus efectos.

<sup>4</sup> En matemática, la *iteración* se refiere al proceso en que una función es aplicada repetidamente. Otro uso de la iteración en matemáticas es en métodos iterativos que se usan para producir soluciones numéricas aproximadas a ciertos

El pequeño detalle, lo distintivo de la clínica de orientación psicoanalítica, es que si esas cosas nos interesan, es decir, si nos interesa transitar como analistas o acompañantes terapéuticos esa experiencia junto a quien nos lo ha solicitado, no es ni más ni menos en la medida en que *podemos ofrecer al menos algún alivio a su padecimiento psíquico*. No obstante, para que la cosa llegue a buen término, se pone a prueba inevitablemente el *oficio*, el *saber hacer* con las distintas contingencias que se van presentando en la tarea. Entendiendo que es a eso a lo que se refiere Freud cuando dice que lo más importante, en el devenir de un tratamiento, es aquello que se pone en juego en el *manejo* de la transferencia. Señalamiento que abre una fuerte línea de interrogación acerca de cómo conceptualizarlo, específicamente, con aquellos usuarios que requieren abordaje múltiple.

La transferencia, en tanto *puesta en acto de la realidad sexual del inconciente* —tal como propone Lacan en una formulación que mantendrá su vigencia hasta el final de su enseñanza—, implica entender el dispositivo analítico como el montaje que oficia de *trampa de caza* para que cierta escena se despliegue, cuyas coordenadas se imponen al sujeto precipitándolo —en todas las versiones posibles— al mismo *mal-estar*, a ese resto no tramitado de insatisfacción incubado desde el singular encuentro entre ese *recién venido* y el *Otro* primordial, y sus posteriores avatares en los distintos momentos de su estructuración subjetiva. Para reconocer sus singulares coordenadas de configuración, para visualizarlas, para construirlas y llegar a captarlas en el devenir del tratamiento, apenas partimos de algunos indicios, vestigios vivos de lo que, desde el advenimiento mismo del sujeto en tanto tal, permanece habitándolo con plena potencia actual:

Nosotros —quienes participamos del abordaje clínico de un sujeto— nos vamos a enfrentar trabajando, no con la escena, sino a partir de los restos. No se trata simplemente de los restos acumulados, de lo que venía de la escena cuando, si puedo decir así, la escena estaba de gira». Esos restos, pasarán a ser la vía privilegiada de acceso al escenario de lo inconsciente, o en otras palabras: a la Otra escena. Siguiendo la cita: «Es como si dijéramos: de una escena teatral, lo que queda, un sillón, un vestido, un pañuelo, pequeñas cosas, cuando la escena ya no está ahí. Es decir que, para llegar a la escena, vamos a trabajar muchas veces con sus restos, una vez que la escena se fue (Rabinovich, 2011, s/n).

Sólo a partir de esta compleja reconstrucción —que incluye, en su valor indicial de transmisión, los mudos registros de la afectación del sujeto—, se encontrarán, en el devenir del acompañamiento, las claves de lectura que permitirán precisar las coordenadas de la *posición* transferencial del AT, para poder instrumentar desde allí aquellas maniobras que posibiliten arribar al sujeto —en los límites de su producción discursiva— a ese umbral desde el cual podrá restar

---

problemas matemáticos. El método de Newton es un ejemplo de un método iterativo. En programación, *iteraciones* la repetición de un segmento de código dentro de un programa de computadora. Puede usarse tanto como un término genérico —como sinónimo de repetición— como para describir una forma específica de repetición con un estado mutable. Cuando se usa en el primer sentido, la recursividad es un ejemplo de iteración, pero que usa su propia notación —notación recursiva—, que no es el caso de iteración. Sin embargo, cuando se usa en el segundo sentido —caso más restringido—, la iteración describe el acto de repetir dentro del estilo de programación *imperativa*.

consistencia, atravesar o disolver —en el mejor de los casos— aquellas escenas que sobreterminan su padecimiento psíquico. Vale decir: acceder a la captación de su configuración afectiva *desde dentro*. Allí, el modo singular de afectación —*en* transferencia— de cada uno de los profesionales intervinientes, pasa a cobrar un decisivo valor *indicial*, en tanto evocación de lo que no se puede decir.

Ese trabajo de investigación clínica incluye entonces poder interrogarse acerca de la configuración del dispositivo y el encuadre en la articulación del trabajo interdisciplinario. ¿Cómo conceptualizar, en su valor operativo, el concepto de *transferencia*, cuando en el tratamiento de un sujeto son requeridas diversas instancias de intervención? ¿De qué modo habrá de articularse ese múltiple despliegue transferencial, con la configuración del dispositivo y la orientación de la cura?

## Construcción del caso ◇ configuración del dispositivo

En distintos momentos de su recorrido y enseñanza, Lacan retoma la indagación freudiana acerca de los límites del dispositivo analítico. Pregunta abierta, y de fuertes implicancias éticas, que tiene como correlato la necesidad de repensar los criterios de *analizabilidad* e incluso sobre cómo *generar condiciones de analizabilidad* en casos que no se presentan desde su inicio en la modalidad de la *demanda de análisis* tradicional, pero en los que la experiencia clínica posibilitó verificar que a partir de las maniobras adecuadas, pueden producirse en determinado momento las condiciones necesarias para la enunciación de esa demanda *latente* o *no explicitada*, por parte del mismo sujeto.

Entendiendo que eso sobre lo que estamos convocados a intervenir, no se trata simplemente de algo que ha sido olvidado, no se trata del pasado olvidado del sujeto, sino de algo que *habita* al sujeto: eso que lo desgarrar y lo divide, no es un simple recuerdo, no es algo reprimible, sino que tiene plena actualidad. ¿Pero entonces eso, de qué se trata? Resulta oportuno destacar aquí que, desde la perspectiva del psicoanálisis, el *padecimiento psíquico* remite a la incomodidad, incluso al dolor que produce al sujeto el lugar en que se siente situado por el *Otro*. Por otra parte, dado que eso que se repite —o más bien, que *no se puede dejar de repetir*— no es necesariamente localizable en un hecho concreto, habrá que construirlo a partir de sus indicios, es decir, de aquello que se despliega transferencialmente en cada una de las instancias que participan del dispositivo de tratamiento. Y por nuestra parte, esperamos generar las condiciones para que, en la medida que esa *Otra escena* se vaya desplegando en el entramado de las distintas escenas y escenarios por los que transitan el AT y su acompañado, se empiece a hacer posible —a partir de su captación, interpretación y supervisión en las instancias correspondientes— orientar las intervenciones del AT a fin de ir tramitar ese padecimiento psíquico en el marco del dispositivo, *en* transferencia.

Pues bien, resulta oportuno en este tramo de nuestro recorrido pasar en limpio la *tesis* en que se enhebran los distintos temas abordados en este capítulo: que desde la perspectiva del

psicoanálisis, y en el campo específico del acompañamiento terapéutico, no hay construcción del caso sino en íntima conexión con la configuración del vínculo transferencial, aún —y particularmente— en la complejidad que esto presenta en los casos de abordaje múltiple; y que además, sólo a partir de allí será posible —más allá de cuál fuera el encuadre o los objetivos iniciales— articular con alguna precisión las diversas instancias que participan, o habrán de participar, en la construcción del dispositivo.

Compartiremos a continuación dos historiales clínicos —los casos de *Lourival* y *Soledad*—, con los que nos proponemos ilustrar los desarrollos conceptuales que fuimos exponiendo hasta aquí.

## La percusionista

El pedido de acompañamiento para *Soledad* —de 15 años de edad— se realizó cuatro años atrás, con el objetivo de realizar salidas con ella los fines de semana que habilitaran cierto tiempo libre a su madre, quien se encontraba agobiada «por estar todo el tiempo a disposición de su hija». Curiosa afirmación, dado que la madre no sólo se mantuvo prácticamente al margen del acompañamiento durante los primeros seis meses de trabajo, sino que al momento de la solicitud de acompañamiento, *Sole* concurría a un Centro Educativo Terapéutico de doble jornada. La joven estaba diagnosticada desde hacía ya varios años como un caso de autismo, y no se comunicaba mediante lenguaje oral. La primera consulta se realizó a los 3 años de edad por sugereencia del jardín de infantes al que por entonces comenzaba a asistir. En ese momento, los padres mencionaron que su hija “no hacía caso, corría sin rumbo fijo, se tiraba al piso despatarrada, estaba ensimismada, aislada, tiraba la comida al suelo, y se la comía”. Respecto de su historia familiar, se destacan algunos datos significativos. *Soledad* y *Amparo* —su hermana melliza— nacieron después de muchos años de matrimonio. Sus padres realizaron numerosos tratamientos de fertilización asistida en la búsqueda del embarazo. De su relato, se escucha una historia de mucho desamparo y soledad durante sus propias infancias y adolescencias, así como también diversas dificultades referidas a su posicionamiento respecto de la asunción de las funciones parentales. El embarazo fue vivido por ambos de manera “traumática y con mucho miedo”. Del relato materno, se desprenden algunas ideas delirantes surgidas al tener a sus bebés dentro de la panza. Por otra parte, durante el embarazo, ella sufrió la pérdida de su abuela, referente muy importante en su propia crianza. Asimismo, el padre subrayó que no estaban preparados para tener dos hijas: “Somos un matrimonio que era para tener una sola”. Al nacer las mellizas, la madre reconoce haber tenido también serias dificultades para conectarse con ellas, habiendo estado muy sola en todo ese tiempo. Menciona la desesperación que sintió cuando le trajeron las dos bebés y la impresión que le daba darles la teta.

De entrada, allí donde sólo se esperaba *una*, podemos situar una pregunta fuerte: ¿Qué lugar de alojamiento esperaba a esta niña, en el campo del deseo del *Otro*? Lacan (1957), en su seminario sobre *Las formaciones del inconsciente*, puntúa cómo los hilos de lo simbólico son

movidos antes de que el sujeto tenga su llegada al mundo: “La frase ya ha sido empezada antes de él, ha sido empezada por sus padres” (Lacan, 1957, p. 192). Agregando algunos años después, en su *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*:

Los padres modelan al sujeto en esa función que titulé como simbolismo. Lo que quiere decir, estrictamente, no que el niño sea el principio de un símbolo, sino que la manera en que le ha sido instalado un modo de hablar, no puede sino llevar la marca del modo bajo el cual lo aceptaron los padres (Lacan, 1975, p 124).

Abierta esa pregunta acerca de cuál sería el lugar —o el no lugar— de alojamiento de *Sole* en el deseo de sus padres en su venida al mundo, surge asimismo, en el inicio de la intervención, otro interrogante de considerable importancia: transcurridos más de diez años de aquella primera consulta y no observándose que se hayan obtenido mayores resultados de esos tratamientos previos, ¿qué podría esperarse del acompañamiento terapéutico?

Como punto de partida, se organizó una entrevista individual inicial con el padre y luego un encuentro con la joven, su padre, la coordinadora del acompañamiento y los dos AT —un varón y una mujer— propuestos para integrar el equipo, a fin de acordar las pautas de trabajo. En la entrevista con el padre, cuenta que su familia tiene pocos amigos y casi no salen de su casa. Respecto del primer encuentro en que se incluyó a *Sole*, transcurrió durante una primera parte en el consultorio de la coordinadora, continuando a la hora siguiente en la plaza aledaña al consultorio. En el espacio cerrado, se ofrecieron a la adolescente diferentes objetos: *Sole* eligió un tambor, sobre el cual golpeaba rítmicamente con su mano al igual que sobre su cuerpo, el cuerpo de los acompañantes, las paredes y las puertas del consultorio. Por momentos, deambulaba en círculos sin detenerse, bordeando las paredes del consultorio. Conducta que se observó también en la plaza, en donde además sacaba de la mano de cualquier persona que anduviera por allí la comida que tenía, para luego engullir. En suma, se desplegó, ya en ese primer encuentro, un inquietante menú de presentación.

## Un circuito posible para *Sole*

Luego de ese encuentro de evaluación inicial, se pautó que el acompañamiento consistiría en una salida a plazas y parques aledaños a la casa de la joven, un día de la semana y uno del fin de semana, por un tiempo de dos horas cada vez, con alternancia de los dos acompañantes. Como estrategia clínica, se pensó en el armado de un recorrido constante hacia la plaza; vale decir, un circuito repetido en el que se podrían ir agregando gradualmente algunas variables. Una vez en la plaza, *Sole* jugaba con las palas en la arena, y con la finalidad de detener su búsqueda compulsiva de comida, se propuso el momento del *pic-nic*: la delimitación de un tiempo en el cual merendar. Así, se colocaba el mantel en el césped para sentarse y recortar un espacio, el acompañante sacaba de su mochila galletas y gaseosa, a fin de diferenciar lo que era de *Sole*

y la comida que pertenecía a otros. Ese momento apuntaba también a producir una escansión temporal, generando un corte respecto del juego con las palas en la arena. Para los días de lluvia, se incluyó una merienda con medialunas en la cafetería de una estación de servicio, donde la joven escogió su mesa preferida.

Transcurrido un tiempo de trabajo, se agregó a los paseos el uso del transporte público para los traslados, ampliando así el circuito del recorrido a otros parques. Paseos que, a su vez, movilizaron la iniciativa de realizar salidas en familia, pues hasta ese momento las mellizas y sus padres permanecían encerrados en casa. En una oportunidad, la madre se contactó telefónicamente en medio de una de estas salidas para contar que *Soledad* estaba pronunciando el nombre de su acompañante y que creía que era porque asociaba las salidas con ella. Asimismo, es de destacar que al poco tiempo de iniciado el acompañamiento, comenzó a fijar la mirada, que hasta ese entonces parecía pérdida.

Pasear en familia, pronunciar el nombre de su acompañante, fijar la mirada... ¿qué valor clínico asignar a estos nuevos indicios? ¿qué incidencia podrían tener estos novedosos *acontecimientos* en la lectura del caso y la orientación de las intervenciones?.

Un detalle importante que se registró también en los inicios del trabajo en su domicilio fue que la madre permanecía encerrada en la cocina mirando novelas, mientras chateaba en varios foros sobre esas novelas. Antes de irse, la acompañante comenzó a preguntar y conversar con ella sobre eso, intervención que tuvo como resultado que la madre comenzara de a poco a incluirse activamente en el dispositivo, ofreciéndose incluso a participar en las salidas en transporte público y empezando a comunicarse con el equipo para comentar semanalmente sobre el trabajo de su hija en el centro educativo o, en algunas ocasiones, mencionar lo difícil que era lidiar diariamente con *Sole*, pidiendo algún consejo. A partir de ese momento, se comenzaron a realizar —además de las reuniones con el padre— entrevistas entre la madre y la coordinadora del acompañamiento. En las mismas, además de conversar sobre las inquietudes actuales que referían los padres de *Sole*, se buscaba armar la historia familiar. El alojamiento de los padres en las entrevistas y en el dispositivo posibilitó otro reposicionamiento de ellos como padres en relación a sus hijas.

Así, esos movimientos subjetivos que se empezaron a observar por parte de *Sole* a lo largo del trabajo —como pronunciar el nombre de su acompañante, y tomar posición en su propia mirada—, fueron acompañados por ciertos reposicionamientos de sus padres. Esa misma madre que, en un primer momento afirmaba que «no hacía falta que se le hable a su hija, pues no entiende nada», empezó de pronto a decir: «es muy viva y entiende todo». Por su parte, el padre también comenzó a registrar cómo *Sole* se hacía presente en la escena familiar, trayendo por ejemplo algún objeto que estaban buscando o una factura de servicios a pagar que no encontraban. Sorpresivamente, algo se había comenzado a movilizar, haciéndose visibles en *Sole* los primeros esbozos de un nuevo modo de presencia e implicación subjetiva.



## La música de la familia

Desde el primer encuentro —como decíamos anteriormente—, estuvo presente en el acompañamiento ese tambor ofrecido por el equipo, por el cual *Sole* había mostrado un particular interés, pudiendo observarse la relación especial que la joven establecía con lo sonoro. La música suele ser algo que la atrae, ya sea una murga en la plaza, una canción en el celular del acompañante o la radio a todo volumen en alguna gomera de la zona. Presenta un gran interés por la cumbia, las canciones de *Spinetta*, la voz de *Cerati* y *Cristian Castro*, así como también por la música japonesa y las melodías románticas de *Luis Miguel*: “Los acompañantes conocen los gustos musicales de mi hija como nunca nadie antes lo había *hecho*”, observó la madre de *Sole*. El gusto por la música y esos cantantes es algo que comparte también con sus padres. Siempre que escucha música detiene su marcha, a veces se queda parada sin moverse, otras veces baila o mueve su cabeza con una sonrisa. En alguna oportunidad logra vocalizar algunas palabras melódicamente. En su casa, se pasaba el día golpeando distintos objetos: mesa, sillas, puertas, paredes e incluso su propio cuerpo. Especialmente en el pecho, llegando a lastimarse. Sus padres le habían construido una pechera de almohadón, para protegerla de sus propios golpes. Se estableció con ellos que durante el acompañamiento no usaría la pechera para que se pudiera trabajar con la joven sobre el manejo de esa impulsividad. Ahora bien, ¿cómo capitalizar clínicamente el interés de *Sole* por la música? ¿de qué modo ponerlo al servicio de apuntalar ese reposicionamiento subjetivo que había empezado a esbozar?

A lo largo de los encuentros, el tambor se fue convirtiendo en un objeto protagónico, mediador del lazo al otro. Desde el acompañamiento se empezó a nombrar a *Sole* como «*la percusionista*». Asimismo, se fue ofreciendo ese tambor como el lugar adecuado para encauzar sus golpes: “*Sole*, en el cuerpo, no, en los muebles, no; en el tambor, Siiii...!!!”, se le decía cada vez. Así, su percusión dejaba de ser «*golpe*» para ser parte de su repertorio musical. El padre celebró con gran sorpresa y emoción el interés de su hija por el tambor, ya que hasta ese entonces “no parecía interesarse por nada en particular”. Asimismo, la madre incorporó a los objetos de su hija una *alfombra musical mágica* y una caja donde guardar los juguetes.

En cada nuevo encuentro, se fue acentuando el uso de la improvisación en su conexión con la música, apostando, cada vez, a un anudamiento de los golpes rítmicos a algún significante, como por ejemplo, su nombre propio. *Sole* daba golpes secos y el acompañante apoyaba en ese sonido: “*So, So, So... So, le, So, le*”. Fue notable el aumento de receptividad de su parte cuando la comunicación se apoyaba en una cadencia rítmica, más aún cuando se combinaban dos cadencias de ritmos complejos. Fue a partir de ese momento inaugural que la joven comenzó a pronunciar su nombre con el ritmo de la percusión: “*So, So, le, le*”. El trabajo con ella pasó del *golpe*, a la percusión en tanto *ritmo*; y del ritmo a la *melodía*, como composición en la que se desarrollaba una idea musical. Desde su familia se comenzó a destacar la «*inteligencia musical de Sole*», en particular la sutileza de su ritmo: “Tenemos una música en la familia”, decía con orgullo su madre. Como señalará Lacan en aquella misma *Conferencia de Ginebra*:

Incluso un niño no deseado, en nombre de un no sé qué que surge de sus primeros bullicios, puede ser mejor acogido más tarde. Esto no impide que algo conserve la marca del hecho de que el deseo no existía antes de cierta fecha (Lacan, 1975, p 124).

Así, en tanto “la música de la familia” —bajo el operador “deseo del AT<sup>5</sup>” como *deseo no anónimo*<sup>6</sup> (Lacan, 1969) —, se inauguraba para *Sole* un nuevo lugar de alojamiento en el Otro.

## Acompañar la intimidad, en tiempos de pandemia

En el mes de marzo del 2020, la OMS declaró a la epidemia por Covid-19 como pandemia mundial. Como es sabido, dentro de las medidas fundamentales para evitar el contagio, se recomendó mantener la distancia física entre las personas. A dichos fines, en varios países, se estableció el aislamiento social, preventivo y obligatorio como política de estado para evitar los contagios, siendo adoptado en Argentina el 19 de marzo de 2020. Con este decreto, se cerraron los centros educativos terapéuticos por el resto del año. Por lo tanto, se desarmó la rutina de ocho horas diarias desde la mañana a la tarde que *Sole* tenía construida desde hacía varios años en el centro al que concurría. A su vez, la joven y su familia tuvieron que cumplir la cuarentena en su casa. Este pedido inicial de tiempo libre para su madre se vio interrumpido por la pandemia, lo que implicaba además que *Sole* debiera permanecer las 24 horas de cada día de la semana con su madre. Se hizo necesario, por lo tanto, disponer una reorganización del encuadre, en un momento dominado por distintos niveles de incertidumbre: ¿resultaría posible sostener un acompañamiento terapéutico a distancia con una adolescente de las características de *Sole*? ¿de qué modo?.

Durante el primer período de aislamiento y cuarentena estricta, se decidió como recurso posible para sostener el espacio y el vínculo realizar los encuentros a distancia, en modalidad virtual. El dispositivo inicial consistió en enviar diariamente, dos veces al día —a la mañana y a la tarde—, con alternancia de los dos acompañantes, un video corto con un saludo, junto con dos o tres videos de canciones de su gusto, a fin de producir escansiones temporales en el continuo diario de los días de cuarentena. Estos mensajes fueron generando interacción entre *Sole*, su madre y el equipo de AT. Recibir los videos musicales se volvió un momento del día que tanto ella como su familia esperaban con ansias: “Te escuchó atentamente”; “Esa canción le encantó”, decía por mensajes de audio la mamá.

---

<sup>5</sup>Respecto al operador *deseo del AT*, lo situamos en relación a lo que Lacan ubica respecto del *deseo del analista*. En el Seminario 11, pág 284, subraya: “*el deseo del análisis no es un deseo puro. Es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él. Solo allí puede surgir la significación de un amor sin límites, por estar fuera de los límites de la ley, único lugar donde puede vivir*”.

<sup>6</sup>Se hace referencia a lo que Lacan propone en *Dos notas sobre el niño* (pág. 55-57) respecto a «*lo irreductible de una transmisión (...) es la de una constitución subjetiva, que implica la relación con un deseo que no sea anónimo*».

Al mismo tiempo, se mantuvo comunicación permanente con sus padres, con el objetivo de armar con ellos *una nueva rutina para Sole*. Se plantearon temas como: el aburrimiento, la incertidumbre, la angustia de la mamá, las reacciones de la joven, la forma de organizar el día a día, la pandemia y las medidas preventivas. Fue necesario durante este tiempo contener y acompañar principalmente a su madre, para poder así acompañar a *Sole* en ese contexto. De todas las canciones enviadas, una es nominada por la mamá como “el organizador de *Sole*”. Se trata de una melodía canadiense sin letra que uno de los acompañantes siempre le cantaba cuando el acompañamiento era presencial, jugando con esa melodía a nombrar los distintos momentos del encuentro: desde ponerse las zapatillas para salir y toda la organización previa a la salida, como el recorrido en sí mismo y la vuelta a casa —que incluía lavarse las manos al regresar de la plaza. Durante la cuarentena, en un primer momento —cuando la madre la notaba nerviosa o inquieta—, les solicitaba a los acompañantes que envíen por *WhatsApp* esa canción. Luego, con el tiempo, se apropió de esa melodía y se la cantaba ella misma, comenzando a ponerle letra de su autoría para iniciar el día y construir la rutina diaria. Reconocía que eso producía en su hija un efecto de pacificación, tranquilidad y mayor tiempo de atención sostenida. “El organizador de *Sole*” se convirtió en un recurso indispensable para su madre. *Organizador* que surgió como efecto del encuentro contingente entre *Sole* y su AT, pero que al ser luego captado, apropiado y utilizado por su madre poniendo su propia letra a la configuración de la escena, tuvo efectos de ordenamiento subjetivante del vínculo. En cuarentena, la madre pudo incluir este *organizador* —terceridad venida de afuera— en su rutina diaria, como un hallazgo que le permitió conectarse con su hija y alojarla.

Luego de un mes de iniciado el acompañamiento a distancia, se integró un nuevo elemento a esta modalidad: la videollamada. Se realizaba cuatro días a la semana, durante unos minutos. Así, se empezó a generar un espacio de ida y vuelta en la comunicación con *Sole*. El detalle que se recortaba de estos encuentros —según relataba luego su madre—, es que *Sole* maximizaba su propia imagen en el celular, y se miraba constantemente en ella. Espejo sostenido —ahora sí— por su madre, posibilitando el pasaje por ese estadio estructurante que preanuncia el advenimiento del sujeto, poniéndole marco a su propio reconocimiento en esa imagen. En cuarentena, se acentuó la confianza de los padres en su propia palabra, se animaron a hacerse entender por ella, algo que antes creían ser sólo atributo de los AT.

A los dos meses del establecimiento de las medidas restrictivas, se habilitó por fin la asistencia del personal de salud a pacientes con certificado de discapacidad, tomando los acompañamientos terapéuticos una modalidad mixta: presencial y *on-line*. En el feriado por el día del trabajador, la madre solicitó conversar con la coordinadora del equipo “para compartir pensamientos muy profundos que viene reflexionando en esta cuarentena”. Se preguntaba si era necesario que *Sole* concurra tantas horas al centro terapéutico ya que había notado cambios subjetivos importantes en ella desde que se encuentra en su casa por el aislamiento social, preventivo y obligatorio. Sostenía que en este tiempo su hija aprendió a escuchar música, ver videos y realizar videollamadas y ellos dejaron de ponerle la pechera porque ya no se golpea tanto. Por otra parte, señaló que *Sole* está más atenta, que interactúan mucho más entre ellos y pueden hablar de

temas actuales porque “ella comprende”, agregando su mamá: “Ella misma intenta usar el teléfono cuando se hace una videollamada”.

## Que suene la orquesta...

Transcurridos ya cuatro años de acompañamiento con la joven y su familia y, localizando el detalle clínico de la música como *organizador*, el trabajo en el segundo año de pandemia consistió en ampliar y sofisticar este *soporte clínico musical*. El estímulo sonoro hecho trama, parecía hacer suplencia de medida y regulación pulsional, dando lugar a algunas relaciones de intercambio, en la apertura de un lazo social posible. Se acompañó al sujeto —partiendo de su propio interés— a que pueda inventar alguna solución / arreglo posible que le permitiera habitar de otro modo la cotidianidad de la escena familiar. El dispositivo en este tiempo consistió en dos acompañamientos presenciales y tres videollamadas semanales, en los que se trabajaba con un programa de bases rítmicas en el que empezó a participar toda la familia. Se puso el acento en la alternancia y el intercambio. Primero armaba una base el padre, y se lo aplaudía; luego *Sole*, y nuevamente aplausos; y a continuación el AT, su hermana *Amparo* o su madre. El momento de la videollamada se convirtió en una escena esperada por toda la familia: “¡Con esta canción me voy a hacer famosa!”, expresaba con entusiasmo la madre, quien habiendo transcurrido ya un año pandémico confesó su sorpresa respecto de algo que para antes resultaba impensable: “pasar la cuarentena con su hija en jornada completa resultó posible”. En este novedoso estar familiar, *Sole* empezó a tener un nuevo registro del tiempo y, sin usar reloj, daba cuenta de tener una precisa noción de la hora pautada para hacer alguna actividad. Su padre lo llamaba *la prueba de la hora*: cada vez que le anunciaba a su hija que a una determinada hora iba a hacer tal actividad, *Sole* lo buscaba en el momento justo.

En ese segundo tiempo de pandemia, se reabrieron algunos lugares recreativos de circulación, así como también los centros educativos terapéuticos. Se comenzó a trabajar en la planificación de salidas para reincorporar algunas rutinas, respetando los protocolos y medidas de cuidado sanitario. *Soledad* comenzó a presentar ciertos momentos de angustia, especialmente luego de trabajar con el acompañante en forma presencial con algún ritmo percusivo con su tambor, mantener conexión con la mirada y nombrarse. En esos momentos, se la acompañó a transitar esa angustia, nombrando su estado, estrategia a la que se suma su padre: “Vos seguí pegando que papá se va a bancar tus golpes”, dijo a su vez el padre cuando la notó angustiada. Es notorio el efecto tranquilizador que producían esas palabras de alojamiento de su padre en *Soledad*.

Frente a una situación de contacto estrecho con una compañera del centro educativo que dio positivo de Covid-19, y ubicando que la joven quedaba muy expuesta a contagiarse ya que aún no había logrado dejarse puesto el barbijo, su madre decidió por primera vez firmemente avanzar con la insistencia en que su hija aprenda a utilizarlo. Frente a esta nueva posición de la madre y con ayuda de su hermana, *Sole* comenzó a practicar el uso del barbijo por algunos minutos. Pudo

observarse entonces que *Daniela* mantenía un vínculo ambivalente con ella. Por un lado, ayudaba y acompañaba algunos movimientos de autonomía como ayudarla a ir al baño o lavarse los dientes. Por el otro, presentaba ciertos momentos de descarga agresiva sobre *Sole*. En este tiempo se decidió incluir más activamente a su hermana dentro del dispositivo de acompañamiento bajo el nombre de “ayudante”. Nominación que la ubicaba en un lugar privilegiado, y que con orgullo comenzó a ocupar.

Bajo ese nombre, le enseñó a *Sole* a usar el *joystick* de la consola de juegos. *Sole* movía los personajes y toda la familia festejaba. Su madre filmó la escena y envió el video al equipo de acompañamiento, en el que podía verse a sus hijas jugando juntas. En pandemia, se construyó para esta familia una nueva intimidad de puertas adentro, que pueden ahora compartir con ese afuera *transicional* en que devino el acompañamiento terapéutico.

Nos reservaremos algunos detalles de la historia familiar precedente —tanto por parte del padre como de la madre—, no obstante resulta oportuno mencionar que en la medida en que fue posible visibilizar algunos de sus puntos más significativos y ponerlos en conexión con las dificultades que cada uno de ellos tuvo para afrontar las contingencias del embarazo, el nacimiento y la crianza de sus hijas, eso tuvo como correlato un paulatino reposicionamiento, pasando entonces a poderse escribir una nueva partitura familiar, y a ponerle letra. Asimismo, es posible observar —en una lectura retrospectiva— cómo esos movimientos fueron dando lugar a una reformulación del dispositivo y las estrategias de abordaje, en esa íntima conexión entre la *construcción del vínculo*, la *construcción del caso* y la *construcción del dispositivo*, tres registros inseparables de la misma experiencia clínica.

Por último, resulta oportuno destacar el valor —tanto clínico como metodológico— que van cobrando, en ciertos momentos del tratamiento, la formulación de aquellas preguntas que orientan la búsqueda y la producción de la información necesaria para ir decidiendo, ante cada encrucijada que se presenta en nuestro trabajo, por dónde seguir. Pronto volveremos sobre ello.

Llegados a este punto y para dar un paso más en el recorrido que nos propusimos compartir, examinaremos uno de los historiales presentados por Castejón Hermann (2014), en el que su autor se propone interrogar el modo en que el AT contribuye para la construcción del *sinthome*, en el tratamiento de la paranoia. Y si bien no es nuestro propósito desarrollar en este capítulo lo relativo a la especificidad del tratamiento de la paranoia, ni abordar en su complejidad el mencionado concepto lacaniano, el caso *Lourival* nos permitirá ilustrar con mayor precisión metodológica y conceptual el tema que aquí nos convoca: la construcción del caso clínico en el Acompañamiento Terapéutico.

## El padre de las bombas

Luego de doce años de encierro en una institución psiquiátrica, *Lourival* —de 50 años de edad— es derivado por el psiquiatra de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) para iniciar un acompañamiento terapéutico. Por entonces, su vida “se limitaba a los olores de la institución cerrada, a

las vivencias de electroshock, y poquísimas brechas de contacto con el mundo”(Castejón Hermann, 2014, p. 191). En una primera reunión convocada por el padre, se dio lugar a la palabra del joven, quien pudo expresar que “no sabía cómo era vivir fuera de la institución psiquiátrica” (Castejón Hermann, 2014, p. 191). En su presentación del caso, el autor sitúa cuatro momentos claves en la construcción del vínculo transferencial, la configuración del dispositivo de tratamiento y la orientación de la cura, cuyos puntos más importantes resumiremos a continuación.

El inicio del acompañamiento estuvo caracterizado por la organización de las primeras salidas y el armado de un circuito de caminatas por el barrio. *Lourival* formuló claramente al AT un pedido de ayuda: no lograba salir de casa, ni siquiera para comprar cigarrillos en un bar ubicado al lado de su domicilio: —*Tengo miedo de comprar cigarrillos porque creo que van a robarme con el vuelto y no sabré reclamar.* El primer movimiento, entonces, fue planificar una situación propicia para hacer salir a *Lourival* de su departamento. Después de algunas conversaciones en casa, se le propuso una salida hasta el bar de la esquina para tomar un refresco y comprar cigarrillos. Las salidas comenzaron a repetirse, de modo que se iba armando una nueva rutina, fuera del hogar. El acompañante terapéutico y *Lourival* iban al bar y pedían algo para beber y también un cenicerito. Se sentaban a la mesa y allí conversaban sobre lo que era la vida fuera de la institución y sobre su (in)capacidad de soportar su nueva condición ambulatoria.

La apuesta, por parte del AT, en ese primer ensayo de lazo social que el bar ofrecía —lazo que imponía al sujeto un movimiento importante, para poder sobrellevar sus miedos—, consistió en ir *apagando* gradualmente su propia presencia. Difícil cálculo, que no dejaba de presentar ciertos riesgos en la construcción del vínculo: ¿cómo regular en su justa medida esa *presencia* necesaria como punto de apoyo ante este desafío, y una posición suficientemente abstinentes para que el sujeto —en su condición deseante— pueda advenir? Inicialmente, era el acompañante terapéutico quien solicitaba al empleado del bar lo que querían consumir, pero de a poco —una vez atravesados los momentos de silencio e incomodidad producidos a partir del calculado silencio del AT— *Lourival* pudo ir dando los pasos requeridos para la realización del objetivo: comprar el refresco y pedir los cigarrillos. Al momento del pago, por ejemplo, el AT empezó a mirar para otro lado, a hacerse el distraído, dejando de ofrecerse como *garante* para verificar si el vuelto estaba correcto. Al momento de contar el vuelto, la mirada y la voz del acompañante terapéutico ya no se hacían presentes. La estrategia pronto dio buenos resultados: pasado un tiempo, *Lourival* comenzó a presentar cierta desenvoltura en el trato con el vendedor, e incluir otros pedidos tales como un chocolate o consultar por el plato del día.

El segundo momento que delimita el autor se caracterizó por la apuesta a reunir a *Lourival* con la totalidad del equipo tratante. Tal procedimiento puede parecer paradójico si se considera que se trataba de un paciente paranoico y que, entonces habría convenido, como profesionales, *discutir el caso* en su ausencia. Sin lugar a dudas resultaba una maniobra de riesgo, pero al mismo tiempo se podía advertir el riesgo que entrañaba mantener de manera oculta o enigmática esa interlocución entre el AT y las demás instancias intervinientes. Se realizó entonces ese encuentro, en el que se le comunica que se estaba trabajando en red, con una estrategia en común, en la que se confiaba en sus propios recursos. El psiquiatra y su psicóloga —ambos presentes

en el marco institucional del CAPS—, junto con el acompañante terapéutico, comparten también con él sus opiniones sobre la marcha y las perspectivas de su tratamiento. Pudo verificarse entonces la pertinencia de esa jugada, pues resultó muy importante para *Lourival* el reconocimiento de que había un buen entendimiento entre los profesionales del equipo, y que todos estaban comprometidos en una misma apuesta. Poco tiempo después se tendría ocasión de confirmar cómo esta maniobra resultó tener un valor decisivo para que se pudiera sostener la continuidad del tratamiento, en momentos de la irrupción de una nueva crisis.

En esa reunión le fue presentada también —a fin de propiciar una apertura al lazo social—, la posibilidad de participar en algunas actividades de otra institución, un Centro Cooperativo de Convivencia (CECCO) localizado cerca del CAPS y de su domicilio, en donde podría compartir ese espacio con otros usuarios. Y si bien hubo una cierta resistencia de su parte —resurgiendo sus miedos ante la posibilidad del encuentro con otros—, quedó esa alternativa de todos modos abierta: —*Puede ser demasiado para mí. Puede ser, pero ¿cómo saberlo?* Ante esa vacilación, se le propone visitar el lugar *sin compromiso*. Vale decir, se evita cuidadosamente anticipar el resultado, si será o no demasiado para él. Habrá que pasar entonces por la experiencia. El afianzamiento del vínculo transferencial con su AT permitió que *Lourival*, luego de realizar juntos algunas visitas al nuevo espacio propuesto, pudiera al poco tiempo permanecer y circular por allí sin la presencia de su acompañante. En este segundo tiempo entonces se reafirma en su eficacia clínica el posicionamiento abstinerente del AT, como soporte paradójico de una presencia vacía, en donde puede observarse el pasaje de esa requerida omnipresencia inicial, a una presencia distendida, distraída y cada vez más silenciosa, explícitamente vacía de todo deseo, mandato o imperativo. En el CECCO, ese acogimiento se consolidó también al ser una institución abierta, que promueve el trabajo en red y el encuentro entre lo diverso y heterogéneo. *Lourival* comenzó a participar allí en un proyecto de organización de la videoteca, interesándose luego por el taller de yoga y otras actividades, pasando al cabo de un tiempo a frecuentar ese nuevo espacio institucional asiduamente, por iniciativa propia.

La estrategia de trabajo sostenida por el AT continuaba dando sus frutos, y ese calculado posicionamiento *paradójico* —al mismo tiempo presente y abstinerente—, iba posibilitando a *Lourival* desactivar la peligrosidad del encuentro con el *otro*, con sus semejantes, ya sea el empleado del bar o los demás usuarios de ese nuevo espacio. Sin embargo —como recién anticipamos—, pronto habría que transitar una decisiva *puesta a prueba* tanto del vínculo con el AT, como del *sabehacer* del equipo tratante.

Así, el tercer tiempo descrito por Castejón Hermann (2014) aparece signado por un giro que resultó clave en el devenir del tratamiento, que incluye la desestabilización de *Lourival*, la irrupción de alucinaciones, una nueva producción delirante, la puesta a prueba —y el reordenamiento— del dispositivo, la interpelación de la función paterna, y la localización de la posición transferencial del AT.

Según relata el autor, transcurridos siete u ocho meses desde el inicio de la intervención ocurrió un episodio importante:

Era Navidad y el acompañante terapéutico iba a realizar un viaje de vacaciones durante tres semanas. *Lourival* fue avisado con anticipación y, poco a poco, empezó a mostrarse inseguro ante la perspectiva de quedar ese tiempo sin AT. A medida que se aproximaba el fin de año, *Lourival* más interrogaba sobre los detalles del viaje, el medio de transporte, si el acompañante terapéutico tenía amigos en los lugares que visitaría, etc. En el último encuentro del año, *Lourival* se presentó desestabilizado. Hablaba sobre los hombres-bomba que salían del televisor para molestarlo (Castejón Hermann, 2014, p. 193)

El joven menciona también otro hecho inquietante: alguien habría ingresado en su domicilio, pues no salía más agua caliente de la ducha.

Ese acompañamiento se desarrolló en su casa, él sudaba abundantemente y decía que no quería que el acompañante terapéutico se ausentara. La primera previsión a ser tomada fue la de verificar lo que ocurría con la ducha: había sido desconectada porque hacía bastante calor. Al notar lo que había ocurrido, cierta calma se instaló, a pesar de que *Lourival* todavía se sentía perseguido por los hombrecitos de la televisión, que conversaban con él (Castejón Hermann, 2014, p. 194)

En ese contexto, se estableció junto a los otros profesionales que participaban en su tratamiento una nueva estrategia de trabajo, con el objetivo de que el joven tuviera durante el periodo de vacaciones de su acompañante otros puntos de apoyo, aumentando la medicación antipsicótica —para contrarrestar su producción delirante— y la frecuencia de sesiones con su psicóloga. Este pronto reordenamiento del dispositivo tuvo también —y no es un detalle menor— un gran efecto de alivio en su padre.

En el último contacto telefónico que mantiene *Lourival* con su AT —y a pesar de haberse intensificado su producción delirante—, puede afirmar con total lucidez que su familia era muy loca. Decía: — “¿Qué hago yo con esta familia? ¡Es muy loca! No sé qué hago con ellos, mi padre exige algo de mí que yo no logro ofrecerle”. El AT se despidió afirmando que lo que estaba siendo dicho allí era muy importante, y que a su regreso sería posible dar continuidad a esa conversación.

Cabe destacar que *Lourival* pudo atravesar el periodo de vacaciones de su acompañante terapéutico sin ser internado, mostrándose muy aliviado con su retorno. Pero una frase quedó marcada, respecto de las exigencias y expectativas de su padre sobre él. Y no sólo eso: quedó también cierta *marca de confianza* por parte del padre de *Lourival* respecto del equipo tratante y el acertado criterio con que se manejó, particularmente, el AT.

Tiempo después, habiendo retomado el acompañamiento sin que *Lourival* vuelva a hacer mención de lo ocurrido a fin de año, el joven pidió ir al Hospital de Clínicas, pues tenía información sobre un programa que lo ayudaría a dejar de fumar. En el camino, el acompañante terapéutico le preguntó si ese plan era una iniciativa suya o una demanda de su padre, quien había dicho en cierta ocasión: “Él fuma demasiado, tiene que fumar menos”. No obstante, *Lourival* sostuvo que era una preocupación personal, para cuidar su cuerpo, apoyando su



argumentación en la dificultad para caminar en las subidas y bajadas de las calles del barrio. La primera visita de admisión al Instituto Central del Hospital de Clínicas —donde existía un programa de *calidad de vida*—, transcurre sin contratiempos, aún cuando Lourival empezó a evidenciar en el trayecto cierta vacilación. Resurgió entonces, del lado de su acompañante, la duda sobre el origen de esa demanda:

¿De quién era ese pedido, de él o del padre? ¿Y el evento ocurrido el fin del año anterior? ¿Cómo situarse ante aquella frase, la de que su familia estaba muy loca y que su padre exigía demasiado de él? (Castejón Hermann, 2014, p. 195)

El AT intuía que se jugaba allí un movimiento importante, sin saber con certeza qué podría resultar de la apuesta a retomar esa conversación.

Una segunda visita al *Instituto* —esta vez para asistir a la conferencia informativa sobre el programa de calidad de vida— permitió al AT realizar un nuevo cálculo en el manejo de la transferencia, al percibir nuevamente la vacilación de *Lourival*: le comunica que irían a esa conferencia sólo para ver de qué se trataba el programa, y que podría conservar su paquete de cigarrillos en el bolso, no había necesidad de tirarlo. De esa manera, pareció atemperarse su temor a desprenderse de esa suerte de escudo protector. Permanecieron por un tiempo en la conferencia, pero cerca del final el joven pidió al acompañante salir de allí. De regreso, comenta que “había sentido miedo del proyector de diapositivas”. Interrogado sobre ese miedo, su respuesta fue mantenerse en silencio durante todo el trayecto.

¿Qué efectos habría de esperarse como resultado de esa segunda visita? ¿Algo retornaba nuevamente en lo *real*? ¿El proyector de diapositivas habría activado en *Lourival* sus producciones delirantes, sobre las que en ese momento no pudo hablar? Sin embargo, en el encuentro siguiente —en un paseo por el parque que solían frecuentar—, el joven retomó lo ocurrido, pudiendo describir en asociación con el proyector de diapositivas de la conferencia los procedimientos de *electroshock* a los que fue sometido durante su internación: “las sensaciones corporales, la aflicción en el momento en que percibía que el procedimiento le sería aplicado; el adormecimiento en el momento en que despertaba” (Castejón Hermann, 2014, p.196). Pudo poner en palabras una serie de sucesos extremadamente dolorosos, reconstruyendo así parte de su historia en la institución psiquiátrica, aquello que era tan difícil de abordar.

Se conversó también en ese encuentro sobre lo que *Lourival* experimentaba ante las exigencias del padre, reconociendo que era muy difícil para él confrontarse con esa situación. En ese momento, dio muestras de cierta confusión, mezclándose el amor al padre con sentimientos, según dice, de indiferencia. No obstante, podemos conjeturar que lo que queda allí expuesto es la marcada ambivalencia afectiva que se jugaba para él en relación a la figura paterna. Hace mención también a que dependía del padre para vivir, aludiendo a su temor por la edad avanzada de su padre y el temor que le produce pensar en su muerte. El tema del padre es recurrente, y el acompañante introduce la posibilidad de que *Lourival* intente revisar eso. Pero *Lourival* no puede responder. ¿Cómo sería posible la hazaña de confrontarse con ese padre tan temido?

Podemos abrir sobre este punto una pregunta fuerte, respecto de qué modo se conectan esa locura familiar, la temeridad del padre, y la figura de los *hombres-bomba* que salen del televisor, retorno en lo real que le permite a su vez poner en palabras —en su elaboración delirante— algo que de otro modo no tiene cómo representar.

Surgen entonces nuevos interrogantes que podemos situar como un componente esencial a la construcción del caso: ¿En qué escenas de su historia familiar se sostiene ese temor al padre? ¿Cómo representar lo que a *Lourival* le acontece subjetivamente en esos momentos en que —al menos a nivel de su realidad psíquica— parece suponer a su padre siendo capaz de ignorar su dolor? ¿Implica, por parte de su padre, alguna intención de dañarlo? Porque es precisamente eso lo que representa un *hombre-bomba*, y parece ser el mismo poder destructivo que supone a ese padre al que no imagina cómo podría satisfacer o confrontar. Por otra parte, ¿de qué modo todo eso se conecta con el *electroshock* y el proyector de diapositivas? Preguntas abiertas, a la espera de una respuesta que no resultaba posible anticipar. En donde sostener ese tiempo de esperas sin anticipar una respuesta, resulta crucial para que pueda madurar del lado del sujeto su propia elaboración discursiva, así como la revisión de su posicionamiento.

Pasado más o menos un mes de lo ocurrido, camino al Hospital de Clínicas, *Lourival* pregunta al acompañante terapéutico sobre la necesidad de dar continuidad al programa de calidad de vida. Esa nueva vacilación resultó suficiente para decidir la inconveniencia de continuar con el plan, pues seguían insistiendo los comentarios de *Lourival* sobre la locura familiar, las excesivas exigencias del padre y la función del cigarrillo como escudo o protección para sus miedos. Decidieron entonces que no le darían continuidad al proyecto, lo que dio lugar —un poco inesperadamente— a otro acontecimiento sumamente importante: el AT tomó la palabra para comunicarle al padre de *Lourival* que todo ese plan se suspendería. El padre, en su respuesta, fue bastante claro al avalar al acompañante terapéutico en su plena autonomía para evaluar lo que era viable, necesario y saludable para el tratamiento de su hijo. Y ese pronunciamiento del padre, aceptando este límite respecto de sus propias demandas o exigencias, resultó ser —además de una grata sorpresa—, un verdadero punto de inflexión en el devenir del tratamiento.

Esto nos permite situar algunas cuestiones, en relación al tema que nos interesa. En primer lugar, que toda esa información recién aparece después de transcurrido cierto tiempo, cuando algo del orden de la confianza —tanto por parte de *Lourival* como de su padre— se instaló suficientemente en el vínculo con el acompañante. Así, el AT aparece situándose en las antípodas de un *hombre-bomba*, desactivando las cargas explosivas de las distintas representaciones que se fueron poniendo en juego ahí. Y entonces podemos conjeturar *apres-coup* que quizás ante el señor que atendía en el bar, si encarnaba también la figura de alguien a quien no le importaría producirle un daño, a *Lourival* le resultara atemorizante sostener siquiera una conversación para comprar cigarrillos. Lo mismo frente a cualquiera que represente la figura de quien al menor contratiempo podría llegar a estallar.

En tanto *hombre-bomba*, por otra parte, el padre queda destituido como tal, en lo que hace a la función paterna. Si ante cualquier situación que se pueda presentar en el proceso de estructuración subjetiva de un niño —en este caso, *Lourival*—, lo que aparece en el lugar del padre es

una presencia indiferente a su dolor —a quien se puede suponer además cierta posición gozosa ante ese sufrimiento—, hay entonces un componente esencial a la estructuración subjetiva que, lejos de inscribirse en tanto función ordenadora de las representaciones, del pensamiento, de los afectos, se inscribe en su lugar una presencia amenazante, que puede hacer estallar todo —y no sólo el universo de sus representaciones. Es en relación a esto que podemos situar lo que Lacan describe como la *forclusión* de la función paterna. No es que *Lourival* no tuviera padre, pero parece que este padre, tal como se presentaba para él en el nivel de su *realidad psíquica*, no se inscribió como tal. Ante ese potencial estallido, un niño no registra ninguna palabra, sólo se registra el estallido, que aturde de manera similar a las descargas del *electroshock*, que arrasa con la significación de cualquier palabra.

La internación, además, aparece allí como un confinamiento decidido por el padre, con lo cual esos *electroshocks* quedan también referidos a la crueldad y la impunidad del padre. No debiera llamar la atención entonces que, una vez desactivada en esa entrevista la potencia destructiva supuesta al padre —situado hasta allí en el lugar de un *Otro* todopoderoso y hostil—, se verifiquen los efectos pacificadores de esa intervención del AT, y se inaugure un momento nuevo, ese *cuarto tiempo* que Hermann delimita en el devenir del tratamiento. No obstante, a esta altura del relato, resulta difícil pasar por alto la ausencia de toda mención a la figura materna, abriéndose al respecto un fuerte interrogante respecto de tal omisión.

Poco después, en el bar de costumbre, tiene lugar un diálogo con el acompañante terapéutico en el que *Lourival* puede enunciar que quería volver a ser estudiante, leer libros y tener un cuaderno para escribir, posición que lo ubica en un lugar diferente al del *loco*, *internado*, o *paciente de una institución de tratamiento u hospital de día*. Al salir del bar, fue sólo hasta una librería para comprar su cuaderno. El trabajo hasta allí realizado fue preparando el terreno para que pudiera despuntar una demanda genuina, enunciada y sostenida por el mismo sujeto: escribir a nombre propio, en su propio cuaderno.

Así, se delimita un cuarto momento, que se distingue por la producción escrita de *Lourival* y su intento de creación de una nueva versión en su modo de habitar el mundo: curiosamente, ese primer esbozo de proyecto —*ser un estudiante*— cedió su lugar, frente a las páginas en blanco del cuaderno, a una escritura sobre los efectos del AT en el tratamiento y su propio devenir subjetivo. Proceso de escritura que, a su vez, permite ilustrar —tal como lo desarrolla magistralmente en su libro Mauricio Hermann— la función específica del AT para la construcción del *sinthome*. Vale decir, de aquello que hará suplencia, en su función de *anudamiento* y de regulación pulsional, de esa instancia psíquica deficitaria. En determinado momento, *Lourival* se dirigió al acompañante terapéutico para hacerle un nuevo pedido: — *¿Me ayudás a publicar estos escritos?*

## El momento de concluir

Así, arribamos al final de nuestro recorrido, pero no sin antes hacer lugar a algunas puntualizaciones que consideramos de sumo interés conceptual, clínico y metodológico respecto del tema que nos propusimos abordar.

La primera de ellas, está referida al valor de la formulación de preguntas<sup>7</sup>. Tanto en el caso de *Lourival* como en el de *Sole* —lo que podemos hacer extensivo a todo caso en el que seamos convocados a intervenir—, la información con la que se cuenta en el comienzo resulta a todas luces insuficiente para determinar el curso que habrá de tomar ese tratamiento, y mucho menos para poder anticipar hasta dónde —y en cuánto tiempo— podremos llegar.

En la medida en que vamos transitando cada uno de esos momentos, nos encontramos con distintas encrucijadas que ponen al AT—tanto como al resto del equipo tratante— en situación de tomar decisiones importantes sobre asuntos cruciales, a menudo bajo la temporalidad de la urgencia. Sin lugar a dudas, el resguardo del sujeto está siempre primero, y esto de por sí obliga a un permanente cálculo de riesgos. Pero si podemos ir situando en cada uno de esos momentos las preguntas adecuadas —sin forzar anticipadamente las respuestas—, la información que empezamos a producir pasa a ser el insumo esencial, el material *divino* con que habremos de empezar esa construcción. Preguntas que —como habrán podido observar en el material clínico que acabamos de presentar— pueden ir surgiendo tanto en relación a los avatares del vínculo transferencial, como a los ajustes de la medicación y las variables del dispositivo, o los enigmas de la historia familiar y la genealogía de aquellas escenas que se repiten sin saber que se repiten, y tantas cosas más. Pero en cuya respuesta, lo que se juega a cada paso es la asunción de una posición ética. Y en este punto, podemos trazar una divisoria de aguas entre aquellas orientaciones clínicas que, a partir de determinado diagnóstico, ya saben más o menos qué hacer, y esa otra posición sostenida en la convicción de que ese saber acerca del padecimiento psíquico de cada sujeto —y las condiciones en que podría alcanzar algún alivio— será preciso construirlo.

Por nuestra parte, postulamos como premisa adicional que, en el campo específico del acompañamiento terapéutico, sólo hablamos de *construcción del caso*, en la medida en que tenemos una lectura de conjunto. Dicha lectura, alude a cómo se van entramando y conjugando en nuestro trabajo clínico —en particular, en los casos de abordaje múltiple— esas diversas contingencias e iteraciones que, en los diversos escenarios por los que transitamos con nuestro *encuadre ambulante*, se vandesplegando. Lo que incluye —tal como reza la cita de Lacan que introducimos a modo de Epígrafe— *la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales*.

Verificamos que el resultado de esa *reintegración*, de ese arqueológico trabajo de reconstrucción de aquellas escenas de la historia familiar *que estaban de gira* —y de las que sólo contamos

---

<sup>7</sup>Se encontrará un desarrollo más amplio sobre este tema en Pulice, G.; Manson, F.; Zelis, O. (2000); Obra citada. Capítulo V: *El valor de la formulación de preguntas para la orientación de la investigación psicoanalítica*.

con algunas piezas sueltas de iteraciones, síntomas y afectación— habrá de traducirse, como nos enseñó Freud, en *poder terapéutico*.

## Referencias

- Barrionuevo, C; Coppola y D; Mazzía, V. (2014). La construcción del caso clínico. *Fundación Programas para la Salud Mental*, 8, s/n.
- Castejón Hermann, M. (2014). *Acompañamiento Terapéutico y Psicosis. Articulador de lo Real, Simbólico e Imaginario*. Letra Viva.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. En sus *Obras completas*, Tomo I. Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En sus *Obras Completas*, Tomo VII. Amorrortu.
- Freud, S. (1907). El delirio de los sueños en la Gradiva de W. Jensen. En sus *Obras completas*, Tomo IX. Amorrortu.
- Freud, S. (1926). ¿Pueden los legos ejercer el análisis? En sus *Obras completas*, Tomo XX. Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. En sus *Obras completas*, Tomo XXIII. Amorrortu.
- Ginzburg, C. (1989). Morelli, Freud y Sherlock Holmes: indicios y método científico. En Umberto, Eco, U. y Thomas, Sebeok (Comps.), *El signo de los tres: Dupin, Holmes, Peirce*. Lumen.
- Lacan, J. (1969). Dos notas sobre el niño. En sus *Intervenciones y textos 2*. Manantial.
- Lacan, J., (1975); *Conferencia de Ginebra sobre el síntoma*. Publicada originalmente en la revista *Le Bloc-Notes de la Psychanalyse*, 5, 1985.
- Lacan, J. (1953-1954). *Los escritos técnicos de Freud* (Seminario 1). Paidós.
- Lacan, J. (1955-56). *Las psicosis* (Seminario 3). Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958). *Las formaciones del inconsciente* (Seminario 5). Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963). *La angustia* (Seminario 10). Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis* (Seminario 11). Paidós.
- Lacan, J. (1966-1967). *La lógica del fantasma* (Seminario 14). Paidós.
- Nasio, J. D. (2001). *Los más famosos casos de Psicosis*. Paidós.
- Pulice, G.; Manson, F. y Zelis, O. (2000). *Investigación ◇ Psicoanálisis: De Sherlock Holmes, Dupin y Peirce, a la experiencia freudiana*. Letra Viva.
- Pulice, G.; Zelis, O. y Manson, F. (2007). *Investigar la subjetividad*. Letra Viva.
- Pulice, G. (2011). *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.
- Rabinovich, D. (2011). Los afectos en la enseñanza de J. Lacan. Inédito. *Curso doctoral dictado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, año 2011*.
- Wittgenstein, L. (1999). *Investigaciones Filosóficas*. Altaya.

## CAPÍTULO 5

# Estado y políticas públicas de salud: el Acompañamiento Terapéutico en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

*Gimena Manuela Ojeda y Fanny Rosa Suasnábar*

*Cátedra Estado y Políticas Públicas en Salud*

### Introducción

Este capítulo reflexiona en torno al lugar de la práctica de los/as acompañantes terapéuticos/cas (at) en el campo de la salud mental. La conceptualización de la salud como campo permite destacar un conjunto heterogéneo de fenómenos y prácticas, disputas de sentido y una diversidad de espacios e instituciones, decisivos a la hora de reflexionar acerca del quehacer de el/la at.

Al mismo tiempo, las nociones se piensan de manera situada. El campo se configura de manera singular en cada momento histórico, se reestructura, cambia el lugar de los/as agentes que lo componen, se resignifica el conocimiento, se afianza el saber médico hegemónico o se abre a otros saberes y prácticas. Las características de este campo en Argentina y en América Latina, han dado lugar al surgimiento de nuevas problemáticas y a la configuración de una disciplina de lo mental que se propone como conjunción de múltiples saberes del campo de lo social (Galende, 1990).

Estas tensiones se despliegan en un contexto regulado por un estado que no es neutral, que está atravesado por las contradicciones del orden social y la estructura de dominación (Oszlak, 1984). Allí, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 operó como una formalización de los pilares de interdisciplina, intersectorialidad y desinstitucionalización, sobre los que se conforma una práctica diversa, múltiple e inclusiva, habitada por una pluralidad de actores, intereses y disputas. Su promulgación apunta a un cambio de paradigma basado en el pleno reconocimiento de los derechos humanos y a la materialización de políticas públicas en salud centradas en la emancipación de las personas con padecimiento psíquico. Su implementación implica importantes reformas en el sistema de salud y una concepción

interdisciplinaria e intersectorial en el abordaje, en el marco de un sistema sanitario para el que su completa aplicación es un desafío.

Desde esta perspectiva, se debe repensar la intervención y presencia de los/as at como actores dentro del equipo de salud (véase Roberts, Abdala Grillo y Silveira, este volumen) y que contribuye a propiciar el enfoque de derechos, a consolidar el cambio de paradigma que se promueve y a la nueva configuración del campo al que asiste de manera protagónica.

## El estado y las políticas públicas

Partimos de afirmar que en cada concepción del estado existe una forma de interpretar a la sociedad y al poder político que no es una mera descripción de la realidad, sino que incluye valoraciones, ideas e intereses que, a su vez, influyen sobre la realidad que se pretende describir. Toda construcción teórica de la naturaleza del estado, conlleva una valoración que, inevitablemente, se pone en juego como estrategia de lucha política. Así, más que hablar del “estado” en abstracto, deberíamos hablar de formas históricas de estado (que se corresponden con los grandes ciclos del capitalismo), sobre las que podemos, a la vez, distinguir distintas visiones.

Para acercarnos a una noción de estado, podemos afirmar que no es algo externo ni previo a la sociedad, sino que está intrínsecamente ligado a su constitución porque es la garantía de las relaciones que están en la base de este orden. El estado es una relación social, cuyo rasgo característico es la dominación. Por eso el estado es la relación básica de dominación que existe en una sociedad, y la manera en que se manifiesta concretamente esa relación remite a sus distintas formas históricas (O'Donnell, 1979). Así, el estado debe cumplir con dos tareas. Por una parte, asegurar las condiciones que hagan posible la reproducción de las reglas económicas, políticas y sociales existentes, lo que lo lleva a adoptar las medidas coercitivas necesarias para que los/as ciudadanos/as cumplan con las normas establecidas en esa sociedad (fuerza - coerción). Y, por otra parte, legitimar su dominación para hacerla estable. Para esto recurre a mecanismos que no se reducen a lo ideológico, sino que también implican lógicas propias de la reproducción material, que las podemos ver traducidas en políticas públicas destinadas a proveer un cierto grado de consenso entre quienes resultan desfavorecidos por ese ordenamiento (legitimación - consenso).

La contradicción entre ambas funciones genera tensiones y crisis, cuya resolución depende de la fuerza y aptitud de los sectores con intereses en pugna, para imponer las soluciones que les sean más favorables. La articulación de los factores en tensión en las realidades concretas, remite a la dinámica de coerción y consenso, y explica los tipos de dominación imperantes y las funciones estatales. Entonces, tanto la forma de la estructura estatal como el tipo de régimen político, en el que el proceso de construcción de lo público se pone en juego, depende del modo en que se manifiesta en cada sociedad y momento histórico esta dinámica (Thwaites Rey y Castillo, 1992).

En este punto surge otra dimensión en el análisis del estado que tiene que ver con su expresión material, es decir, las instituciones que lo conforman. Estas estructuras se modifican con los

cambios que se desarrollan en la sociedad, en un proceso dialéctico en el que tanto las instituciones se ajustan a la realidad social en la que se insertan, como la realidad es modificada por acción de esas instituciones. De modo que, el desarrollo y la especialización de las instituciones del estado son el resultado de intentos de solución de las demandas crecientes que se van planteando la sociedad (Oszlak, 1984).

Toda sociedad debe decidir de qué manera enfrentar y resolver los problemas que plantean el sostenimiento de la vida de quienes la componen y la convivencia relativamente pacífica del conjunto. En la medida en que esos problemas son incorporados a la agenda estatal se convierten en “cuestiones socialmente problematizadas” (Oszlak y O'Donnell, 1984, p.110). Dicho de otro modo, la *agenda estatal* recorta y privilegia mediante la atención y los recursos de sus instituciones, la resolución de una parte de los problemas de la sociedad. La composición de esta agenda, en cada coyuntura histórica, es indicativa de la naturaleza y criticidad de los asuntos que exigen la intervención del estado, manifestando a la vez el rol que éste cumple frente a la sociedad.

Pero son la toma de posición de quienes actúan en nombre del estado las que indican cuáles son las orientaciones político-ideológicas implícitas en sus acciones. Estas tomas de posición constituyen, en los hechos, las políticas públicas. Resolver una cuestión admite diferentes posiciones y estrategias, y cada una de éstas repercute de forma diferente sobre actores sociales involucrados. En cada caso serán diferentes actores sociales favorecidos o perjudicados y esto dará lugar a una nueva cuestión socialmente problematizada. Además, suelen motivar la creación de agencias estatales responsables de implementarlos o, si ya existen, a la asignación de recursos necesarios para su atención. El mapa del aparato institucional del estado se modifica así al ritmo de este proceso de creación, transformación y disolución burocrática (Oszlak, 1984).

Así, el aparato institucional del estado condensa las contradicciones en el orden social y los intereses que resultan representados y satisfechos dependerá el contenido de la agenda pública y ésta, a su vez, de la estructura de dominación social. Como señalamos más arriba, el estado no es neutral, no es ni una arena que facilita la negociación entre grupos antagónicos, ni un árbitro imparcial. Su propia estructura institucional se despliega a partir de los resultados de los conflictos estructurales y, a su vez, da forma a posteriores conflictos (Thwaites Rey, 2005).

Las políticas públicas son acciones públicas y/o privadas relacionadas con la distribución de recursos de todo tipo en una sociedad. La salud pública, es una política pública que tiene por objetivo la provisión de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad. Las políticas públicas varían según sean las concepciones que se tengan sobre los principales valores que deben orientarlas, las formas en que se han de satisfacer las necesidades de la sociedad civil y el rol del Estado en pos de la construcción del bienestar colectivo.

## **El campo de la salud y la salud como campo**

Pensar la salud como campo implica el ejercicio de incorporar un conjunto heterogéneo de fenómenos y prácticas, una diversidad de espacios e instituciones, y las relaciones múltiples y



dinámicas que se establecen entre ellos. Entendemos como campo, el espacio donde se produce la convergencia de agentes, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los/as diferentes agentes que participan luchan por la consolidación o por la apropiación y el dominio de los capitales - económico, social, cultural y simbólico - en disputa. Las características del campo en cada momento dependen de los procesos históricos materializados en reglas e instituciones y de los/as agentes que participan en él, de sus intereses y capacidades específicas para dar continuidad, profundizar o producir rupturas de las estructuras del campo, que terminan por definir las posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior (Bourdieu, 1997).

Para caracterizar el campo de la salud es útil considerar la función que ha desempeñado en el desarrollo biopolítico de la sociedad moderna. La salud se conforma desde el siglo XVIII como una herramienta fundamental en la gestión de la población y un recurso decisivo para la incorporación de los cuerpos en el orden productivo del capitalismo. La salud y el bienestar físico de la población se convirtieron en uno de los objetivos esenciales del poder político, lo que se tradujo, además, en que la medicina abandonara el modelo asistencialista en el tratamiento de la enfermedad, para articularse desde este período como una verdadera tecnología del cuerpo social (Foucault, 1999).

El resultado de todos estos procesos ha sido una medicalización de la sociedad y la identificación completa del problema de la salud con los intereses del capitalismo. Así, el cuerpo individual y sus precariedades se presentan subsumidos en la racionalidad del mercado y atravesados por los valores del consumo. Y esto no se trata de fenómenos culturales específicos, sino de un dispositivo político que produce una serie de rentabilidades para el modelo neoliberal (Castro Orellana, 2009).

En el siglo XX, se descubre que la medicina produce por sí misma riqueza, dado que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros (Foucault, 1999). La salud, entonces, pasa a ser comprendida como un bien de consumo. Esto significa que el extenso proceso de utilización biopolítica de la medicina desemboca en una incorporación de la salud y la enfermedad al juego del mercado, con sus agentes de producción (laboratorios, farmacéuticas, médicos, clínicas, aseguradoras) y con sus consumidores (enfermos/a reales y enfermos/as potenciales). En las últimas décadas, el neoliberalismo promueve e impone en todo orden la lógica de lo privado, lo personal o lo individual, contra las dimensiones de lo público, lo común o lo intersubjetivo. La salud, por ende, ingresa en el horizonte mercantil de la mano de la dinámica de individualización neoliberal: como resulta preciso que cada uno administre las incertidumbres que lo atraviesan, la nueva lógica del mercado de la salud encuentra consumidores y demandas por todas partes. Podría afirmarse, entonces, que el orden neoliberal descansa y se apoya en procesos de subjetividad ligados a la autogestión de la vida, dando lugar a la consolidación de un mercado biopolítico, una verdadera monetarización de la existencia que explica la racionalidad última del poder farmacéutico y la importancia de la medicina para el capitalismo globalizado (Castro Orellana, 2009).

La medicalización de la sociedad ha conseguido en la era de la globalización capturar al cuerpo como un objeto de consumo y de producción de capital. Los modelos de atención del

proceso salud-enfermedad-cuidado generan desigualdades y exclusión al interior del propio campo, y la variedad de prestaciones ofrecidas en el mercado produce un abanico de rentabilidades que ha empujado a los/as agentes a concentrarse en las más lucrativas y en las poblaciones sanas con poder de pago de seguros médicos. Al mismo tiempo, los elevados costos impiden la universalización de algunos modelos de atención y los sectores de bajos ingresos y/o sin cobertura de la seguridad social quedan fuera del mercado. Así, la consideración de la salud como bien público esencial y, por lo tanto, garantizado a todos los ciudadanos por el estado a través de prestadores estatales o privados, determina mecanismos de solidaridad invertidos (lo público financiando al seguro de salud privado) en un sistema determinado por la fuerte presencia del capital económico.

Frente a estos mecanismos de reproducción y afianzamiento de las lógicas impuestas por el capital globalizado, también emergen agentes capaces de representar y actuar en función de otros intereses, con visiones críticas que disputan la producción de discursos y sentidos, y procuran ocupar espacios de acción y decisión para producir rupturas en las estructuras del campo.

Del mismo modo, el perfil epidemiológico de las poblaciones es producto de la historia del campo y su capacidad de naturalizar situaciones que profundizan las desigualdades sociales y favorecen la acumulación del capital económico, o de generar estrategias y políticas que garanticen acceso de toda la población a una atención integral de la salud.

Estas características determinan que el campo de la salud sea altamente complejo, producto de la combinación de la alta concentración de capital económico (a nivel nacional y transnacional); la variedad y heterogeneidad de instituciones que lo componen (locales, nacionales y globales, científicas, académicas, económicas, políticas, sociales, sindicales, empresariales, etc.), la persistencia de estructuras administrativas arcaicas que coexisten y compiten con nuevas institucionalidades; el significativo número de agentes que participan y la autonomía de los mismos (trabajadores/as, expertos/as, profesionales, científicos/as, investigadores, funcionarios/as, políticos/as, sindicalistas, industriales, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, usuarios/as, pacientes, asegurados/as, etc.), y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se inscriben sus prácticas.

La primera gran disputa que podemos identificar, entonces, es sobre el propio concepto de salud. El modo en que se resuelve esta discusión estructura el campo, ubica el lugar de los/as agentes que lo componen, resignifica el conocimiento, afianza o corre del centro al saber médico y se abre o no a otros saberes, habilita u obtura prácticas, etc.

## Las políticas públicas en el campo de la salud

Entonces, el abordaje de las *políticas públicas en el campo de la salud* implica pensar este concepto desde al menos tres dimensiones que deben ser incorporadas en la construcción de una mirada sobre el tema. En primer lugar, el concepto posee múltiples referencias, siguiendo el ordenamiento propuesto por Stolkiner (2012), consideramos que se refiere al proceso que abarca

la vida y la muerte de individuos y de grupos sociales, en una dinámica que vincula lo particular con lo general, y lo biológico con lo social y lo subjetivo. Estos modos de vivir y de morir estructuran un campo de representaciones y de prácticas, que atraviesan las sociedades y producen determinadas formas organizadas institucionalmente de entender y abordar el proceso salud/enfermedad. Así, salud también refiere a un derecho humano y social, cuya forma de realización se encuentra en discusión y determina el modo en que se definen las políticas del campo. La forma en que se resuelve esa discusión formaliza el modo en que se definen y relacionan el estado, el mercado y los/as diferentes agentes e instituciones que participan en las políticas públicas. Finalmente, la salud además es una de las más importantes y lucrativas industrias del mundo, en la que intervienen capitales transnacionales que la vuelven un territorio de lucha de intereses económicos, sociales y políticos globalizados.

Esta multiplicidad de atravesamientos es constitutiva del campo de la salud en Argentina y ha experimentado múltiples intentos de reformulación desde la creación del Ministerio de Salud, en 1946 durante el primer ciclo de gobierno peronista y la institucionalizaron las nacientes obras sociales sindicales. Se configuraban así dos actores a quienes se dirigía el sistema: los ciudadanos que contaban con las prestaciones gratuitas estatales y el trabajador organizado que disponía de las prestaciones provistas por la seguridad social.

Durante las décadas siguientes, las asociaciones profesionales y las corporaciones empresariales prestadoras de servicios, frente a la escasa intención reguladora del estado, conformaron un oligopolio de oferta que, cuando se hizo obligatoria la afiliación a las Obras Sociales en 1970, terminó de consolidarse al absorber una importante masa de capitales provenientes de las organizaciones sindicales que necesitaban contratarlas para proveer servicios a esos nuevos usuarios.

El intento de un Seguro Nacional de Salud en los inicios de la democracia en los '80, es otra de las referencias que se podrían tomar para señalar los esfuerzos por darle racionalidad al campo. Se propuso una integración del sistema que fracasó por la fuerza de actores corporativos que se opusieron y por el debilitamiento político de ese gobierno.

En los '90, como parte de la Reforma del Estado, comenzó un proceso de reforma del sector salud, con el objetivo de incorporar todo el sistema al mercado. La meta deseada de la reforma era generar un mercado de seguros y prestaciones en salud, con una cobertura básica para los sectores sin recursos económicos basada en la financiación de la demanda. Al final del proceso se había producido una marcada estratificación de los/as usuarios/as, con diferentes coberturas según la capacidad de pago. En el sector público, el proceso descentralizador dio por resultado un sistema atomizado en decisores provinciales y municipales que profundizó la inequidad. La reforma introdujo nuevos actores, como las gerencadoras de salud, que pugnaron por apropiarse de una parte de los recursos del sector y produjo un debilitamiento de la capacidad reguladora de las corporaciones profesionales. Como consecuencia de esto, se profundizaron las brechas de inequidad social también en el campo de la salud y, en la crisis del 2001, fue el subsector estatal el que asumió un rol protagónico en la oferta de servicios de salud, demostrando ser el único de características anticíclicas (Stolkiner, 2009).

En la siguiente década, se tomaron medidas de crisis que buscaron la articulación entre políticas de ampliación de cobertura y acceso a derechos, y los intereses de los sectores privados y sindicales, actores determinantes del sector. El modelo desarrollado incorporó los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de retorno a la Atención Primaria de la Salud y los Objetivos del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Los cambios propuestos se centraron en la necesidad de mayor regulación estatal y recuperación de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud (Stolkiner, 2009). La vuelta a políticas neoliberales que se produce en 2016, caracterizadas con medidas tales como la implementación de la Cobertura Única de Salud (CUS) y la baja al rango de Secretaría del Ministerio de Salud, tuvieron como objetivo generar las condiciones para profundizar los mecanismos de mercantilización anárquica y profundizó la segmentación y fragmentación, con la consecuente agudización de la desigualdad en el acceso y utilización de servicios.

El resultado de este devenir es un campo que se ordena en tres subsectores: el estatal, el de obras sociales y el privado, en un sistema se caracteriza por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad. Esa caracterización se expresa en las desigualdades existentes entre diferentes provincias o entre municipios y al interior de estos, y entre los distintos tipos de organizaciones e intereses que coexisten, ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la atención, la cobertura prestacional, los marcos de regulación, las capacidades institucionales, el nivel de gasto, etc.

## **Salud pública y salud mental /salud integral**

Para comprender el concepto de salud pública, es importante pensar en tanto responsabilidad colectiva, que busca garantizar el derecho a la salud como necesidad humana básica, tal como se expresa en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Si pensamos en salud pública, debemos decir que es un compromiso de las instituciones del estado y de la sociedad civil, que requiere de una respuesta institucional organizada, mediante la autoridad sanitaria que debe lograr el compromiso y la participación de la sociedad en general y, en particular, de los/as agentes sociales más específicos comprometidos en el cumplimiento de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) (Muñoz, 2000).

A su vez cabe destacar que la salud pública es un espacio de saberes y técnicas en el cual concurren diversas disciplinas científicas y marcos teóricos- tecnológicos que nos permitirá alcanzar el objetivo de optimizar la atención integral.

Desde nuestro enfoque, la salud es pensada en una perspectiva integral, donde se refuerza la importancia de la calidad de vida de los/as ciudadanos/as ligada a la salud, la justicia y la ética, tomando los aportes de diferentes disciplinas para lograr un abordaje integrado. Existe un carácter valorativo, contextual e histórico que debe tenerse en cuenta cuando hablamos del proceso de salud- enfermedad, como así también la fidelidad a los valores humanos.

Es por ello que, tomando a Gavilán (2015), que plantea la importancia de dejar las categorías de lo *mental* como algo separado de cada quién, ya que es necesario tomarlo como una totalidad con la complejidad que eso supone, donde interviene un conjunto de interacciones de la persona, la familia, el entorno, las diferentes relaciones sociales, comunitarias, el contexto sociocultural y la posibilidad que se cumplan los derechos esenciales tales como la salud, la educación, el trabajo, vivienda, justicia, la seguridad y las políticas sociales.

Siguiendo a Saforcada (2001), nos parece importante tomar el concepto de *salud positiva*, la cual apunta a generar procesos de protección y promoción de lo que no está dañado en el campo de lo subjetivo de quienes tienen un padecimiento mental.

Es desde esta perspectiva que consideramos a los/as at como trabajadores/as del campo de la salud, posicionado desde un paradigma de salud comunitaria el cual refuerce las acciones de promoción y prevención de la salud, de la persona y su grupo familiar y comunitario, teniendo en cuenta la complejidad que eso supone. Es por ello que la tarea a llevar a cabo debe ser articulada con el resto de los/as trabajadores/as del sector salud, como así también con los otros sectores tales como educación, justicia, trabajo y vivienda.

## La Ley de Salud Mental y el enfoque de derechos

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010) propone un cambio importante en los criterios de las antiguas prácticas socio- sanitarias que se realizaban en el siglo XIX y que aún persisten en la actualidad, específicamente lo que respecta a la internación. En cuanto a la modalidad de abordaje:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orienta al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, 2010, p. 19).

La presente ley prohíbe la creación de nuevos manicomios y establece que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2010, p 32). El objetivo es asegurar el pleno goce de los derechos humanos y dar oportunidad a sujetos con padecimiento mental de rechazar la asistencia, si así lo desean.

Destacamos lo que expresa la ley en el sentido de velar por la salud mental de toda la población, entendiendo como “un proceso determinado por componentes históricos, socio- económico, 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” (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2010, p. 12).

Tomamos las palabras de Stolkner (2010) cuando plantea en materia de los derechos humanos, los desafíos que implican los cambios de las políticas sociales que requieren de

transformaciones de los diferentes actores que intervienen. Es por ello que para lograr que dicho cambio sea efectivo, es necesario la formación y capacitación de los/as trabajadores/as y profesionales del sector salud, educación, justicia para informar y concientizar sobre los nuevos abordajes en salud integral y el derecho de las personas con padecimiento mental.

Debemos recuperar las prácticas que sustentan el modelo de Atención Primaria de la Salud donde se proponen nuevas prácticas y nuevas formas de abordajes colectivos y solidarios de los procesos de salud- enfermedad- cuidado. La medicina social latinoamericana, establece una articulación profunda con las praxis de los derechos humanos emancipadoras y la participación real de la comunidad en la identificación y resolución de problemas de salud. Es desde allí que el trabajo de los/as at es un pilar fundamental en el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental (véase Roberts, Abdala Grillo y Silveira, este volumen), a fin de posibilitar abordajes integrales, y también promover y asegurar el ejercicio de los derechos de todos/as con padecimientos mentales.

## Los dispositivos de salud mental y el/la at en el equipo de salud

Cuando hablamos de los programas de externación para quienes, con padecimiento mental y discapacidad, nos referimos a aquellas acciones que tienen por objetivo implementar estrategias que promuevan la reinserción social, evitar las internaciones prolongadas, potenciar la autonomía y promover redes sociales y fundamentalmente la ampliación de los derechos como ejercicio de la ciudadanía.

Los dispositivos de externación que desarrollaremos a continuación serán: 1) la reinserción familiar, 2) dispositivos de residencia en la comunidad y 3) la rehabilitación basada en la comunidad:

1) **Reinserción familiar:** suele producirse cuando aquellos/as con padecimiento mental se encuentran internados en los hospitales monovalentes, el equipo de salud suele trabajar con la familias biológicas o sustitutas para reintegración de pacientes, y reubicación en su lugar de origen, con el objetivo de lograr restituir los vínculos y generar espacios socio afectivos saludables para el sujeto y su grupo familiar. Varias jurisdicciones han desarrollado programas de subsidio económico a las familias que se hallen en condiciones de recibirlos y alojarlos nuevamente en su hogar. Algunas de las dificultades que se presentan para la implementación de la reinserción familiar, ha sido que en algunos casos en que los/as *pacientes* atraviesan largas internaciones se produce un deterioro en el vínculo familiar y social, como así también la falta de recursos económicos, sociales, culturales, etc., que hace que se obstaculice la inclusión social.

2) **Dispositivos residenciales en la comunidad:** son aquellas estrategias tendientes a la reinserción social de los/as pacientes mediante la articulación con el nivel local: consisten en la apertura de dispositivos residenciales en el seno de la comunidad, comúnmente llamadas “Casa de Medio Camino”. Estos dispositivos residenciales son capaces de garantizar el derecho de residencia a las personas externadas, con el apoyo y el sostén de los/as at que trabajan para

promover las acciones socio-comunitarias y empoderar a los/as acompañados/as con padecimiento mental para recuperar plenamente sus derechos. Como ámbito de convivencia, las “Casas” suelen promover el lazo social, generar vínculos entre los convivientes y posibilitar el espacio para expresar los deseos y necesidades de cada uno/a.

Los dispositivos tienden a establecer pautas programáticas del sistema de salud local porque favorece la integración de políticas que el municipio desarrolle y también para brindar soporte legal que comprometa a las diferentes jurisdicciones (provincial y municipal). Siguiendo a De Lellis y Rossetto (2007), podemos decir que entre los programas de externación que viene llevando a cabo la provincia de Buenos Aires, se encuentran -entre otros- el del Hospital Interzonal Dr. Alejandro Korn, el del Hospital Interzonal Dr. Esteves y la Colonia Open Door, como algunas de las instituciones que generan procesos de apertura a la comunidad mediante la creación de centros de día y casas de medio camino. Estos programas tienen como objetivos:

- Implementar dispositivos de rehabilitación psicosocial y reinserción laboral.
- Promover cambios en la comunidad que eliminen los sesgos de discriminación y marginación que afectan a los sujetos con padecimiento mental.
- Capacitar a los trabajadores de salud en Atención Primaria de la Salud Mental.

Es importante remarcar que los diferentes dispositivos del programa se llevan a cabo a través de un trabajo interdisciplinario e intersectorial que posibilita una atención a quienes con padecimiento mental y reduce las internaciones o re internaciones en los hospitales monovalentes, a partir de la detección precoz de las agudizaciones de las patologías por parte del equipo de salud que acompaña el proceso de rehabilitación.

**3) Rehabilitación basada en la comunidad:** Este enfoque es una iniciativa que se ha desarrollado en distintos países de América Latina y que se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Es una propuesta técnico-científica que apunta a la acción concreta en terreno. El dispositivo se propone lograr la ampliación de la cobertura en salud, brindar capacitación a los actores claves de la comunidad para la detección precoz de quienes con discapacidad y padecimiento mental; así como facilitar la accesibilidad a los servicios de salud y promover acciones para el autovalimiento de las personas con discapacidad, y mejorar la calidad de vida de los sujetos y sus familias. Dichas experiencias se llevaron a cabo en la década del 80 en diferentes provincias argentinas, pero recién se plasmaron como política pública nacional y se legisló al respecto a través del decreto del Poder Ejecutivo en la Ley 24.651 que define los objetivos del Consejo General de Discapacidad, el Plan Federal de Salud 2004-2007.

Desde los tres dispositivos se evidencia la importancia de una construcción de intervenciones interdisciplinarias de un modelo de atención integral, donde el acento esté en considerar la multidimensionalidad de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad (que se expresan en factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales e institucionales), los distintos niveles en que es factible observar e intervenir sobre los fenómenos asociados (los individuos, grupos, instituciones, comunidad, etc.) y las distintas modalidades de intervención en el proceso de atención, desde la promoción de la salud y la prevención en sus tres niveles.

En cada uno de los dispositivos enunciados, el trabajo de los/as at es fundamental en términos de acompañar el proceso de externación y fortalecer las capacidades de los/as acompañados/as para mejorar su calidad de vida, y generar un lazo social que fortalezca su inserción comunitaria. Dentro de los equipos de salud, se considera al AT como una pieza clave para acompañar y fortalecer procesos subjetivos que garanticen la independencia y la autonomía, como así también promover el trabajo en red con otros actores sociales e instituciones que participan en los diferentes dispositivos.

Es en el campo de la salud mental donde la práctica profesional de las/los at se inscribe posibilitando abordajes integrales y salutógenos, donde aquellos/as con padecimiento psíquico son considerados con derechos tal como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental. Es en este complejo, aunque promisorio, terreno en donde se plasma el quehacer de los/as at como agentes conscientes que incorporan la dimensión de la salud como derecho humano y social, y como promotores de las transformaciones necesarias en los aspectos micro y macro sociales de sus prácticas a fin garantizar el acceso a la salud en términos integrales, de mejorar la calidad de vida y de promover el ejercicio real de sus derechos como ciudadanos/as.

## Referencias

- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. *Sociología y cultura*, 11, 109-114.
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina: los usos políticos de la salud. *Ciencia política*, 4(7), 7-25. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3663189.pdf>.
- De Lellis, M. y Rossetto, J. (2007). Hacia la reformulación de las políticas públicas en salud mental y discapacidad intelectual. En Martín, De Lellis y cols. (Eds.), *Psicología y Políticas Públicas de Salud*, 227- 289. Paidós.
- Foucault, M. (1999). La política de la salud en el siglo XVIII. En su *Estrategias de Poder, Obras esenciales*, vol. II. Paidós.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós.
- Gavilán, M. (2015). Salud Mental- Salud integral. En su *De lo mental a la salud integral, aportes de la Psicología Preventiva*, 123- 142. Editorial Grupal Buenos Aires.
- Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. <http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>
- Ministerio de salud de la Nación (2004). Plan Federal de Salud 2004/2007. Disponible en: [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/pub\\_msan/PlaNFederaldeSalud.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/pub_msan/PlaNFederaldeSalud.pdf).
- Muñoz, F.; Lopez Acuña, D.; Halverson, P.; Guerra De Macedo, C.; Wade, H; Larrieu, M.; Ubilla, S., Zaballos, J. y cols. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(12), 126-134. Disponible en <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000.v8n1-2/126-134/es/>.



- O'Donnell, G. (1985). Las tensiones en el Estado burocrático autoritario y la cuestión de la democracia. En David, Collier (comp.), *El nuevo autoritarismo en América Latina*, 289- 321. Fondo de Cultura Económica.
- Oszlak, O (1984): *Teoría de la burocracia estatal: enfoques críticos*, Paidós.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1984). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. En Gilberto, Flores y Jorge, Nef (Eds.), *Administración pública. Perspectivas críticas*, ICAP.
- Saforcada, E. y cols. (2001). Algunos lineamientos y consideraciones básicos sobre Atención Primaria de Salud, unidades sanitarias y salud mental. En su *El factor humano en la salud pública, una mirada dirigida hacia la salud colectiva*. Editorial Proa XXI.
- Stolkiner, A. (2009). El sector salud en la Argentina: ¿qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? *XV Conference of International Association of Health Policy. XXVIII Annual Meeting On Public Health Services Debate- Health and Global Crisis. Toledo (Spain), September 24 to 26, 2009*
- Stolkiner, A. (2010). Derechos Humanos y derecho a la Salud en América Latina; la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1).
- Stolkiner, A. y Ardila Gomez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57-67
- Thwaites Rey, M. y Castillo, J. (1992). La paradójica euforia privatizadora. Apuntes sobre la reforma del Estado en la Argentina. *América Latina Hoy*, 2.
- Thwaites Rey, M. (2005). El Estado como contradicción. En Mabel, Thwaites Rey y Andrea, López (Eds.), *Entre tecnócratas globalizados y políticos clientelistas. Derrotero del ajuste neoliberal en el Estado argentino*. Prometeo.

# CAPÍTULO 6

## Salud mental comunitaria e inter-secciones en la formación de los/las acompañantes terapéuticos/as

*Claudia Susana Orleans y María Laura Lavarello*

*Cátedra Salud Mental Comunitaria*

Resulta imperativo de construir los discursos que no incorporen en sus teorizaciones los efectos que las relaciones de poder tienen en el análisis de la diferencia sexual

Fridman, VIOLENCIA DE GÉNERO Y PSICOANÁLISIS

### Introducción

El presente escrito tiene la intención de contribuir al encuentro de la práctica profesional de el/la acompañante terapéutico/a (at) con el campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria e interseccional. Se comparte lo producido-acontecido en la transmisión pedagógica de la caja de herramientas de la materia Salud Mental Comunitaria, en la formación universitaria de la carrera de Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico de la Facultad de Psicología, UNLP.

El campo de la salud integral, y en ella la salud mental comunitaria como política de Estado en Argentina, ha abierto diversos senderos de exploración marcados por revisiones de modelos de abordaje sanitarios, la recuperación de intervenciones y experiencias territoriales e institucionales, así como de articulaciones conceptuales producto de la investigación académica de los estudios de la subjetividad y de géneros, entre otros.

A consecuencia de ello, el campo de estudio es permeable a nuevos desafíos e interrogantes, al tiempo que, resultado de los marcos epistémicos que lo fundan, se muestra complejo, múltiple y con posibilidades de extender sus fronteras tanto conceptuales como de las prácticas de intervención profesional.

Esto nos motiva como equipo de cátedra a pensar coordenadas que se organizan en torno a la salud mental inter-seccionada, desde las cuales posicionar el recorrido pedagógico para la

formación de el/la at. Esta forma de lectura del acontecimiento social hace poner en diálogo - articular, volver a unir y mirar en conjunto- diversos problemas que suelen ser pensados cerca, pero no entrelazados.

De allí que las discusiones abordadas en este escrito se desarrollan, en primer lugar, en pensar el Acompañamiento Terapéutico (AT) como un campo de estudio más amplio, que articula la mirada en salud integral y la producción de subjetividad. En segundo lugar, en precisar la relevancia de entrelazar tópicos tales como políticas públicas, géneros/diversidad, y prácticas de cuidado, como posibilitadores de intervenciones en clave de salud mental y derechos humanos. Y en tercer lugar, a partir de la presentación de viñetas se comparte y sistematiza lo producido-acontecido en experiencias pedagógicas llevadas a cabo con los y las estudiantes de segundo año de la tecnicatura.

La propuesta académica de la asignatura traza como horizonte el desnaturalizar y deconstruir enunciados cristalizados tales como individuo-sociedad/interior-exterior, en términos de antinomia, que provocan un pensamiento en exclusión. Desde los primeros encuentros con los y las estudiantes se problematiza este pensamiento en exclusión, propio de las falsas dicotomías, con el propósito de no quedar atrapados en la discusión acerca de si la intervención es individual o social, y avanzar hacia conceptos y modelos de trabajo en y con la comunidad.

## **Tensiones en los dominios de saber para pensar la subjetividad**

La separación de los dominios de saber configurada desde el paradigma positivista moderno en torno a las definiciones de objeto de cada disciplina (Fernandez, 1999), trae obstáculos epistémicos al pensar por separado la indisoluble relación entre psique-sociedad, en tanto “el individuo” siempre está de antemano fabricado por la sociedad en un momento histórico-social (Castoriadis, 1997). En nuestra contemporaneidad se comprende la necesidad de sostener la tensión entre los distintos campos de saber disciplinar, en tanto mantener su separación se expresa claramente como un aspecto limitante para comprender e intervenir sobre la complejidad de las situaciones abordadas desde el campo de la salud.

Por ello se hace necesario un ejercicio de problematización de los enunciados provenientes de las ciencias sociales que han hegemonizado el saber sobre lo humano, que permita desarticular las lógicas antinómicas de estos dominios de saber en exclusión: individuo-sociedad, el caso a caso o la comunidad. Asimismo, sostener una perspectiva acerca de los modos en los cuales se configura ese debate en el dominio de saber de el/la at, en tanto profesión que integra y comparte en su hacer-pensar estrategias centradas en la atención psico social.

La revisión bibliográfica sobre esta disciplina, que surge desde lo profesionalizante, nos lleva a pensar que en su reciente historia occidental se ha construido en oficio que comparte con otras profesiones y disciplinas una experticia sobre la salud, y en particular acerca de la salud mental. El/la at como saber que hablará de la salud al tiempo que consolida y despliega las herramientas sobre la intervención, surge paulatinamente en el campo de la salud mental y se legitima en su

hacer. Como práctica no es ajena a las controversias contemporáneas que inauguran las perspectivas críticas sobre la producción de conocimientos y es tensionada por las mismas discusiones que atraviesan los psicoanálisis, las psiquiatrías, el trabajo social o las sociologías.

Desde el campo de problemas de la subjetividad, nos valemos de la noción de modos de producción de subjetividad histórico social y sus territorios de subjetivación (Fernández, 1999) como constructo teórico que opera interrogando las antinomias y permite advertir la complejidad y diversidad que componen la realidad y las formas de intervenir sobre ella, particularmente en el campo de la salud de las poblaciones.

Incorporar una mirada que articula salud y subjetividad, permite problematizar cómo el modo de significar o concebir el proceso de salud-enfermedad-cuidados, tanto de los distintos grupos poblacionales o comunidades, como de los equipos de salud, participa de la configuración de las problemáticas de salud. Con esto queremos señalar, la forma en que las concepciones sobre la salud ligada a la falta de enfermedad producen efectos en términos de barreras al acceso a la prevención y atención en salud, quedando la misma asociada directamente a prácticas de asistencia o la fragmentación en las intervenciones. En contraposición, existen otras formas de pensar-hacer sobre las posibilidades de abordaje de las problemáticas de salud. Estas vinculan la salud mental como parte de un modelo de salud integral que establece relaciones entre calidad de vida y condiciones de salud, incluyendo el concepto de ciclo de vida, los determinantes biológicos y sociales del enfermar, como son género, clase, generación, etnia, entre otros (Tajer, 2012).

Estos modos de pensar y hacer sobre la salud, parten de comprender la subjetividad como producción, hecha por instancias singulares, colectivas e institucionales, por lo cual se valora la necesidad de dilucidar la multiplicidad de determinaciones presente en cada situación. En ello radica el poder incidir sobre su transformación. Al decir de Guattari (1996) “la subjetividad es plural y polifónica (...) No conoce ninguna instancia dominante de determinación que gobierne a las demás instancias como respuesta a una causalidad única” (p. 11).

En nuestro enfoque, esta definición opera como brújula que nos permite comprender los relieves y pliegues en los que se presenta el malestar en la cultura y su novela singular. Es decir, hemos buscado como horizonte en la formación de el/la acompañante terapéutico/a arribar a la comprensión de la complejidad que implica los modos de producción de subjetividad y cómo el campo de intervención en salud mental excede y a la vez comprende, el caso a caso, toda vez. De allí que la intervención psico-social e interdisciplinaria quede pensada como el resultado de un proceso complejo, que articula en sus estrategias lo proveniente de las políticas públicas, las ideologías que ponen en juego relaciones de poder-saber, los sentidos y significaciones imaginarias sociales que componen las prácticas, los paradigmas desde donde se comprende el problema y las subjetividades intervinientes y producidas allí, singularizadas y colectivas (Orleans, 2018).

Por lo expuesto anteriormente, conocer y visibilizar las tensiones presentes en los saberes de las disciplinas en salud, contribuye a la formación de el/la at. De allí que proponemos sostener una mirada sobre la realidad puesta en lo múltiple y situar a esta práctica del campo de

la salud en el dominio de los saberes que aportan a la comprensión de la subjetividad y la intervención psico-social.

## **Las bases epistémicas que fundan la propuesta de formación**

La asignatura Salud Mental Comunitaria perteneciente al segundo año del trayecto formativo tiene como principal propósito lograr que los y las estudiantes articulen conocimientos previos con nuevas concepciones acerca de la confluencia entre salud integral, salud mental y comunidad.

La salud mental de la y en la comunidad constituye un campo de estudio complejo, que en la materia lo abordamos desde la perspectiva de los derechos humanos y el enfoque de género (Tajer, 2018). Entendemos la salud mental comunitaria como un movimiento que articula prácticas y discursos provenientes de distintos saberes o disciplinas -psicología crítica, psicoanálisis implicado, sociología, trabajo social, ciencias jurídicas, medicina social, Acompañamiento Terapéutico, entre otras- con estrategias biopolíticas y prácticas de gobierno en torno a la salud. Este campo se encuentra atravesado y determinado por componentes singulares, sociales, políticos, económicos, culturales e ideológicos. Lo integran y complementan, aquello que producen los dispositivos, instituciones, servicios y comunidades en su intervención y las subjetividades intervinientes allí. Pensado como trama, es productora y reproductora en su institucionalización histórica social, de tensiones y relaciones de poder-saber, y significaciones imaginarias sociales en torno a la salud, al padecimiento mental, y a las prácticas de cuidados e intervención psico-social de las personas y la población (Orleans y Lavarello, 2020).

El programa de la materia aborda diversas aristas de las problemáticas que se cristalizan en el nombre Salud Mental Comunitaria. Es por ello que abrimos interrogación sobre: a) El estudio de la comunidad, las instituciones y la producción de subjetividad; b) El estudio de los dispositivos propios de la intervención en política pública en salud integral-salud mental desarrollada en y con la comunidad; los efectos de la exclusión social y el horizonte de la inclusión social; c) Las intersecciones necesarias para atender a un abordaje múltiple que entrelazan el enfoque de géneros, clases sociales y los trayectos vitales: infancias, juventud, adultez y personas mayores.

Desde estas dimensiones de estudio, confluimos para dar sustento a la comprensión y delimitación de los diversos ámbitos socio-comunitarios como espacios de intervención, estudio e investigación del acompañamiento terapéutico. En tal sentido, las líneas programáticas buscan contribuir al modelo formativo básico en tanto se aporta un marco epistemológico-formativo que incluye contenidos teórico-técnicos que habilitan a los y las futuras profesionales a intervenir interdisciplinariamente y en diversos y variados contextos de singularización de la comunidad o en sus territorios.

Desde los aspectos inaugurales, el programa invita a los y las estudiantes a reflexionar críticamente sobre un campo de estudio que requiere un proceso de deconstrucción y problematización de las condiciones y determinantes sociales que llevaron a que la atención de las

problemáticas de “salud mental” se desarrollaran a partir de una marcada fragmentación de la atención de la salud en general y, especialmente, de las prácticas comunitarias (Stolkiner, 2015). Este aspecto que obedeció, en gran parte, a la manera en que se conceptualizó en Occidente y pensó desde la época clásica hasta entrada la modernidad el padecimiento mental y su atención, es puesto en interrogación a la luz del paradigma actual de derechos humanos.

Cobra relevancia para ello la atención comunitaria que ha puesto en discusión los anudamientos de sentidos, las significaciones imaginarias sociales *locura-peligrosidad* productoras de prácticas de encierro, segregación y exclusión. Estas prácticas y discursos propiciaron la construcción de un tipo particular de institución de características asilar-manicomial, en la homologación de salud mental a normalidad y enfermedad mental a peligrosidad/incapacidad, aspectos que contribuyeron para que se organizara el edificio jurídico tutelar.

El entramado epistémico de la asignatura contempla revisitar la historia para poder pesquisar la articulación de esta dimensión con los modelos de atención de los problemas en salud mental presentes en los sistemas de salud. En segundo término, incluye la revisión epistémica que supone atender a las relaciones jerarquizadas entre los géneros porque allí se encuentran presentes las tensiones existentes entre las significaciones imaginarias sociales acerca de lo femenino y masculino en el discurso patriarcal, que organizan los paradigmas como dogmas explicativos de las diferencias. Y por caso, poder a partir de esa deconstrucción, arribar a otro posicionamiento ético frente al malestar y su singularización.

En función de lo señalado hasta aquí, introducimos dos ejes que entran esta apuesta de leer la salud mental en clave interseccionada que, al solo efecto del desarrollo explicativo, hemos puesto en dos apartados: una de ellas articula la dimensión jurídica y las políticas públicas y la otra, da cuenta de la dimensión de géneros y los malestares allí subjetivados. Ambas se implican y son posibles en un horizonte que busca lo múltiple por sobre lo unívoco.

## Políticas públicas y ordenamientos normativos

En el año 2010 y 2015 en Argentina se materializan, como hitos que concretan la prolongada lucha en materia de derechos humanos y salud mental, la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657 y la reforma del Código Civil. Estas normativas instituyen un giro en términos de cosmovisión/paradigma en la comprensión de la temática, en la medida que reconocen la salud mental como un proceso determinado por distintos componentes, tanto históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos, que inciden positivamente o no, en el bienestar de las personas, en sus trayectos de vida, y/o en la población (véase Urtubey y Moreira, este volumen). Asimismo, dan centralidad a la noción de capacidad jurídica, que solo puede ser limitada por procesos de orden jurídico.

Como mencionamos anteriormente la salud mental, en términos de estado de bienestar, no está dada por la ausencia de enfermedad y, por consiguiente, su abordaje no se reduce a ese aspecto. El bienestar implica no solo aspectos singulares de la persona y los avatares en su

trayecto de vida, sino que compromete también aspectos colectivos sociales, vinculados a las respuestas que aportan las comunidades, los territorios, los pueblos y las expresiones del estado para garantizarlo. En este sentido son propiciatorios de la salud mental o su ausencia: los procesos de oportunidades para la inclusión social como el trabajo, la equidad en salud, educación y vivienda; la no discriminación, la prevención de las violencias por razones de géneros, en relaciones escolares, laborales o por motivos raciales; así como las condiciones singulares, institucionales y colectivas de su afrontamiento.

Por ello, la intervención en el campo y los abordajes en salud se vinculan a la concreción, prevención, atención, cuidado de las personas y la comunidad de forma integral, interdisciplinaria, intersectorial y corresponsable, en atención a los principios internacionales en materia de derechos humanos. Esto se realiza a través de prácticas sociales y acciones que propicien y garanticen su abordaje en dispositivos y efectores de salud en la comunidad, de cercanía territorial y accesibles. Al mismo tiempo, estas estrategias deben proteger los derechos de las personas con padecimiento mental, a partir de lo cual, las políticas públicas deberán desplegar un conjunto de estrategias de intervención y tratamiento que sostengan la inclusión de la persona en su centro de vida, la comunidad y las redes sociales-afectivas (Cohen, 2009; Tajer, 2018; Rotelli, 2014; Schiappa Pietra, 2016).

La normativa establece frente a prácticas estigmatizantes de manicomialización y patologización resueltamente violatorias de los derechos humanos, un diseño de políticas públicas que evita el aislamiento, la cronificación y la estigmatización de la persona a partir del cierre de instituciones monovalentes de gestión pública o privada, entre otras acciones de promoción, prevención y atención de la salud mental. A raíz de lo cual, cobra relevancia la formación y participación de las/los trabajadoras/es y trabajadoras de la salud en dispositivos de atención integrales e interdisciplinarios que incidan en los procesos de salud mental, atención, cuidado, inclusión social y fortalecimiento de los vínculos comunitarios.

De este modo, la salud mental constituye un campo de conocimiento y actuación en el ámbito de las políticas de salud. Cabe señalar que no reducimos la dimensión política a las acciones provenientes del estado solo en su dimensión pública, sino también en todos los espacios institucionales donde se despliega y se interviene, sean públicos o privados.

En la búsqueda de sostener un nuevo lugar social para las personas con padecimiento mental (Amarante, 2009) no debemos eludir que la salud mental se muestra polisémica y plural en su estudio y en el aspecto más instrumental de su intervención. A su vez, se encuentra atravesada por relaciones de poder e intereses que responden, siendo más o menos advertido por las/los agentes de salud y las comunidades, a distintos proyectos de sociedad en pugna. Entendemos que los modelos socio-económicos neoliberales en alianza con los órdenes de poder socio cultural patriarcal y colonial, son productores de desigualdad social e inciden directamente en la salud de las poblaciones.

Nuestro posicionamiento responde al paradigma que promueve fundamentalmente la vida digna de las personas con y entre, otros y otras, vinculado al sostenimiento permanente de procesos de inclusión social. En nuestra contemporaneidad asistimos aun a una hiancia entre el

posicionamiento ético-político que expresan las normativas en materia de derechos y salud mental, la materialidad de las políticas públicas y la complejidad social en la que habitamos. La institucionalización de dichas normativas, se encuentra atravesada por los avatares políticos-institucionales de prácticas de gubernamentalidad (Foucault, 2009) que ponen en tensión el estado social de derechos y el avance del neoliberalismo.

Tal como venimos señalando, reforzamos la idea que en el estudio y comprensión de la salud mental comunitaria -cuyo enfoque se asienta en el paradigma de los derechos humanos- se requiere de una lectura compleja que interseccione y articule la comprensión de los problemas de la comunidad y las personas. A raíz de lo cual, el estudio y la formación en este campo debe incorporar estos atravesamientos y, tal como señalamos en la Introducción, volver a entrelazar aquello que se mostró en dominios disciplinares y explicativos, de modo separado. Para avanzar sobre este cometido, presentamos a continuación las intersecciones de las dimensiones de género y disidencias que participan de los procesos de exclusión o vulneración a los que amplios sectores sociales están expuestos.

## Salud Mental desde las perspectivas de género y disidencias

Las perspectivas de género y disidencias configuran herramientas epistémicas que otorgan inteligibilidad y cursos de intervención atentos a la especificidad de los padecimientos subjetivos generizados. Nos referimos en particular a los efectos subjetivos, en términos de afectación emocional, psíquica, y social que produce en las sociedades marcadamente patriarcales, la naturalización de las violencias hacia mujeres e identidades disidentes, sean niñas/os/es, adolescentes o personas adultas; así como marcas patriarcales que se expresan en costes de salud para sí y terceros en las subjetividades hegemónicas. Es decir, “el modo en que las asimetrías sociales entre los géneros determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-cuidado en distintas etapas del ciclo vital; una mirada que incluye la dimensión subjetiva” (Tajer, 2020, p. 10).

En pos de entender e identificar el impacto sobre la salud que produce el sistema patriarcal como organizador de las relaciones de poder entre los géneros, nos proponemos en primer lugar trazar coordenadas que permitan introducir la perspectiva de género y disidencias, y, en segundo lugar, nos centraremos en los efectos subjetivos de quien padece violencia interpersonal. Es decir, hablaremos de los malestares y padecimientos producto de la subalternización de personas por razón de género u orientación sexual, que operan singular y colectivamente en el sistema patriarcal.

La importancia epistemológica y política de las perspectivas de género y de la disidencia radica en pensar en términos relacionales. La equiparación de las problemáticas de género como *temas de mujeres* es un error frecuente, cuando precisamente estas perspectivas permiten ampliar la mirada sobre las relaciones desiguales de poder entre los géneros y visibilizan sus efectos en diferentes niveles (Tajer et al, 2020).



El patriarcado nos socializa a dos escalas: microfísica, en nuestras relaciones diarias de crianza, y a escala geopolítica. De allí que planteamos que en la particularidad del dominio sobre los cuerpos de las mujeres se expresa una dimensión biopolítica. Es decir, para que el sistema capitalista se instalara como dominio social, necesitó atravesar la vida de las familias, y la mujer, de acuerdo a la articulación con el ordenamiento de poder patriarcal, fue colocada en un lugar estratégico. A su vez, este ordenamiento de político-económico-social y cultural, otorga inteligibilidad al lugar de patologización o estigma social hacia quienes por su género u orientación sexual fueran disidentes respecto a la *heterocisnormatividad*,<sup>8</sup> aspecto ampliamente estudiado por los/las historiadores/as, como Dora Barranco y Rita Segato. Con esto queremos señalar que las violencias por razones de género no son separables de este proceso histórico. Tal como lo han estudiado estas autoras, apropiarse de los cuerpos de las mujeres es una demostración de dominio político.

La mujer relegada al mundo del cuidado constituye una herramienta de sujeción, al amalgamar las prácticas de la maternidad y sostenimiento del mundo privado con actos de amor abnegado y funciones indelegable de las mujeres, se invisibiliza la dimensión del trabajo doméstico (Esquivel, 2013).

Entendemos las violencias contra las mujeres y las disidencias como una violación a los derechos humanos y no una deriva interpersonal (Fridman, 2019). No se trata del problema de una persona o relación entre personas singulares solamente, sino que al hablar de violencia por razones de género nos referimos a acciones hostiles de diversa intensidad que se despliegan en relaciones desiguales que atraviesan las poblaciones, sostenidas por un sistema social cultural históricamente construido y naturalizado (Burín, 2017; Meler, 2015; LNPIM, 2009). Las violencias pueden implicar violencia física, psicológica, económica, simbólica o sexual, y producirse en distintos ámbitos de la vida social; se expresan en las relaciones sexo-afectivas, en el trabajo, la escuela, el barrio, la comunidad. Pueden reconocerse en sus efectos subjetivos en formas del padecimiento en las mujeres referidos a la doble o triple agenda por la sobrecarga en las tareas domésticas, que producen estados depresivos, falta de expectativas, ensimismamiento, y/o provocadas por la frustración de no poder cumplir con los mandatos sociales, de buena madre o buena trabajadora o profesional (Burín, 2017). Estos últimos son ejemplos de las violencias simbólicas, que se instalan al reproducirse en la cotidianidad mediante la asignación y asunción de roles generizados o a través de los medios de comunicación que presentan a la mujer que resuelve todo sola o cocina, amamanta, espera al marido, siendo objetivada para el placer o respecto a las funciones de cuidado.

Otras formas de sufrimientos subjetivos generizados pueden circunscribirse a lo que Fridman (2019) llama el padecimiento de ser mujer, refiriéndose a una representación del ser como mujeres posibles de sufrir violencia. Por lo cual, y de acuerdo a la catástrofe social que vivimos en

---

<sup>8</sup>Este concepto condensa las imposiciones sociales sobre la identidad de género y orientación sexual. Se denomina cis a la equivalencia entre identidad de género autopercebida y género asignado culturalmente al nacer como varón o mujer, por su parte la heteronormatividad o heterosexualidad obligatoria excluye otras formas de relacionarse sexualmente las personas.

términos de violencia contra las mujeres, se genera un estado de alarma permanente, o alarma femenina, que nos constituye identitariamente desde una vivencia de vulnerabilidad.

Las violencias por razones de género en relaciones de noviazgo, convivencia o en relaciones intrafamiliares, producen efectos sobre las personas violentadas que adquieren particularidades propias del padecimiento ante situaciones traumáticas. Cada vez que se profundiza en el estudio de las características diferenciales que presentan los padecimientos como consecuencia de vínculos siniestros donde se ejerce violencia, donde alguien es sistemáticamente subalternizado, maltratado o violentado, se compara con los efectos que han tenido las situaciones límites vividas en las guerras por las comunidades judías, entre otras. En estas situaciones límites, el otro no es considerado como semejante al universo de los humanos, es objeto de goce, no es un igual, en la situación límite la persona queda reducida a la idea de *animalidad* (Agamben 2006; Bleichmar, 2009; Tajer, 2018).

Se ha descrito cómo quienes padecen estas situaciones muchas veces quedan imposibilitadas de anticipar modos de defenderse: la persona queda arrasada, inerte, desconoce al otro y no puede anticipar, ni cuando termina ni cuándo se va a producir ese acto de violencia; sea por la alerta permanente para anticipar el hecho violento o por la imposición de ideas que remiten a dichos eventos que angustian y/o obturan el pensamiento. Se produce un desgaste que por acumulación traumática puede producir daños significativos o generar efectos patógenos en la organización psíquica (Fridman, 2019).

La subalternización en base a las diferencias o diferencias desigualadas (Fernández, 1999) se produce también sobre las infancias, las personas migrantes, las disidencias, las personas con diversidad funcional. Los efectos son múltiples de acuerdo a la interseccionalidad de clase, género, etnia, diversidad, entre otras, presentes en cada situación singular. Las personas quedan sin posibilidades de desarrollar sus proyectos o deseos de vida y/o las estrategias para poder ser de acuerdo a su singularidad conllevan altos costos en términos de calidad de vida o supervivencia, producto del estar expuestos/as a carencias y cruentas violencias que se traducen muchas veces, como sucede con la población travesti, en la corta expectativa de vida (Ruiz et al., 2017).

Como modo de respuesta ante las violencias producidas socialmente contra las mujeres y disidencias cobran suma importancia la organización de los colectivos o movimientos sociales, así como el lugar que ocupa el estado y las leyes en términos de ampliación de derechos. Sin desconocer los distintos obstáculos y desafíos que enfrentan los movimientos sociales y las políticas públicas que intervienen sobre la producción y reproducción de violencias, estas respuestas sociales e institucionales son imprescindibles para amparar en el desamparo y el arrasamiento y/o de quienes sufren las violencias al operar como tercero de apelación ante la crueldad.

## El trabajo de campo en la asignatura y los y las at en la comunidad

Los aspectos que anteceden en este escrito, fueron marco de discusión y conceptualización en la cursada para pensar las intervenciones de los y las at en comunidad. Se sostuvo como planteo la relevancia de que los equipos múltiples, interdisciplinarios, donde son llamados a intervenir entre varias disciplinas, los y las at, cuenten con marcos de inteligibilidad y herramientas conceptuales enmarcadas en las perspectivas de derechos, géneros e interseccionalidad, en la medida que los emergentes contemporáneos convocan a estos equipos a decir y hacer sobre ello. Por la urgencia social que significa el aumento de las violencias, así como por la presencia de una mayor transversalización en los propios dispositivos de intervención comunitaria de estos componentes o de los procesos de trabajo en inclusión social, o como agentes de prevención y detección temprana de los padecimientos por razones de género a los que los y las at son convocadas/os.

Por ello, problematizamos los dominios de saber en torno al Acompañamiento Terapéutico en el campo de la salud mental comunitaria inter-seccionada, compartimos las bases epistémicas que fundan la propuesta de formación de la asignatura y presentamos el hincapié puesto en el eje de intersección que articula la salud mental desde la perspectiva de género y disidencias.

En este apartado nos interesa compartir la propuesta pedagógica de realización de un trabajo de exploración de campo a partir de lo producido por los y las estudiantes. Dicha propuesta de trabajo grupal permitió que conocieran a través y en la comunidad de Chivilcoy, provincia de Buenos Aires, los abordajes dados a problemáticas de su elección desde los distintos efectores de salud, políticas públicas y organizaciones sociales locales. Tomar contacto con las características de dichos dispositivos permitió un ejercicio teórico-práctico sobre los contenidos abordados en la asignatura y devino en una oportunidad para pensar sobre su rol como at e imaginar/proyectar campos de acción o intervención futura:

En el trabajo de campo entendí lo importante que es el ejercicio de investigar sobre una problemática cualquiera teniendo en consideración recabar datos en el mismo campo de acción, articulada con conceptos, resoluciones, puntos de vista, etc. (...) De la materia me llevo la idea de que la problemática de un sujeto se engendra en el ámbito social-cultural. Que lo subjetivo es intersubjetivo y la inclusión social, en términos de salud mental comunitaria no es un detalle, sino el Santo Grial de nuestra función como acompañantes terapéuticos (Devolución de cursada, Estudiante AT).

A mi experiencia agregó lectura de autores que no conocía, la idea de que la salud mental excede a lo intrapsíquico, a las paredes de un consultorio o de una institución. Una invitación a pensar el hacer del acompañante terapéutico. El acompañamiento terapéutico como recurso que no se acomodaría a una disciplina específica sino que transitaría por los intersticios del dispositivo interdisciplinario y posibilitaría un entrecruzamiento discursivo (...) sobre

conceptos que hacen al lazo del sujeto padeciente con su entorno, y su inserción social (Devolución de cursada, Estudiante AT).

Los trabajos grupales tomaron como temas/problemáticas de indagación los abordajes institucionales y comunitarios sobre consumos problemáticos de sustancias en adolescentes, la psicopatologización y medicalización de las infancias y adolescencias, la atención de salud de las identidades trans, las violencias contra mujeres y disidencias, acciones de programas provinciales destinados a juventudes, mapeo de instituciones dedicadas a la salud mental en la localidad, exploración de las organizaciones e instituciones que atienden adultos mayores, acercamiento al rol del at en el Acompañamiento a personas privadas de la libertad o en proceso de ser liberadas, entre otras. Para su ejemplificación, sumamos más voces de lo escrito en los trabajos de campo:

Luego de haber transitado la materia y sus distintas instancias, pudimos encontrarnos con un concepto más amplio de salud que el que tenía al principio de la cursada. El hecho de pensar a la salud como un proceso de salud/enfermedad/cuidado con alternancias, determinadas por valores socio históricos de clase y culturales, en el que se incluyen los servicios y las instituciones por las que los sujetos transitan y reciben atención porque atienden a una perspectiva integral (Trabajo Final Grupal, Estudiantes AT).

Las enfermedades son frecuentemente características de una época y de una sociedad y enuncian, o denuncian, una verdad acerca del orden del mundo y del cuerpo enfermo. La creciente necesidad de fármacos para paliar este incremento de la ansiedad nos va indicando cómo la vida va deviniendo medicalizada, ensanchando el campo de acción de la clase médica. Se van requiriendo soluciones médicas para problemas de la esfera comportamental y de las relaciones sociales. Como ejemplo claro observamos la creciente medicalización de la infancia (...) De esta manera, se buscan soluciones médicas para problemas de conducta, con el consecuente control médico social (Trabajo Final Grupal, Estudiantes AT).

Desde el inicio de la cursada, y de este capítulo, pusimos en problema la falsa antinomia individuo sociedad e invitamos a transitar, siguiendo a diversas autoras/autores, un proceso dedeconstrucción para poder dar cuenta que, de no mediar ese ejercicio reflexivo, la antinomia opera como anteojera que recorta los problemas, los homogeniza y totaliza y, por tanto, invisibiliza su producción histórico social, las relaciones jerarquizadas de poder, y los modos particulares del vivir, amar, sufrir y devenir. Tal como hemos señalado en este escrito, la subjetividad se expresa en múltiples y variados territorios a veces se singulariza, y otras se colectiviza, pero uno es efecto del otro y viceversa. De este modo ponían, los y las estudiantes, sus primeras problematizaciones:

¿Es singular el malestar? se podría decir que no, siguiendo a Freud (1930), “el malestar es de la cultura”, de una sociedad que en vez de incluir, excluye, en vez de brindar sostén, estigmatiza, en vez de ofrecer apoyo, denigra a los que en ella habitan, por el solo hecho de tener conductas inapropiadas o por no poder cumplir con los estándares o normas que esta impone. En estos tiempos se tiende a naturalizar y a culpar a quien sufre por su sufrimiento, pero no nos detenemos a mirar más allá de nuestro propio ombligo, en pos de pensar al otro como semejante, sujeto de deseo y sobre todo sujetos de derechos. (Trabajo Final Grupal, Estudiantes AT).

Si un nene no tiene garantizada la alimentación y sufre violencia intrafamiliar, con brindarle un tratamiento psicológico no “solucionamos” nada. Creo que esto también constituirá un desafío en lo que atañe a nuestro trabajo como acompañantes terapéuticos, ya que seremos partícipes de estas instituciones. (Trabajo Final Grupal, Estudiantes AT)

En salud y por consiguiente también en salud mental la multifactorialidad de causas hace que tengamos que tener abordajes también complejos, que impliquen a diferentes sectores y disciplinas; en donde el sujeto/paciente no tenga un lugar pasivo, sino que sea partícipe. (Trabajo Final Grupal, Estudiantes AT).

Nuestra labor siempre debe estar focalizada en la reinserción socio-comunitaria, educativa y laboral de nuestro acompañado, manteniendo una actitud de respeto y confianza en sus capacidades, que le permita visualizar un proyecto de vida de acuerdo a su singularidad, en una comunidad donde su sufrimiento sea problema de toda la sociedad y nosotros desde nuestro lugar tenemos la finalidad de fomentar y hacer valer ese derecho (Trabajo Final Grupal, Estudiantes AT).

Cabe aclarar por último que, el trabajo en clases virtuales sincrónicas, con modalidad expositiva y taller, el acompañamiento de las docentes y la realización del trabajo de campo de los y las estudiantes, configuraron dispositivos en acción e invenciones colectivas. Resultado de la pandemia por Covid-19 y las consecuentes medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio, dispuesto por el estado nacional, hicieron que tanto la trasmisión de la asignatura, como el trabajo de exploración de campo fuesen realizados de manera remota. Los y las estudiantes contactaron y administraron entrevistas por teléfono, por plataformas digitales, aventurándose a entrevistar individual y grupalmente a integrantes de las instituciones u organizaciones exploradas, constituyendo este aspecto un elemento más a ser puesto en estudio, cuando hablamos de los modos de producción de la subjetividad. Entre todos y todas, estudiantes, docentes y participantes consultados/as en el trabajo de campo de los/las estudiantes se lograron sortear los obstáculos y potenciar de modo novedoso, con la distancia/cercanía de los cuidados, encuentros con mucho intercambio, producción de conocimientos y apertura a nuevos interrogantes.

## Referencias

- Agamben, G. (2006). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Pre-textos.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Topia
- Bleichmar, S. (2009). *El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo*. Topia.
- Burín, M. (2017). A veinte años del Foro de Psicoanálisis y Género. Mis aportes a la construcción de un campo complejo. En Irene, Meler (comp.), *Psicoanálisis y Género*. Paidós.
- Castoriadis, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. EUDEBA.
- Cohen, H. (2009). La creación de los sistemas de salud mental basados en la comunidad, en el contexto de las experiencias exitosas en la región de las Américas. En Hugo, Cohen (comp.), *Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. OPS.
- Esquivel, V. (2013) El cuidado en los hogares y las comunidades. Informes de Investigación de Oxfam. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/260186250\\_El\\_cuidado\\_en\\_los\\_hogares\\_y\\_en\\_las\\_comunidades](https://www.researchgate.net/publication/260186250_El_cuidado_en_los_hogares_y_en_las_comunidades)
- Fernández, A.M. (1999). *Instituciones Estalladas*. EUDEBA.
- Fridman, I. (2019). *Violencia de género y Psicoanálisis. Agonías impensables*. Lugar.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros: curso en el Collège de France 1982-1983*. Fondo de Cultura Económica.
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Manantial
- Ley 26.485 (2009). Ley de protección integral a las mujeres. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales [https://www.oas.org/dil/esp/ley\\_de\\_proteccion\\_integral\\_de\\_mujeres\\_argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf)
- Meler, I. (2015). Las relaciones de género: su impacto en la salud mental de mujeres y hombres. En César, Hazaki (Comp.), *La crisis del patriarcado*. Topia.
- Orleans, C. (2018). Del desarraigo a la inclusión social. Caminos a construir en la intervención con jóvenes en procesos de des institucionalización. En Agustina, D' Agostino e Iara, Vidal (Comps.), *Libro de Cátedra. Psicología Institucional. Un campo de problemas*. EDULP. Disponible en [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/69066/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/69066/Documento_completo.pdf?sequence=1)
- Orleans, C. y Lavarello, M. (2020) *Programa de la asignatura Salud Mental Comunitaria. Tecnicatura Universitaria de Acompañante Terapéutico*. Facultad de Psicología, UNLP. Material de cátedra. Disponible en: <http://blogs.unlp.edu.ar/saludmentalcomunitaria/>.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios*. Topia.
- Ruiz, A.; Las Mochas; Fuster Pravato, L.; Wayar, M.; Mansilla, G.; Nazábal, K.; Otto Prieto, A.; Amaro, S.; Rueda, A.; Sacayán, S.; Arias, D.; Litardo, E. y Viturro, P. (2017). *La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. Publicación del Ministerio Público de la Defensa, CABA [https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/09/la\\_revolucion\\_de\\_las\\_mariposas.pdf](https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/09/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf)

- Schiappa Pietra, J. (2016). Finalidad de los tratamientos. De salud mental comunitaria en su modalidad rionegrina. En AAVV, *La Brancaleone. Teoría y prácticas desmanicomializadoras*, 47- 88. Kuruf.
- Tajer, D. (2012). *Género y salud. Las políticas en acción*. Lugar.
- Tajer, D. (2018). Género, Salud Mental y Derechos Humanos. *Revista Topia*. <https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>
- Tajer, D.; Reid, G.; Lavarello, M.; Cuadra, M.; Saavedra, L.; Fernández Romeral, J. y Fabbio, R. (2020). Masculinidades adolescentes y salud: un modelo para armar En Debora, Tajer (Dir.), *Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación*. Noveduc.

## CAPÍTULO 7

# Problemáticas en salud mental de niños/as y adolescentes: aportes del psicoanálisis a la práctica de Acompañamiento Terapéutico

*María Romé y Martín Sosa*

*Cátedra Problemáticas en Salud Mental de Niños/as y Adolescentes*

### Introducción

Nuestro propósito en este capítulo es presentar la perspectiva desde la cual pensamos la transmisión en la materia *Problemáticas en salud mental de niños/as y adolescentes* (Romé y Sosa, 2020), que dictamos en el marco de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

¿Qué entendemos por *problemáticas en salud mental*?, ¿cuáles son sus particularidades en la infancia?, ¿qué elaboraciones del psicoanálisis con respecto a dichas problemáticas pueden servir como aporte a la práctica del Acompañamiento Terapéutico (AT)? Son algunas de las preguntas que planteamos como punto de partida de este recorrido.

Lo primero que podemos inferir a partir de esas preguntas es que no existe una única manera de definir, de clasificar, ni de tratar a dichas problemáticas.

Dentro del campo de la salud mental, que incluye diversas disciplinas, encontramos posiciones y perspectivas muy heterogéneas en el modo de concebir los padecimientos de la infancia, y por lo tanto en el modo de tratarlos. No es lo mismo pensarlas como *trastornos*, que pensarlas como *padecimientos mentales* o bien como *síntomas*: a tales denominaciones subyacen diferentes concepciones de sujeto y de sus malestares, distintos supuestos con respecto a la causa y, en efecto, diferentes modalidades de tratamiento.

La segunda inferencia posible es que no existe una sola manera de pensar a la infancia. Y el modo en que se piense, incide en la manera de entender sus problemáticas.

Nos interesa entonces comenzar subrayando algo que consideramos fundamental para las prácticas de las/os at: el modo en que se conciben las problemáticas de la infancia condiciona el modo de abordarlas, de tratarlas y también de acompañarlas. Es decir, que sus futuras prácticas van a estar inevitablemente condicionadas por cierta manera de pensar la problemática que motive



el AT, así como cierta concepción de sujeto al que acompañan (véase Roberts, Abdala Grillo y Silveira, este volumen). Y particularmente, si se trata de un niño o niña, cierta idea de la infancia.

Lo sepamos o no, nuestras prácticas se encuentran inevitablemente atravesadas, marcadas, sesgadas por ciertas ideas acerca de las problemáticas que abordamos. No existe una práctica neutral: eso sería un engaño. Es por esto que consideramos indispensable, en primer lugar, visibilizar las propias ideas sobre tal o cual padecimiento, ya sean ideas basadas en teorías, creencias, saberes populares o prejuicios. Y, paralelamente, conocer diferentes enfoques acerca de un mismo problema, de manera tal de poder elegir cómo construir la propia posición, desde la cual realizar la tarea en un AT.

Al mismo tiempo, conocer las distintas perspectivas actuales puede favorecer un abordaje interdisciplinario, que es esencial en la labor del, de acuerdo a Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). El trabajo en conjunto con el equipo tratante resulta fundamental, no por una cuestión meramente legal, sino que ese aspecto de la ley responde a un criterio clínico que tiene que ver con la orientación, dirección o finalidad del tratamiento.

## **Problemáticas en salud mental infanto juvenil**

Con ese horizonte, proponemos estudiar las problemáticas en salud mental en la infancia partiendo de las principales perspectivas contemporáneas, cuyo estudio y análisis crítico consideramos fundamental para la práctica del/la acompañante terapéutico/a (at).

Comencemos entonces por situar enfoques. En la actualidad, coexisten concepciones de lo más diversas, algunas cercanas, otras antagónicas, que a veces se entrecruzan, convergen, discuten o se ignoran, o bien se interrogan y se enriquecen mutuamente. Si bien resulta impreciso agrupar los distintos enfoques, sabemos que sin una cierta selección u ordenamiento nos llevaría años estudiarlos. Es por esto que, a los fines de la transmisión en la asignatura, y en este capítulo en particular, partiremos de distinguir tres grandes perspectivas vigentes: perspectiva médica y neurobiológica, perspectiva psicoanalítica y perspectiva de la salud mental, con enfoque de derechos.

En primer lugar, situamos una perspectiva que prevalece en el campo de la psiquiatría. Se trata de un enfoque predominantemente neurobiológico, que adhiere a las categorías de los manuales diagnósticos y estadísticos, principalmente el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM).

En segundo lugar, ubicamos la perspectiva del psicoanálisis. La misma tiene como punto de partida la subversión en la concepción del padecimiento introducida por Sigmund Freud hace más de cien años, luego sostenida y renovada por Jacques Lacan y muchos/as otros/as autores/as contemporáneos/as; concepción que sigue teniendo gran vigencia a pesar de ir a contrapelo del discurso hegemónico.

Y por último, la perspectiva de la salud mental. En el marco del enfoque de los Derechos Humanos, esta perspectiva trata de traducir en acciones los principios de la Ley Nacional de

Salud Mental, así como otras herramientas legales que inscriben nuestra práctica en lineamientos de defensa de derechos y equiparación de oportunidades.

Cierto es que tal distinción esquemática resulta inevitablemente imprecisa: en la práctica, dichos enfoques se entrecruzan, se articulan, pueden convivir en los mismos profesionales, aunque también presentan diferencias insalvables. Por otro lado, al interior de cada una de esas tres grandes perspectivas encontramos teorías e hipótesis muy diversas; ninguna de ellas tiene una visión completamente unívoca de las problemáticas que abordan. Por ejemplo, encontramos psiquiatras que trabajan desde una perspectiva psicoanalítica: no pretenden meramente silenciar los síntomas, sino que dan la palabra al sujeto, atendiendo a su singularidad. Asimismo, encontramos psicólogos/os, que persiguen cierto ideal de *salud o normalidad*, tratando de responder a las demandas sociales, escolares o familiares. Así como encontramos profesionales de la salud mental que se supone trabajan según los principios de la Ley de Salud Mental y otros marcos legales relativos a los derechos de los pacientes, que sin embargo no miden los efectos posibles de la comunicación de un diagnóstico, o recurren injustificadamente a medidas que presumen terapéuticas (internación, medicación), en lugar de buscar alternativas a tales intervenciones. De allí que la división propuesta puede resultar imprecisa o demasiado simplificadora.

Más allá de esa complejidad y a los fines de la transmisión, consideramos conveniente partir de un ordenamiento. Pensamos que este modo de establecerlo puede resultar de utilidad para la práctica de el /la at. Es por esto que decidimos partir de la distinción de esos enfoques, como tres grandes lentes desde las cuales abordaremos las distintas problemáticas.

Como desarrollamos en esta materia, cada una de esas lentes implica una concepción del padecimiento, solidaria de una idea de la salud o del bienestar y es correlativa de una cierta dirección o finalidad del tratamiento. A su vez, tales ideas van de la mano de una concepción etiológica, es decir, de una hipótesis acerca de la causa. En otras palabras, dentro de cada una de esas perspectivas encontramos cierta coherencia entre cómo se piensa una problemática, cuál es la causa supuesta, qué modalidad de tratamiento se propone y con qué finalidad.

A modo de ejemplo, una problemática muy frecuente y conocida: el autismo en la infancia. Para la psiquiatría, el autismo es un *trastorno* (tipificado dentro de los trastornos del neurodesarrollo como *trastorno del espectro autista*, según el DSM-5) cuya causa se supone orgánica, aunque eso no aparezca explicitado en los manuales diagnósticos en tanto no ha podido ser demostrado. Es definido por algunos autores como un síndrome conductual de base biológica, atribuido a diversas causas posibles: puede estar asociado a diversas enfermedades o síndromes conocidos, ser el fenotipo o expresión de cambios en el sistema nervioso central producido por un genotipo específico o agresiones tempranas al mismo (Ruggeri, 2010). Como dijimos, ninguno de tales orígenes supuestos ha podido ser fehacientemente demostrado.

Al considerarlo desde una perspectiva deficitaria como un trastorno o un síndrome conductual, en oposición a una supuesta salud o normalidad, el tratamiento tiene como objetivo su curación. De allí cierto pesimismo terapéutico: si la causa supuestamente orgánica no ha podido ser demostrada, resulta imposible tratarla. El tratamiento se propone entonces con una finalidad más modesta: eliminar o reducir los síntomas de ese trastorno, de manera tal de normalizar el

comportamiento y así posibilitar su adaptación al entorno familiar, escolar o social. Es con ese fin que muchas veces se indican psicofármacos, que pueden disminuir manifestaciones que resultan insoportables. Pero, ¿para quién? Habrá que verlo en cada caso, en función de cuál haya sido el criterio para la prescripción de una medicación.

Desde un enfoque de Derechos, en cambio, el autismo no es considerado un trastorno sino un padecimiento mental, producto de una *multicausalidad* que implica la interacción de componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Si bien desde la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 se debe partir de la presunción de capacidad de todos los sujetos, el diagnóstico de autismo da lugar a un certificado de discapacidad. Tal certificado tiene el objetivo de facilitar el acceso a un tratamiento y a otros derechos comunes a todas las personas con padecimientos mentales, con el fin último de equiparar oportunidades. Desde esta perspectiva, y en consonancia con dicha multicausalidad, se propone un abordaje interdisciplinario del autismo, que implica la atención por parte de un equipo integrado por profesionales de distintas disciplinas de la salud mental, además de técnicos/as y otros/as trabajadores capacitados/as, tal como establece el artículo 8° de la Ley Nacional de Salud Mental. Dicho abordaje integral puede incluir un tratamiento psiquiátrico, psicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, terapia ocupacional y disciplinas afines. Al mismo tiempo, partiendo de considerar a la persona que presenta un padecimiento como un sujeto de derechos, y no como un mero organismo a curar, se establece que “el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2010, p. 17). Si desde el enfoque médico la finalidad del tratamiento era la mera supresión de los síntomas, con el fin último de normalización, desde el enfoque de Derechos, en cambio, la finalidad del tratamiento es el “reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, 2010, p. 17), persiguiendo como fin último la inclusión social tendiente a la equiparación de oportunidades.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, el autismo tampoco es considerado como un trastorno ni como una enfermedad, sino como un modo de respuesta al malestar que presenta sus particularidades y constituye al mismo tiempo un “funcionamiento subjetivo singular” (Maleval, 2011, p. 21). Si bien no se desestima el padecimiento del sujeto, que es lo que justifica un tratamiento para el psicoanálisis, los síntomas del autismo no son meramente padecidos, con absoluta pasividad, sino que constituyen una respuesta del sujeto, que puede ser un modo de defenderse del malestar. Es en base a esa concepción del síntoma que no se trata de eliminarlo, sino de alojarlo, respetarlo y ponerlo a trabajar. Considerando que tales síntomas, si bien constituyen una solución, al mismo tiempo pueden tener un costo muy alto para el sujeto, se tratará de acompañarlo en la invención de nuevas respuestas que no resulten tan costosas. En esa dirección, la tarea del o la at puede devenir esencial para el sujeto y también para su entorno.

## Concepciones de la infancia desde las tres perspectivas

Ahora bien, retomando los interrogantes del inicio cabe preguntarse, ¿qué particularidades presentan dichas problemáticas en la infancia? Para abordar esta cuestión, es preciso antes atender a una pregunta previa, básica pero fundamental: ¿Qué es la infancia?, ¿cómo se distingue de la pubertad y de las adolescencias?

Podríamos decir que la infancia no siempre fue como la entendemos ahora (véase Cardinal y de la Mata, este volumen). Tomando como referencia las investigaciones de Phillippe Ariès, podemos decir que “ni los sentimientos de vulnerabilidad y necesidad de protección, ni los márgenes cronológicos que hoy pudiéramos situar en la delimitación de la infancia son dados *naturalmente*” (Terzaghi, 2011, p. 1). Pero, además, en una misma época, encontramos diversas infancias atravesadas por diversos factores sociales, económicos, culturales, etc.

Por otro lado, en una misma época conviven diversas maneras de pensar la infancia. Y, como venimos diciendo, sabemos que todo abordaje o intervención está condicionada por la idea de aquello que se aborda. A los fines de pesar las prácticas de acompañamiento, nos interesa especialmente situar las concepciones actuales de la infancia desde una perspectiva social o de derechos y desde el psicoanálisis.

Desde un enfoque de Derechos, la concepción de la infancia es aquella que se desprende de los marcos legales emanados de la *Convención sobre los derechos del niño*: tratado internacional establecido en el año 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En este tratado, por primera vez en la historia, se reconoce a los/as niños/as como “sujetos de derecho”, lo cual a su vez convierte a los/as adultos/as en sujetos de responsabilidades con respecto a los primeros. A partir de esa Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad (UNICEF, 2006), es decir que se adopta en primer término un criterio cronológico para establecer los límites de la infancia.

Como todos los tratados sobre Derechos Humanos, la Convención se rige por un principio fundamental, que es el de la universalidad de los derechos, que conciernen a todos/as los/as niños/as por igual, sin distinción alguna:

(...) independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales” (UNICEF, 2006, p. 10).

Ahora bien, de la misma ley se desprenden una serie de ideas con respecto a la infancia, que van más allá de la edad. Así, en el artículo 7 se establece que “el niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser cuidado por ellos” (UNICEF, 2006, p. 11). Es decir que, reconocidos como sujetos de derecho, los/as niños y niñas requieren un especial cuidado y protección, en tanto son considerados/as particularmente

vulnerables por su especial condición de niños/as, es decir, por no haber alcanzado su pleno desarrollo físico y mental. De allí su situación de dependencia con respecto a uno/a o más adultos/as, responsables de que se cumplan sus derechos: a la identidad, educación, salud, libertad de expresión, protección de cualquier forma de maltrato o discriminación, al esparcimiento y juego, etc.

Dicha *Convención* ha sido elaborada y adaptada a nuestra realidad local a través de diversas herramientas legales, entre las cuales destacamos la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de niñas, niños y adolescentes (promulgada en octubre de 2005), y la Ley Provincial 13.298 de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los niños, promulgada en enero de 2005.

La aprobación de estas leyes significó la derogación del antiguo Régimen del Patronato de Menores (Ley 10.903 dictada en el año 1919, sustentada posteriormente por el Decreto ley N°10.067/83), lo cual implicó transformaciones en los modos de pensar la infancia, sobre todo en los sectores de mayor vulnerabilidad social y, por lo tanto, grandes desafíos para las instituciones y actores sociales vinculados con el campo de niñez y adolescencia.

Ahora bien, ¿qué novedad aporta, con respecto a la infancia, el psicoanálisis?

Desde la perspectiva del psicoanálisis, quienes trabajamos con niños/as apuntamos al sujeto: partimos de suponer que, cualquiera sea la problemática en cuestión, cualquiera sea el modo de respuesta al malestar, hay allí sujetos en juego: deseantes, que producen síntomas y otras respuestas propias, singulares, al padecimiento.

Más allá de esa condición de sujeto activamente implicado/a en sus respuestas, para el psicoanálisis en la infancia es importante la cuestión temporal. El tiempo de la infancia es entonces el tiempo de encuentro del *infans* con el lenguaje, de encuentro con el desvalimiento o desamparo constitutivo del ser humano (dada la falta de instintos que nos diferencia del animal), y es por lo tanto un tiempo que precisa de un especial cuidado y protección por parte de un Otro. Es también un tiempo de constitución del cuerpo, precisamente a partir de esos cuidados, de esas palabras, y de la relación con la propia imagen y la de los semejantes. En síntesis, es un tiempo de constitución subjetiva, tiempo fundamental y fundante, que deja marcas imborrables, que podrán luego resignificarse; tiempo en que resulta más evidente el desamparo o desvalimiento constitutivo del ser hablante, que lo hace depender de un Otro primordial (véase Frison y Russo, este volumen).

¿Qué sucede cuando ese tiempo se acompaña de alguna problemática de salud mental? ¿Qué implicancias tiene esto para el niño o niña? ¿Qué implicancias para su entorno familiar, escolar o social? Podemos pensar que el modo en que un niño o niña pueda transitar, sobrellevar o subjetivar una problemática dada va a depender en buena medida del modo en que la misma sea alojada, tratada o acompañada. Y en ese punto nos encontramos implicados/as quienes trabajamos con niños/as en el campo de la salud mental.

Subrayamos entonces algunos puntos de convergencia entre el psicoanálisis y el enfoque de Derechos Humanos, con respecto a la infancia: partimos de considerar a los niños y niñas como sujetos (sujetos de derechos que son universales, sujetos con un deseo propio que es

absolutamente singular), pero al mismo tiempo ambas perspectivas coinciden en sostener que la infancia y sus problemáticas presentan cierta especificidad; es decir, que no es lo mismo que cierta problemática se presente en un niño o en un adulto.

Por otro lado, coincidimos en sostener que las problemáticas de Salud Mental en la infancia no son problemáticas del niño/a en tanto individuo, ni del niño/a en tanto organismo (como se pretende desde una concepción biologicista), sino que tales problemáticas implican al niño y a sus entornos familiares, escolares, sociales.

En ese sentido, el abordaje propuesto desde la perspectiva del psicoanálisis implica un trabajo con niños/as en tanto sujetos de deseo, que participan activamente en las respuestas que producen, y por lo tanto se espera que puedan responder de otra manera, encontrar otras respuestas al malestar, que impliquen un menor padecimiento. Cabe mencionar también que desde el psicoanálisis, suponemos también en el niño/a cierta responsabilidad, entendida no en su acepción habitual, en un sentido moral, ni en su sentido jurídico, sino como cierta aptitud para responder, para tomar posición.

El trabajo con niños/as y adolescentes implica también un trabajo con sus entornos, en dirección a favorecer ciertas condiciones que permitan alojar las respuestas singulares, sin la pretensión de eliminarlas o suprimirlas.

## **Problemáticas en la pubertad y en las adolescencias**

Así como proponemos un posicionamiento respecto a pensar las infancias, también sostenemos una perspectiva en relación a la pubertad y a las adolescencias, enmarcada en el psicoanálisis.

Cabe mencionar, en primer lugar, que en la asignatura distinguimos pubertad y adolescencia como dos conceptos diferenciales, en un pasaje que va desde las transformaciones de la pubertad hasta las múltiples respuestas sintomáticas de las adolescencias. Ello nos permite pensar la práctica del acompañamiento terapéutico en cuestiones vinculadas a la sexualidad y al género, a nuevas presentaciones del síntoma en la época, sea por la vía del acto: cortes, auto y hetero-agresiones, impulsiones, anorexia, bulimia, adicciones, bullying, violencia, toxicomanías y alcoholismo, entre otras.

Coincidimos con Stevens (2010) en que hay dos grandes cuestiones en relación a la pubertad y a la adolescencia. Primero, que la adolescencia es el síntoma de la pubertad, hipótesis que trabajan varios autores incluidos en el Programa de la asignatura (Romé y Sosa, 2020). Entonces, en la pubertad se podrían situar los caracteres sexuales secundarios, la imagen del cuerpo que cambia. Mientras que del lado de la adolescencia: la aparición de nuevos síntomas (de allí que se vuelva síntoma – singular- de la pubertad). La segunda cuestión, en consonancia con el punto anterior, es que esos nuevos síntomas de la adolescencia están relacionados a la época, y al modo en que ella imprime una envoltura formal distinta. Pero también por lo que tiene de histórico para un sujeto en particular.

Partir de estas afirmaciones, nos permite pensar en algunas de las problemáticas actuales mencionadas anteriormente: toxicomanías, anorexia, bulimia, fenómenos de violencias en adolescentes, entre otros. Dichos fenómenos se presentan menos vestidos de una estructura formal, significativa. Por el contrario, parecerían extenderse a la vida entera del sujeto como una forma, como un modo de goce organizado por el sujeto.

Otra autora tomada para pensar las problemáticas actuales de púberes y adolescentes es Tizio (2008), quien parte de la tesis según la cual se establece una diferencia entre la adolescencia como categoría social normativa y la pubertad, como momento de cambio real. En relación a la adolescencia, plantea esta categoría tomada por algunas perspectivas desde un eje evolutivo, pero situando manifestaciones importantes a nivel educativo, social (uso de internet, por ejemplo, violencias, *bullying*) y otros fenómenos que merecen una especial consideración. Puesto que como dice Tizio (2008) son síntomas que desde lo social se tratan como *problemas* de la adolescencia. Respecto a la pubertad, la define como un impasse. Coincide con Freud al afirmar que es un momento de la vida donde la aparición de un nuevo quantum pulsional desestabiliza la resolución lograda por el sujeto en la infancia.

¿Cómo pensar dichas problemáticas actuales a la luz de la práctica del acompañamiento terapéutico? A partir de diferentes recursos, la asignatura se propone la consideración de la singularidad del sujeto y el respeto sobre la diversidad de respuestas posibles a un malestar estructural, constitutivo del ser hablante, sin pretender eliminarlas ni adaptarlas en función de un criterio normativo o hegemónico. En otras palabras, sostener una lectura crítica del discurso médico hegemónico que conduce a la patologización de fenómenos frecuentes tanto en las infancias como en las adolescencias.

## Algunas conclusiones

En este capítulo, nos propusimos presentar la perspectiva con la que trabajamos en la asignatura *Problemáticas en salud mental de niños/as y adolescentes*, en el marco de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico de la Facultad de Psicología, UNLP.

En primer lugar, intentamos situar que, dentro del campo de la salud mental, existen diversas disciplinas, con posiciones y perspectivas muy heterogéneas en el modo de concebir los padecimientos de la infancia. Esto es, que al hablar de trastorno, síntoma o padecimiento, estamos haciendo referencia a posicionamientos distintos en torno a la concepción del sujeto y de sus malestares, y sus modalidades de abordaje. Por ende, las futuras prácticas como acompañantes terapéuticos, estarán condicionadas por cierta manera de pensar la problemática que motive el acompañamiento, así como cierta concepción del sujeto niño/a o adolescente, y al modo de abordaje.

En segundo lugar, ubicamos tres grandes perspectivas en la actualidad en torno a las problemáticas en salud mental en niños/as y adolescentes: 1) perspectiva médica y neurobiológica, 2) perspectiva psicoanalítica y 3) perspectiva de la salud mental, con enfoque de Derechos.

Respecto a 1), nos referimos a la perspectiva médica desde un enfoque predominantemente neurobiológico, expresado en los manuales diagnósticos y estadísticos actuales, principalmente el Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM). En cuanto a 2), el psicoanálisis, es una perspectiva que introduce la dimensión subjetiva y singular de niños/as y adolescentes. Y por último 3), la perspectiva de la salud mental, que lee estas problemáticas en clave de Derechos Humanos, y que en nuestro país, está expresada en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010), así como en otras herramientas legales que inscriben nuestra práctica.

Luego de haber situado cada perspectiva, y a modo de ejemplo, situamos una problemática cada vez más frecuente en la actualidad como es el autismo infantil. Vimos cómo, para la psiquiatría, el autismo es un *trastorno*, y la intervención está mayormente ligada a la medicalización. Desde un enfoque de Derechos, el autismo no es considerado un trastorno sino un padecimiento mental, producto de una multicausalidad que implica la interacción de componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Mientras que para el psicoanálisis, el autismo es un funcionamiento subjetivo singular.

En esa línea, subrayamos la idea de que en cada una de las tres perspectivas se sostiene una concepción del padecimiento, solidaria de una idea de la salud o del bienestar y es correlativa de una cierta dirección o finalidad del tratamiento.

En el presente capítulo analizamos, además, las distintas concepciones sobre la infancia para cada una de las perspectivas señaladas. Se podría concluir que la perspectiva del psicoanálisis y la del enfoque de derechos, rescatan al niño/a y al adolescente desde la subjetividad, como sujeto deseante y como sujeto de derechos, respectivamente.

Para finalizar, analizamos las particularidades de la pubertad y la adolescencia desde el marco psicoanalítico, para pensar posibles problemáticas a presentarse en las demandas de acompañamiento terapéutico.

Como mencionamos, creemos que el/la at, en tanto agente del campo de la salud, debe poder pensar dichas problemáticas en niños/as y adolescentes desde una mirada crítica. Ello implica trabajar de una manera interdisciplinaria en distintos dispositivos y contextos, según los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). Por último, y con estas coordenadas, analizar desde estas perspectivas los fenómenos clínicos, políticos y epistémicos que nuestra época imprime.

## Referencias

Ley N° 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Disponible en:

<http://www.mpd.gov.ar/uploads/documentos/Ley%2026657.pdf>

Maleval, J. (2011). *El autista y su voz*. Gredos.



- Romé, M. y Sosa, M. (2020). *Problemáticas en salud mental en niños/as y adolescentes*. Programa de la asignatura, Tecnicatura universitaria de acompañamiento terapéutico. Facultad de Psicología, UNLP. Material de cátedra:  
<https://drive.google.com/file/d/19U22MIKQv7UqZkpCMZipewvVvGJ8nboY/view>
- Ruggieri, V. (2010). Trastornos del espectro autista. En Natalio, Fejerman (Comp.), *Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes*, 197- 221. Paidós.
- Stevens, A. (2001). Nuevos síntomas en la adolescencia. *Lazos*, 4, 16-22. Disponible en:  
<http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Sintomas-delsiglo-XXI/757/Nuevos-sntomas-en-la-adolescencia>.
- Stevens, A. (2019). La adolescencia, síntoma de la pubertad. *Revista Fort- Da*, 13. Disponible en  
<http://www.fort-da.org/fort-da13/stevens.htm>.
- Terzaghi, M. (2011). Preguntas sobre infancia y discapacidad. En Sandra Lea, Katz y Paula Mara, Danel (Comps.), *Hacia una universidad accesible: construcciones colectivas por la discapacidad*, 65- 78. EDULP.
- Tizio, H. (2008). El enigma de la adolescencia. En Marina, Recalde (Comp.), *Púberes y adolescentes. Lecturas lacanianas*, 123- 127. Grama.
- UNICEF (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Comité Español. Disponible en:  
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

## CAPÍTULO 8

# Acompañamiento Terapéutico y clínica de las demencias: de lo general a lo singular

*Nora Cecilia Carbone y Sergio Zanassi*

*Cátedra Problemáticas en Salud Mental de Adultos y Adultos Mayores*

¿Cómo dice yo el que no recuerda,  
cuál es el lugar de su enunciación  
cuando se ha destejido la memoria?

Sylvia Molloy, *Desarticulaciones*

### Introducción

En el presente capítulo se realizará una aproximación a una de las principales expresiones del sufrimiento psíquico que puede ser objeto de la intervención de el/la acompañante terapéutico/a (at): la demencia en el adulto y en el adulto mayor.

Veremos, en primer lugar, las diferencias entre el declive normal -propio del envejecimiento-, el deterioro cognitivo leve y la demencia propiamente dicha. Para ello deberemos, previamente, despejar el concepto básico de *cognición*. En segundo lugar, distinguiremos las nociones de *fragilidad*, *vulnerabilidad* y *dependencia* en adultos/as mayores. Luego nos centraremos en la caracterización clínica general del grupo de las demencias y en las causas en juego, haciendo hincapié en una de sus formas más frecuentes: el Mal de Alzheimer.

Por último, sin descuidar el importante costado deficitario que conllevan estas manifestaciones sintomáticas, no olvidaremos la importancia de situar los aspectos positivos, es decir los recursos subjetivos y las potencialidades que permiten pensar estrategias terapéuticas de acompañamiento.

Consideramos relevante aclarar que, más allá de cualquier afán clasificatorio, pondremos énfasis en el movimiento que va de la generalidad del tipo clínico a la particularidad de la respuesta subjetiva, lo que implica tanto la transmisión de los síntomas representativos de todo el grupo como el apesamiento de lo inclasificable del caso singular. Desde este punto de vista, el capítulo buscará brindar al/la at un *mapa de ruta* para detectar ciertos aspectos generales y otros únicos

de las situaciones clínicas relativas al deterioro cognitivo que se les presenten en su quehacer profesional; paso necesario, creemos, para direccionar sus intervenciones.

## Algunas nociones básicas acerca de la cognición

Para comprender la especificidad de los síntomas de las demencias en su distinción con otras presentaciones clínicas de adultos/as y adultos/as mayores, consideramos que es necesario primero establecer un concepto general: el de *cognición*. Esto es así porque, como veremos, en todas ellas la misma se encuentra, en mayor o menor medida, afectada.

¿A qué llamamos cognición? Es un conjunto de funciones superiores que tienen su asiento en la actividad de la corteza cerebral. Abarca la atención, la memoria, la capacidad visuoespacial, la capacidad visuoconstructiva, el lenguaje y las capacidades ejecutivas. Analicemos brevemente cada una de ellas, siguiendo, para ello, los aportes de Kaplan et al. (2009) en su texto *Los grandes síndromes psiquiátricos*.

Con respecto a la *atención*, podemos definirla como la capacidad de focalizar la actividad mental. Es una función esencial para el desarrollo normal de todas las demás.

Pasemos ahora a la *memoria*, que es la capacidad de obtener, almacenar y recuperar información. Puede ser de corto plazo -que contiene información muy simple y nueva durante un breve lapso, como, por ejemplo, un número de teléfono-, o de largo plazo. Ésta a su vez se divide en memoria reciente y remota, según la información aprendida, conservada y recuperada corresponda a hechos más nuevos o de un pasado más distante.

En cuanto a las *capacidades visuoespacial y visuoconstructiva*, estos autores indican que son las funciones que intervienen en el procesamiento de información visual, como por ejemplo el reconocimiento de rostros, imágenes de objetos, cálculo de la distancia, orientación espacial y la construcción de objetos.

Otro de los aspectos que se incluye en la cognición es el *lenguaje*. Se trata de una función compleja que sirve para vehicular o comunicar los pensamientos. Puede ser verbal o no verbal. Si es verbal, abarca el flujo espontáneo de palabras, la capacidad de denominación -coloquialmente identificada como la capacidad de *encontrar la palabra justa*- y también la capacidad de comprensión, expresión y reproducción de lo que se dice. Cuando la función del lenguaje está perturbada se habla de *afasia*.

Por último, las *capacidades ejecutivas*. Según los autores mencionados, éstas se refieren a las habilidades para planificar y llevar a cabo una tarea, evaluando resultados y corrigiendo errores sobre la marcha. Para ello se requiere poder establecer secuencias en el tiempo, hacer cálculos, cambiar el foco de atención, formular ideas abstractas.

A estos dominios cognitivos, Kaplan et al. (2009) agregan otras dos funciones relacionadas: las *praxias* y las *gnosias*. Las primeras corresponden a la capacidad para llevar a cabo movimientos voluntarios de manera coordinada (por ejemplo, atarse los cordones de los zapatos, abrocharse los botones de la camisa). Cuando está alterada, se llama *dispraxia*, y si está abolida,

*apraxia*. Las segundas, se relacionan con la capacidad para reconocer un objeto o su significado por sus características y su perturbación se denomina *agnosia*.

## Declive normal, deterioro cognitivo leve y demencia

Habiendo ya precisado el concepto general de cognición, estamos en condiciones de ver las distintas situaciones en las que la misma puede hallarse comprometida en los adultos/as y adultos/as mayores y, también, de qué maneras lo hace.

Es sabido que el proceso de envejecimiento normal acarrea modificaciones físicas, neurológicas y psicológicas. Como señalan Allegri et al. (2015), se constata, por ejemplo, “una disminución de la velocidad de procesamiento de la información, cambios sensoriales y perceptivos, cambios en la personalidad y cambios en la capacidad de aprendizaje y en los sistemas de memoria” (p. 28). En la normalidad, dichas modificaciones suelen ser progresivas, lentas y más o menos silenciosas, a tal punto que sólo son advertidas por el individuo o por su entorno con el transcurso del tiempo.

Desde el punto de vista psicológico, el declive de las funciones cognitivas puede ser considerado como una consecuencia normal del envejecimiento, pero también puede indicar la aparición de los primeros indicios del avance de un proceso neurodegenerativo asociado a la demencia. De allí que el deterioro sea considerado como una *continuidad* cognitiva que va desde el envejecimiento normal, pasando por el deterioro cognitivo leve, hasta llegar a procesos neurodegenerativos graves como la enfermedad de Alzheimer. En consecuencia, cuando hablamos de deterioro cognitivo hay que tener en cuenta que no se trata de una enfermedad específica, sino de un síndrome, es decir, de un conjunto de signos y síntomas, heterogéneo tanto desde el punto de vista clínico como etiológico.

Esto es importante para no confundir el declive propio del envejecimiento normal con lo que se llama el deterioro cognitivo leve, o con los estadios iniciales de la demencia. Por supuesto que el diagnóstico diferencial es a veces muy difícil, pero podemos delinear algunas distinciones entre ambos.

En el declive propio del envejecimiento normal lo más común es un enlentecimiento en el procesamiento de información y en las capacidades ejecutivas, con detrimento leve de la memoria -sobre todo la reciente-. Se encuadra dentro de este grupo a los mayores de 50 años, que se quejan de olvidos de aparición gradual, pero que tienen un funcionamiento cognitivo normal en el resto de las áreas. Esos olvidos, llamados olvidos benignos, son normales para la edad, aunque representan un desvío estándar en relación a individuos más jóvenes. Por otra parte, son personas que no cumplen los criterios que veremos luego para el diagnóstico de demencia y que no tienen antecedentes de patología cerebrovascular, trastornos neurológicos, traumatismo de cráneo, trastornos depresivos, ni están en tratamiento con drogas que puedan afectar la cognición. En general, no tienen mayor riesgo de evolucionar hacia una demencia (Allegri et al., 2015).

El *deterioro cognitivo leve*, en cambio, supone ya un proceso patológico con signos más claros: en primer lugar, se corrobora una pérdida de la memoria o de otra función cognitiva -tanto en las evaluaciones cognitivas como en la información aportada por el entorno-; en segundo lugar, el paciente se queja de ello, tiene registro de lo que le pasa; y, por último, no se registra interferencia importante en las actividades. Este tipo de deterioro podría ser considerado como una etapa intermedia entre la normalidad y la demencia ya que, si bien las personas que lo padecen efectivamente presentan fallas cognitivas y/o de memoria, las mismas no son de magnitud tal como para ser diagnosticadas como demencia. Aunque sí podrían evolucionar hacia ella, con lo cual no dejan de ser pacientes de riesgo (Allegri et al., 2015).

Con respecto a las *demencias* propiamente dichas, que estudiaremos en detalle más adelante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) las define así:

La demencia (F00–F03) es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las que se cuentan la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se halla obnubilada. Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan, y a menudo son precedidos, por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación (1992, p. 298).

Como veremos, el grupo abarca una serie de trastornos, siempre adquiridos, que comparten ciertas características genéricas y otras no, y que se diferencian en base a su etiología (que será distinta en cada uno de ellos, pero necesariamente orgánica en todos).

En cualquier caso, para detectar la demencia y distinguirla de otras presentaciones clínicas, se requiere de una operación diagnóstica sensible y compleja, en la que participe un equipo interdisciplinario. El examen debe incluir una anamnesis completa, un estudio neurológico, una exploración neuro-cognitiva, una evaluación psiquiátrica, estudios de laboratorio, estudios por imágenes, y, en ocasiones, análisis de biomarcadores de patología molecular y genética. Más allá de que el diagnóstico es fundamentalmente médico y psiquiátrico, el aporte de el/la at puede ser de mucha importancia en lo que atañe al funcionamiento del enfermo en sus actividades cotidianas, lo que lo convierte en una pieza clave para la apreciación justa del caso. Esta valoración es crucial no sólo para el diagnóstico sino también para determinar la pertinencia de la intervención de el/la at. Este deberá evaluar, de acuerdo al momento subjetivo del paciente y la evolución de la enfermedad, si la misma corresponde o no. Así, por ejemplo, si el cuadro de deterioro se encuentra en una etapa muy avanzada, quizá no esté indicado un Acompañamiento Terapéutico (AT) sino otro tipo de asistencia. Tener en cuenta estos aspectos es fundamental ya que, de lo contrario, el/la at corre el riesgo de transformarse en un mero cuidador.

## Fragilidad, vulnerabilidad y dependencia

Antes de comenzar con la clínica específica de las demencias, veremos tres conceptos ligados al proceso de envejecimiento que constituyen factores de riesgo de padecer, entre otras, estas enfermedades neurodegenerativas, y que están relacionados entre sí: *fragilidad*, *vulnerabilidad* y *dependencia*.

¿En qué consisten? Con respecto a la llamada *fragilidad* hay que decir que es un término bastante difícil de precisar ya que existen diferentes criterios para referirse a él. Así, por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2011) ha definido como adultos/as mayores frágiles a quienes padecen o están en riesgo de presentar los llamados *Gigantes de la Geriatría*: la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia y el deterioro intelectual. Por otra parte, muchos estudiosos del tema coinciden en pensar la fragilidad como un estado que se caracteriza por el deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo expone a posibles daños y altera su capacidad de respuesta al estrés. El mismo se asocia a una pérdida de la vitalidad y a un conjunto de síntomas más bien inespecíficos: la disminución inexplicable de peso corporal, la fatiga, la anorexia, la lentitud en la marcha, la inactividad física. Tales manifestaciones son correlativas a otras características subyacentes, como la sarcopenia, la osteopenia<sup>9</sup>, la malnutrición, la disminución de la fuerza. Las consecuencias de dicho estado pueden volver a la persona mayor *vulnerable* a una serie de situaciones adversas, como las caídas, la incontinencia, la demencia, la presentación atípica de enfermedades, las alteraciones en la respuesta a los fármacos, la agudización de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de presentar enfermedades agudas y finalmente la muerte. Como aumenta el riesgo de incapacidad, puede dar lugar a la *dependencia* (véase Urtubey y Moreira, este volumen). Con respecto a esta última noción, se considera dependiente a aquella persona que necesita ayuda o supervisión para realizar las actividades de la vida diaria, lo que suele relacionarse con la mortalidad a corto plazo o con la probabilidad de institucionalización (OPS, 2011). Dicho concepto es central ya que es precisamente la razón por la cual muchas veces se requiere del acompañamiento terapéutico para asistir a los pacientes que la padecen.

De acuerdo a esta Organización, es importante tener en cuenta que hablar de fragilidad supone contemplar no sólo factores de tipo orgánico. Existen también otros componentes que vuelven frágil a un/a adulto/a mayor, tales como los estados depresivos o de ansiedad. Asimismo, el aislamiento, la escasez de redes sociales de apoyo, y la falta de pareja o familia son marcadores de fragilidad. Por otra parte, debe agregarse que, si bien el síndrome de fragilidad se asocia al envejecimiento, es diferente de él. Esto quiere decir que no todos los/las adultos/as mayores son frágiles y que puede haber fragilidad en otros rangos etarios más allá de la vejez.

---

<sup>9</sup> En el lenguaje médico, se utiliza el término *osteopenia* para referirse a una afección por la que la masa ósea o densidad mineral ósea es más baja que la normal. Asimismo, se da el nombre de *sarcopenia* a la pérdida de la masa, la fuerza y el funcionamiento de los músculos, lo que es muy común en las personas mayores.

## Las demencias: generalidades clínicas del grupo

Como lo señalan Kaplan et al. (2009), “la demencia debe entenderse como un síndrome que comprende un conjunto de síntomas y signos que definen una situación clínica detrás de la cual existen causas que deben identificarse” (p. 109). Esto quiere decir que puede obedecer a etiologías diferentes: en ciertos casos, como en el Mal de Alzheimer, la alteración afecta predominantemente el lóbulo temporal; en otros, como la Enfermedad de Pick, se trata de una degeneración del lóbulo frontal. En la Enfermedad de Huntington, por ejemplo, subyace una degeneración de predominio subcortical. También existen las demencias de tipo vascular, y otras debidas a causas hereditarias, traumáticas, tóxicas (la más frecuente es la secundaria al alcoholismo), infecciosas, tumorales, metabólicas, autoinmunes. Todas ellas tienen varios rasgos clínicos comunes y otros diferentes, de acuerdo a la particularidad de la causa en juego, ya que los signos de deterioro cognitivo siguen patrones especiales en función de la zona cerebral afectada. Veremos ahora los aspectos generales, comunes a todo el grupo.

Según estos autores, uno de los criterios para establecer el diagnóstico de demencia es que el paciente presente alteración en la memoria y en algún otro dominio cognitivo de los referidos anteriormente. Ahora bien, aunque “la pérdida de la memoria es una constante en casi todas las demencias (particularmente en el Alzheimer) y un requisito para su diagnóstico” (Kaplan et al., 2009, p. 110), debe señalarse que hay algunas demencias -como la frontotemporal y ciertas demencias vasculares- en las que la memoria puede estar conservada en etapas iniciales. Por esta razón, algunos especialistas en el tema proponen que el diagnóstico de demencia pueda hacerse también si se constata un deterioro en tres dominios cognitivos cualesquiera, o en dos dominios cognitivos cualesquiera con el agregado de cambios en la personalidad.

Por otra parte, para saber si estamos frente a un caso de demencia, debe corroborarse que los síntomas acarreen dificultades en la vida laboral, social o familiar del enfermo. Esto es lo que en la psiquiatría actual se llama criterio de *significación clínica*, y muchas veces sólo puede apreciarse a partir de las referencias aportadas por terceros. En este punto, como decíamos, la contribución de el/la at en el equipo interdisciplinario es capital, ya que el trato asiduo con el paciente le permite conocer de cerca los aspectos que más se encuentran afectados en él, el modo cómo interfieren en su desempeño diario y su evolución a lo largo del tiempo.

Otra cuestión a considerar es que el trastorno debe ser *adquirido*, tal como se desprende de la variedad de causas que hemos señalado. Tratándose de un grupo de trastornos neurodegenerativos, se supone la acción de una noxa que interviene a partir de un momento dado, produciendo el daño cerebral. Kaplan et al. (2009) advierten que esta premisa es importante para diferenciar la demencia de la oligofrenia, situación que, si bien no es habitual, debe tenerse en cuenta cuando se evalúa a un paciente que no se conocía previamente y no hay ningún familiar a quien se pueda preguntar al respecto.

Asimismo, el trastorno cognitivo y funcional debe ser *persistente* y *permanente*. En algunas formas puede mantenerse estable por largos períodos, pero es irreversible. Este criterio sirve para diferenciarlas de otros cuadros de deterioro cognitivo conductual que pueden revertir con el

tratamiento adecuado, como sucede con aquellos debidos a depresión, a un déficit de vitamina B12 o a hipercalcemia, por citar sólo algunos ejemplos.

Por último, cabe añadir que, además de los signos de deterioro cognitivo, el grupo de las demencias presenta manifestaciones clínicas de tipo emocional o afectivo, que pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad. Los fenómenos más comunes son la depresión/ansiedad, la apatía, la irritabilidad, la desinhibición, la agitación, la alteración del ciclo sueño-vigilia, las conductas repetitivas y sin objeto, la agresividad verbal o física, el descuido de la higiene personal, el vagabundo. De la misma manera, pueden constatarse síntomas psicóticos, como alucinaciones -tardías y predominantemente visuales- e ideas delirantes.

Si bien, como señalamos, existen varias formas de demencia, en el presente capítulo hemos decidido ahondar específicamente en una de ellas, el llamado Mal de Alzheimer, ya que es la de presentación más habitual. Dejaremos para otra oportunidad el abordaje de otras variedades menos frecuentes, como la Enfermedad de Pick, la Demencia vascular o la Demencia por cuerpos de Lewy.

## El Mal de Alzheimer

La llamada enfermedad o Mal de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en las personas mayores. Desde el punto de vista estadístico, entre el 50 y el 60% de los casos de demencia corresponden a esta patología, la cual es, además, ligeramente más común en mujeres que en hombres. Se trata de un proceso mórbido neurodegenerativo que produce una demencia progresiva de tipo cortical. Dicho proceso se debe a la metabolización anómala de una proteína neuronal, que se acumula en el espacio extracelular, provocando inflamación y luego lesiones en distintas partes de la corteza cerebral. Al comienzo, esas lesiones se circunscriben a las áreas corticales relacionadas con la memoria y el aprendizaje, pero a medida que la enfermedad avanza, se diseminan por toda la corteza cerebral. Paralelamente a la extensión progresiva de esas modificaciones cerebrales, se agrava el cuadro clínico, que va afectando cada vez más áreas cognitivas y de la conducta.

Como el lector habrá notado, las causas enumeradas son orgánicas, pues este es un caso de enfermedad mental en el que sí se cumple el denominado *paralelismo psicofísico*, en la medida en que está en juego una etiología orgánica comprobable desde el punto de vista anatómico-patológico. No obstante, en la práctica no es habitual solicitar biopsias cerebrales para confirmarla, sino que el diagnóstico es básicamente clínico, es decir, realizado a partir de la presencia de un determinado grupo de síntomas, que siguen una evolución particular. Para establecerlos, nos guiaremos por las pautas del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que nos brinda -más allá de ciertas críticas que podrían formularse- una descripción cabal y detallada del cuadro.

Antes de adentrarnos en ella, cabe aclarar que, como todo manual de corte estadístico, el DSM nos provee una caracterización de tipo general. El *para todos* que lo vertebra hace que se



eludan los aspectos más singulares que hacen que cada paciente sea único (véase Roberts, Abdala Grillo y Silveira, este volumen). En tal sentido, ofrece un mapeo útil para detectar la enfermedad, pero no nos dice nada acerca de un enfermo en particular. Será tarea del/la at, aprender a valerse de ese saber de lo universal y, a la vez, poder encontrar, como un hilo que comande las intervenciones, aquello que imprime a cada sujeto con demencia un sello impar. Volveremos sobre esto más adelante.

Según el DSM-IV (1994), para discernir si estamos frente a un caso de Mal de Alzheimer es necesario que se cumplan los siguientes criterios: en primer lugar, la presencia de varios déficits cognitivos. Esto incluye, necesariamente, el deterioro de la memoria y, además, una o más de las alteraciones cognitivas que marcamos al comienzo: afasia, apraxia, agnosia, alteración de la capacidad ejecutiva. Veamos cada uno de estos déficits en profundidad:

Con respecto a la memoria, que, como dijimos, es la función que siempre está comprometida, debe constatarse un déficit para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente. Así, los/las enfermos/as pueden olvidar al comienzo dónde han dejado sus objetos personales o perderse en lugares que no les son muy conocidos y luego, en “las formas avanzadas, el deterioro de la memoria es tan intenso, que el sujeto olvida su ocupación, el grado de escolarización, los aniversarios, los familiares o, en ocasiones, incluso su propio nombre” (APA, 1994, p.140).

Entre los demás déficits -de los cuales, como dijimos, se exige la presencia de al menos uno- puede encontrarse la alteración del lenguaje o *afasia*. En este caso aparecen, por ejemplo, dificultades en la pronunciación de nombres de personas y objetos. También el lenguaje “puede ser vago o vacío, con largos circunloquios y uso de términos de referencia indefinida como «cosa» y «ello»” (APA, 1994, p. 140) cuando no se encuentra la *palabra justa* para denominar algo. El trastorno puede afectar tanto la expresión como la comprensión del lenguaje y, en las fases avanzadas de demencia, los enfermos pueden “enmudecer o presentar un patrón de lenguaje deteriorado, caracterizado por ecolalia (p. ej., repetir lo que oye) o palilalia (p. ej., repetir sonidos o palabras una y otra vez)” (APA, 1994, p. 140).

En muchos casos, se evidencia la presencia de *apraxias*, es decir, un deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta. Tal como lo especifica la APA, el/la enfermo/a tiene dificultades para usar el peine, para abotonarse de la ropa o para atarse los cordones del calzado; también para ejecutar actos motores conocidos como levantar la mano para saludar, cocinar, dibujar.

En cuanto a las *agnosias*, que también pueden aparecer, se trata, como vimos, de una falla en el reconocimiento o identificación de objetos, aunque la función sensorial está conservada. Por ejemplo, la persona podría conservar intacta su visión, pero no así su capacidad de reconocer objetos habituales, familiares o su propia imagen corporal. Su sensación táctil podría estar indemne pero no así su capacidad de identificar objetos usuales a través del tacto, como ser la perilla de una puerta. (APA, 1994).

Por último, otro déficit que suele corroborarse afecta a la *capacidad de ejecución*, que “implica la capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo” (APA, 1994, p. 141).

Tomando ahora en cuenta el criterio de *significación clínica* al que ya hemos hecho referencia, el DSM indica que los déficits mencionados deben provocar un deterioro significativo de la actividad laboral o social, que represente una merma importante del nivel previo de actividad que mantenía la persona. Es el caso, por ejemplo, de un contador que tiene dificultades en hacer balances o de un ama de casa que no puede hacer una comida porque no recuerda la receta.

Otro criterio diagnóstico capital es el *curso* del cuadro clínico, que se caracteriza por un inicio *gradual* y un deterioro cognoscitivo *continuo*. Esto es importante para realizar el diagnóstico diferencial con otros cuadros, que presentan manifestaciones similares pero que tienen una evolución distinta, tal como sucede en el llamado *delirium*. La característica principal de este último consiste en una “alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia” (APA, 1994, p. 130). A diferencia del Alzheimer, aquí la alteración se desarrolla de manera aguda a lo largo de un breve período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. Las manifestaciones más típicas son la disminución de la capacidad de atención al entorno, la pérdida o disminución temporal de la memoria reciente, la desorientación temporo-espacial y ciertas perturbaciones de la percepción, como las interpretaciones erróneas, las ilusiones o las alucinaciones visuales. También hay alteraciones del lenguaje: dificultad para nombrar objetos, lenguaje vago e irrelevante o caudaloso e incoherente. Si bien los déficits -en particular el de la memoria- están presentes en ambos cuadros, en la demencia el sujeto está vigil y no tiene la alteración de la conciencia característica del *delirium*. Por otra parte, el *delirium* obedece a un orden causal distinto del que se constata en el Alzheimer. En efecto, la anamnesis, el examen físico y los estudios de laboratorio demuestran que generalmente se debe a efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a intoxicaciones o abstinencia de sustancias, al consumo de medicamentos o bien a una combinación de estos factores.

Lo anteriormente explicitado es importante porque de allí se desprende un nuevo criterio diagnóstico establecido por el DSM: para hablar de demencia, los déficits no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de un *delirium*. No obstante, no hay que olvidar que el *delirium* puede sobreañadirse a la demencia.

Por último, el manual prevé algunas otras especificaciones, como el inicio temprano (a los 65 años o antes) o tardío (después de los 65 años), la presentación de ideas delirantes, de estado de ánimo depresivo o de alteraciones del comportamiento (como, por ejemplo, el vagabundeo).

Hasta aquí, las características más relevantes que componen esta forma clínica del padecimiento, tal como las plantea una de las corrientes actuales del pensamiento psiquiátrico. Conocerlas es necesario, pues hacen las veces de tabla de orientación para no andar a ciegas en aspectos generales. Sin embargo, no es suficiente, en la medida en que allí se soslayan otras aristas de interés, que situaremos a continuación.

## Aspectos positivos en la vejez y en las demencias: recursos subjetivos

Lo desarrollado anteriormente sobre el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y las demencias, puede dejar un sabor amargo al lector. En efecto, nos hemos enfocado en una perspectiva que podría llamarse *deficitaria* de el/la adulto/a y de el/la adulto/a mayor. Es por ello que quisiéramos, en este punto, introducir algunos aspectos positivos que convendría tener presentes. Al respecto, nos parece interesante retomar la propuesta que hacen Claudia Arias y Ricardo Iacub en su artículo *Aspectos positivos en la investigación e intervención con personas mayores*, donde mencionan que la mirada positiva sobre la vejez “no implica de ningún modo negar los déficits o deterioros, sino identificar recursos y potencialidades desde los cuales trabajar, aún en casos donde se presentan mayores niveles de patología” (Arias y Iacub, 2015, p. 4). Los/as autores/as hacen allí referencia a ciertos dispositivos de abordaje en ámbitos clínicos que “en lugar de apuntar a disminuir el daño, la patología o el sufrimiento se han enfocado específicamente en potenciar lo positivo (...), (incluyendo) múltiples propuestas de talleres, cursos y actividades que apuntan a potenciar los recursos y promover el desarrollo” (Arias y Iacub, 2015, p. 7).

Consideramos crucial -a la hora de intervenir con estos pacientes- que el at sostenga este punto de vista, así como que sea capaz de liberarse de ciertos prejuicios sociales, como aquellos que afirman que las personas con demencia ya no son capaces de hacer nada por sí mismas. En este sentido, si “la mirada positiva supone la presencia de recursos y fortalezas en todas las personas mayores, incluso en aquellas que presentan los mayores niveles de deterioro en alguna o en varias áreas” (Arias y Iacub, 2015, p. 2), eso implica aprender a captarlos y promover su despliegue. Sin desconocer aquellos aspectos en donde la cognición falla, habrá que intentar ir a favor de ese capital subjetivo que es, por supuesto, singular. De lo contrario el/la at correrá el riesgo de caer en un asistencialismo puro, que sólo profundizará la dependencia y que resultará, consecuentemente, iatrogénico.

Es por ello que, a la hora de plantearse los objetivos del Acompañamiento Terapéutico (AT) con una persona con demencia, lo primero y de importancia vital será escuchar cuáles son las demandas del sujeto, sus posibilidades, por dónde circula su deseo, y establecer un lazo en donde eso sea alojado. Esto quiere decir que la evaluación y el manejo de los recursos yoicos y subjetivos nunca podrán ser ajenos a la instauración de un vínculo transferencial. Sólo a partir de allí se podrán proponer luego, por ejemplo, actividades de estimulación cognitiva para enlentecer el deterioro, para potenciar las funciones conservadas y otras que incentiven la integración social y la construcción de redes. Además, no debe perderse de vista que la evolución de los cuadros clínicos demenciales va a exigir, de parte de el/la at, una periódica redefinición del abordaje. No es lo mismo acompañar a un sujeto que está en la fase inicial de su proceso demencial que hacerlo cuando la enfermedad está avanzada. No sólo sus potencialidades y sus limitaciones funcionales cambiarán conforme se desarrolla el proceso, sino que la relación con su deseo también estará sometida a movimientos a los que hay que prestar atención. Como decíamos

anteriormente, si la enfermedad se encuentra en una fase de sintomatología muy marcada, habrá que ver si es conveniente un/a at o si se necesita más bien de un cuidador. La flexibilidad para seguir esa dinámica será fundamental, entre otras cosas, para calibrar lo que se puede esperar en cada etapa, evitando así exponer al paciente a situaciones de riesgo o a un incremento de su padecimiento subjetivo.

Podemos ilustrar este pasaje con un comentario sobre una película que narra los avatares de una mujer que padece Mal de Alzheimer de inicio temprano. Nos referimos a *Siempre Alice* (Glatzer y Westmoreland, 2014), cuya protagonista presenta los signos inequívocos de esa enfermedad: pierde paulatinamente el recuerdo de situaciones recientes, se desorienta en la calle y, habiendo sido una eximia disertante y lingüista -esa era su profesión- no encuentra las palabras justas para expresarse. Hasta allí, todo encaja con la descripción del funesto diagnóstico que, por supuesto, no tarda en llegar. Sin embargo, el film bucea en la subjetividad de la enferma y se centra en su posición frente a lo que le toca sobrellevar y en cómo la misma es complementada por quien la acompaña. La vemos entonces hacer un esfuerzo por mantener esa memoria que le resulta esquivada, pegando papeles con recordatorios de palabras y nombres por toda la casa y haciendo ejercicios con una aplicación de su celular. La vemos también, en la fase incipiente de su proceso de deterioro, aceptar una invitación como oradora ante una Asociación sobre Mal de Alzheimer. Para ayudarse, escribe el texto, lo subraya a medida que lo relee a fin de evitar perderse en el renglón, y lo ensaya junto a su hija, quien, como veremos, resultará un personaje central en el acompañamiento de su madre enferma. El contenido de lo escrito por ésta la sorprende: en la preparación de su discurso, Alice se ha explayado sólo en cuestiones médicas. Habla de neuronas, tratamientos, pronósticos. La intervención de su hija no se deja esperar: “muy científico, ¿no?”, le suelta, para luego sugerirle que escriba “algo más personal”. Los efectos de ese comentario, dúctil a las trazas de la dimensión subjetiva, se dejan escuchar en la conmovedora alocución que finalmente Alice lee ante el público. Allí, nos transmite, en primera persona, lo que es para ella “aprender el arte de perder”. Repasa uno a uno los extravíos que la aquejan y apela a “ser tomada en serio”, a pesar de sus crecientes dificultades: “nuestra enfermedad no es lo que somos”, declara con firmeza, mostrando con mucha lucidez la brecha que existe entre el organismo y el sujeto. Habla entonces de las cosas que aún quiere hacer, de su lucha por “seguir en contacto” y hace un chiste sobre su limitación, como un ejemplo vivo de lo que es el sujeto del inconsciente, que se expresa a través de sus formaciones. Sabe que, aunque pronto lo olvide, ese momento de tomar la palabra la humaniza y, como dice, “significa un mundo” para ella.

En un tramo posterior de la película, nos encontramos a Alice ya sumida en las profundas tinieblas de su deterioro cognitivo. Casi no habla y requiere de asistencia para los quehaceres más simples de su vida. La acompaña, nuevamente, su hija Lydia, que otrora había mantenido una relación difícil con la madre, pero que ahora se ha hecho cargo de su cuidado. Lo que puede hacer con ella ya no es mucho -¿o sí?-. Llevarla a pasear y leerle en voz alta fragmentos de obras de teatro. En una de esas lecturas, da una vez más en el blanco al otorgarle la palabra y preguntarle: “¿te gustó?, ¿de qué se trata?”. La respuesta de Alice, que balbucea un solo vocablo, no apunta al contenido de lo que acaba de escuchar, y que seguramente no comprendió del todo, sino que resume el vínculo que las une.

No expresaremos aquí qué es lo que dijo; sólo destacaremos que, en esa única palabra final, posibilitada por el lazo que esa hija supo sostener, apareció, por última vez el sujeto. Podría decirse que Lydia tomó el lugar que bien podría corresponder a un/a at y que, parafraseando a Lacan “supo llevar(a) de la mano, sin dejar(a) caer” (Lacan, 2006, p.136).

## A modo de conclusión

Lo expuesto en el presente escrito ha permitido poner en tensión dos aspectos diferentes del campo psicopatológico de las demencias: uno de ellos es de índole general y corresponde a la caracterización fenomenológica del cuadro, para la cual resulta insoslayable el aporte de la psiquiatría. El otro, que escapa a cualquier saber válido para *todos* los casos, apunta a la singularidad de la respuesta subjetiva, que hace único e irrepetible a cada uno, tanto en el modo de sufrir como en los intentos de hacer algo con ello. Es importante que el/la at se haga soporte de dicha tensión para que, sin ignorar los rasgos clínicos y los determinantes orgánicos de esta patología, sepa hacer lugar a la dimensión más específicamente humana, aquella que nos enseña que el ser hablante nunca se reduce al funcionamiento -normal o patológico- del cerebro. Se tratará entonces, un poco a la manera de la hija de Alice, la protagonista de la película, de tomar en cuenta las pérdidas, sin renegar de ellas, pero también de amparar y alentar las posibilidades más individuales, que tornan al/la enfermo/a en un ser único.

## Referencias

- Allegri, R., Roqué, M., Bartoloni, L., y Rubin, R.K. (2015). *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario*. Ministerio de Desarrollo Social.
- Arias, C.J., y Iacub, R. (2015). Aspectos positivos en la investigación e intervención con personas mayores. *Revista Kairós Gerontología*, 18(20), 1-13.
- Asociación de Psiquiatría Americana (1994). Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. En *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp.129-170). Editorial Masson.
- Glatzer, R. y Westmoreland, W. (2014). *Siempre Alice*: Killer FilmsBackup Media, Big Indie Pictures y BSM Studio.
- Kaplan, R; Jáuregui, J. y Rubin, R. (2009). *Los grandes síndromes geriátricos*. Edimed.
- Lacan, J. (2006). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 10: La angustia* (1962-1963). Paidós.
- Molloy, S. (2010). *Desarticulaciones*. Eterna Cadencia Editora.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. MEDITOR.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *La salud de los adultos mayores. Una visión compartida*. OPC.

## CAPÍTULO 9

# Sobre lecturas y escrituras. Intervenciones de los/as acompañantes terapéuticos en los espacios educativos

*Pilar Cardinal y Mercedes Rocío de la Mata*

*Cátedra Intervenciones en espacios educativos*

### Introducción

Este escrito nace de las reflexiones sostenidas en la construcción y la puesta en marcha de la materia *Intervenciones en espacios educativos*, correspondiente al tercer año de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (AT) de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). La asignatura se orienta a pensar el abordaje de los/as acompañantes terapéuticos (at) en los ámbitos en donde son convocados a ejercer su función con niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos/as que, desde la mirada institucional, presentan dificultades para ocupar el lugar de estudiantes, de alumnos/as.

¿Qué lugar cumple el AT en dichos espacios? ¿Cuáles son las particularidades que le imprime al abordaje, el encuentro con las instituciones educativas? ¿Qué función se sostiene allí? ¿Cuáles son sus posibles intervenciones? Estas son algunas de las preguntas que despliega la propuesta curricular de la materia, y que intentaremos, a través del desarrollo de este texto, compartir con ustedes, invitándoles a sumarse a la reflexión.

### ¿Qué propone la tecnicatura? El lugar del AT en relación a la Salud Mental

La carrera de Tecnicatura Universitaria en AT de la Facultad de Psicología de la UNLP se implementó como primera experiencia en la ciudad de Chivilcoy (Pcia. de Buenos Aires.) articulando demandas sociales presentes en dicha población.

Podríamos decir que, de este buen encuentro, se formaliza su plan de estudios que logra recortar conceptual y técnicamente una caracterización y definición del Acompañamiento

Terapéutico (AT). Esta operación brinda un marco epistémico desde el cual se gesta la propuesta de nuestra cátedra.

Sostenido dentro de los principios de los Derechos Humanos, el campo de la Medicina Social y Comunitaria y de la Salud Mental, el plan de estudios define el lugar del/la at como:

(...) un agente del campo de la salud, cuya función es asistir y acompañar a personas con padecimientos mentales y físicos, o en situaciones marcadas de vulnerabilización psicosocial, en la construcción y/o recuperación de aquellos recursos subjetivos necesarios y potenciadores de su autonomía para la vida en comunidad (Plan de estudios de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico UNLP, 2018. p. 6).

Este lugar, que tomará el/la at, está descrito como un espacio “entre el paciente y el contexto” (Plan de estudios de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico UNLP, 2018, p.8), encarnado por la familia, la escuela, los pares, el equipo interdisciplinario, la comunidad. Campo que, mediante las intervenciones específicas, posibilitará que se transiten malestares, se construyan nuevos modos de resolución ante situaciones de conflicto y se habiliten lazos sociales.

En este escenario, la formación se propone como una herramienta de importancia, al momento de llevar adelante los principios y fundamentos planteados por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, vigente en nuestro país desde el año 2010. Si bien ese instrumento legal no hace referencia específicamente a los espacios educativos, consideramos que la posibilidad de ingreso de sujetos que antes quedaban por fuera del circuito escolar común, condice con el espíritu de dicha ley. De este modo, se vuelve primordial a la hora de abordar espacios educativos, la incorporación de los/as at, configurando un campo específico de intervenciones, en el que se producen entrecruzamientos entre salud y educación.

## **Intervenciones en espacios educativos: ¿qué propone la Cátedra?**

La presencia de los/as at en espacios educativos, se presenta con una tendencia creciente y cada vez más pronunciada, invitando a conformar y construir saberes con un mayor requerimiento social. En la actualidad y en las escuelas (por nombrar uno de los espacios posibles), la presencia de los/as at se ha convertido en una herramienta instituida y de relevancia para niños, niñas, adolescentes y adultos/as con diversos modos de padecimientos subjetivos y físicos. Esto fue habilitando un campo de inserción donde es habitual que equipos de salud, directivos, docentes o familias soliciten la inclusión de at en todos los niveles: inicial, primario, secundario, terciario o universitario. Estas demandas exigen también que la formación de los/as at adquiera otro *espesor conceptual*, preparándose para afrontar estos nuevos requerimientos, desde una posición clínica, que como tal, implica una ética que hace eje en lo singular.

Es necesario, entonces, orientarnos hacia los encuentros, entrecruzamientos y fronteras que se configuran entre el campo de la educación, con sus instituciones representativas, y el campo de la salud. Así, la perspectiva interdisciplinaria decanta de la complejidad de las prácticas sociales actuales, entre las cuales se encuentra el AT.

En este escenario, que se irá configurando cada vez, los/as at deberán contar con herramientas técnico profesionales para diseñar y poner en marcha las intervenciones que la situación de cada niño, niña, joven o adulto/a amerite. Para ello, necesitará valerse de recursos conceptuales y clínicos que les permitan producir lecturas que, desde la perspectiva de la complejidad, no reduzcan su intervención al sujeto a acompañar, sino que puedan producir inferencias acerca de las representaciones en juego en los espacios educativos, las demandas y pedidos que allí se producen, el lugar de las familias, así como también, el propio posicionamiento profesional. El trabajo cobrará sentido y dirección en y desde estas tensiones.

Es importante mencionar en este punto, que los espacios educativos en los que se desempeñan los/as at, conformes a las normativas vigentes, reciben niños, niñas, jóvenes y adultos/as que en otro momento socio histórico habrían sido abordados en instituciones de modalidad especial, accediendo en la actualidad a completar trayectorias educativas que implican estudios universitarios. Niños, niñas y jóvenes que en su recorrido de salud y terapéutico han recibido diagnósticos, sostenidos en clasificaciones internacionales (Clasificación Internacional de enfermedades, décima edición -CIE-10-, Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales, cuarta o quinta edición -DSM IV o V-), tales como Trastorno del Espectro Autista (TEA), Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), entre otros.

La orientación de la asignatura, desde una perspectiva psicoanalítica y con los aportes de la pedagogía social, invita al tratamiento de los saberes propios del campo del AT, para que la práctica pueda ser cuestionada. En un mismo movimiento, la teoría será conmocionada para poder anudar experiencias en la clínica, sostenidas por un entramado diverso de conocimientos, reflexiones, que hacen pie en una ética de trabajo.

## **Claves de lectura para comprender la actualidad de los espacios educativos**

En el contexto de este escrito, vamos a hacer un recorte del campo de praxis, a fin de profundizar conceptualmente en las intervenciones en instituciones escolares.

Si consideramos el surgimiento de la escuela caracterizándola como un dispositivo propio de la modernidad, resignificamos la gran demanda que en la actualidad pesa a los/as at en cuanto a su inserción en dicha institución.

En esa línea de visibilización, es importante cuestionar a las instituciones educativas como algo *natural*. Todos/as nosotros/as de alguna u otra manera conocemos la escuela, como alumnos/as, trabajadores, padres, madres, como abuelos/as, sin embargo es necesario subrayar que



se trata de una *tecnología social* con un surgimiento fechable en la historia. Y ello es importante porque su marca de origen sigue vigente en la actualidad, con sus efectos.

Tomando palabras de Meirieu (2016) y respecto del surgimiento de dicha institución “la escuela no es un modo de formación entre otros, está concebida, de entrada, como el único” (p.14); por lo que podemos ir aproximándonos a la idea de pensar por qué es tan elevado el número de pedidos que llegan a los/as at para intervenciones en esas organizaciones, y cómo estas demandas han ido aumentando en los últimos años.

Sigamos este hilo de Ariadna<sup>10</sup>, el abordaje que lleve a cabo un AT en espacios escolares, surge de la lectura del entramado entre las características de la institución educativa, la singularidad del niño/a y de su familia, las propuestas del equipo de salud y las particularidades del escenario socio histórico. Configuración sumamente compleja, en la que se torna indispensable valerse de ejes conceptuales para realizar esas lecturas orientadoras en el territorio en donde se desarrollará la experiencia laboral.

Tomemos una metáfora para la transmisión de esta propuesta. Cuando cada uno/a está en su barrio o ciudad, para manejarse en ese territorio, hace uso de ciertas referencias que le permiten tomar un camino u otro en relación con el objetivo que busque o el lugar al que se desea llegar. Así, y para ser gráficos, puede ir por cierto camino para conseguir alimentos, por ejemplo, y saber dónde hacerse de ellos de modo más económico o el que más le gusta. Para lograrlo, utilizará ciertas referencias que permitan que ese recorrido sea posible y no necesitará deambular sin ton ni son hasta alcanzar lo esperado, más o menos azarosamente. El espacio a su vez va cambiando, es dinámico, no está siempre igual, surgen obstáculos propios del momento, otros que ya son conocidos, se percibe la dirección, hacia dónde queremos ir, pero el recorrido se transita cada vez de una manera única, singular, se va construyendo al andar.

Así, las intervenciones de los/as at en los contextos educativos se sostienen en las construcciones entre lo que los conceptos nos aportan y la forma en la que se ponen en juego en la lectura de ese espacio, cada vez. La posibilidad de pensar la experiencia transitada tendrá que ver con las preguntas formuladas, los lugares visitados, el análisis de la propia posición.

Es nuestra intención contribuir a través de la propuesta formativa a la consolidación de un *territorio* de saberes, de experiencias del AT, que tienen que ver con las características de época, las instituciones educativas, su historia, particularidades, sus actores, con el lugar que un niño, niña, joven o adolescente pueda llegar a sostener allí.

Así, para encontrar la salida del laberinto diseñado por Dédalo<sup>11</sup>, proponemos a través de las lecturas poder ir inscribiendo esos puntos referenciales, estos mojones que nos ayuden a ubicarnos en el espacio de ese territorio, en los tiempos de esas intervenciones. Lecturas que,

---

<sup>10</sup>Se utiliza la expresión *hilo de Ariadna* para hacer referencia a la utilización de un recurso en pos de encontrar una resolución a una situación que aparentemente no la tiene. Dicha expresión pertenece a la mitología griega y alude a que Ariadna le ofrece un ovillo de hilo a Teseo con el que lograría encontrar la salida al laberinto luego de matar al Minotauro (Graves, 1981).

<sup>11</sup>Se hace mención a Dédalo, personaje de la mitología griega, por haber sido el diseñador y constructor del laberinto de Creta en donde Teseo con ayuda de Ariadna logra vencer al Minotauro. Continúa la misma referencia mitológica que la nota anterior.

esperamos, contribuyan con la profesionalización de la función de los/as at, reafirmando la relevancia de sus intervenciones.

## Épocas, instituciones, sujetos

A modo didáctico, vamos a considerar las tres dimensiones mencionadas en el título del apartado para pensar este territorio. Entendemos que éstas son inseparables, se definen mutuamente: ¿un sujeto puede serlo por fuera de su época?, ¿del contexto social?, ¿de su tiempo? ¿Hay instituciones sin sujetos?, las preguntas podrían continuar. Para poder decirlas, entenderlas, estudiarlas, nombramos estas dimensiones separadamente, sin embargo se encuentran imbricadas de modos singulares cada vez, esto es lo que hace tan complejo el campo de intervención.

A fin de comprender la configuración de la trama en la que se ubica el trabajo de los/as at, a continuación, tomaremos como eje cada una de las dimensiones anteriormente mencionadas. Desde allí, partiendo de las preguntas que establecen un recorte, analizaremos algunas de las relaciones que se producen entre sí. Entendiendo que el análisis de estas coordenadas constituye una herramienta conceptual de gran valor para los/as at, al momento de pensar en la dirección de sus intervenciones en los espacios educativos.

En una primera instancia revisaremos cómo las particularidades sociales, culturales, políticas de la época atraviesan las formas en las que se producen instituciones y se constituyen los sujetos. En un segundo momento consideraremos las instituciones, y sus efectos instituyentes en relación a los sujetos, en resonancia con la época. Para finalizar, analizaremos la impronta en sujetos que se constituyen en relación a soportes propios de las instituciones en juego y del contexto temporal y cultural que habitan.

## Época: en relación a las instituciones y los sujetos

Tanto los sujetos como las instituciones se configuran con las marcas históricas y sociales de una época. En este apartado analizaremos algunas de las improntas propias de nuestro tiempo. Las preguntas que nos guían a partir de aquí podrían formularse del siguiente modo: en un momento socio-histórico determinado, ¿cuál es la inscripción en las instituciones educativas de los mandatos sociales?, ¿cómo se filtran, tanto en lo institucional como a nivel subjetivo, los modos de hacer, sentir y entender de una época?, ¿de qué manera se piensa a los sujetos y a las instituciones hoy?

Autores como Bauman (2000), que han teorizado en relación a estos cambios, nos hablan del “pasaje de la modernidad sólida a la líquida” (p.7). Apelando en esta metáfora al pasaje de tiempos habitados en los que se pisaba *suelo firme*, con instituciones estables y modalidades de lazo predecibles, en contraposición a un escenario actual en el que todo parece discurrir al modo de los fluidos, donde nunca nada está en el mismo lugar y todo se ha vuelto contingente. Dicho

autor sitúa este pasaje en dos grandes movimientos: del estado al mercado y del ciudadano al consumidor. Esto conlleva a la presencia de subjetividades que se manifiestan de manera distinta y se producen sobre soportes diferentes a los de la modernidad sólida. En este contexto, merecería un capítulo aparte el lugar que los medios de comunicación y las tecnologías han tomado en la actualidad, así como sus efectos en los lazos.

Consecuentemente podemos situar, para pensar a las infancias y juventudes, que actualmente en nuestra sociedad, el ideal de niño/a moderno/a como *apuesta a futuro*, ha caído. Esta transformación es observable en que los/as niños/as anteriormente eran concebidos/as como inocentes, frágiles, hombres y mujeres del mañana, hoy es mirado/a en un tiempo siempre presente, quedando en igualdad de condiciones con los/as adultos/as en tanto potenciales consumidores. La idea de la infancia protegida ha declinado, por lo que nos encontramos con niños/as y jóvenes que interpelan a los/as adultos/as desde un lugar distinto, que no se *adaptan* a lo que la sociedad o las instituciones proponen, que intentan *negociar*, con tiempos y formas de estar que se alejan de lo esperado. Ante estos cambios, padres, docentes y profesionales ya no contamos con los recursos que producían efectos: ¿cómo intervenir allí?

Atravesados por los mandatos sociales actuales, en los que para *ser* hay que producir y consumir, controlando las emociones, no suele quedar lugar para las manifestaciones subjetivas como el dolor, la tristeza, la angustia, las preguntas que incomodan saberes. Podríamos pensar que, en tiempos anteriores, las presentaciones subjetivas se ajustaban más a la demanda social propia de la época, aunque también había un gran porcentaje de niños/as o jóvenes que no respondían a lo esperable y que eran situados del lado del *fracaso escolar* (Terigi, 2009) y concebidos como *no educables* (Baquero, 2001). Sostenemos como hipótesis que, en la actualidad, y a nivel social y epocal, se produce una invisibilización de la dimensión subjetiva y de las condiciones sociales e institucionales en las que los problemas se producen. De allí que uno de los caminos más tranquilizadores suele ser la búsqueda de ciertas *fórmulas estables* o recetas que nos indiquen: cómo criar, educar, ejercer un rol profesional.

En esa perspectiva, leemos como efecto de *época* los procesos de patologización y medicalización de la vida (véase Frison y Russo; Romé y Sosa, este volumen) ante las más diversas manifestaciones humanas que, desde el psicoanálisis, podríamos pensar como respuestas subjetivas. Por eso, la proliferación de diagnósticos al modo de clasificación y etiquetas, las propuestas terapéuticas automatizadas que se ofrecen al modo de un *combo*, nos invitan a sostener una posición profesional reflexiva y crítica al respecto.

Desde la Cátedra, en ese mismo territorio, nuestra propuesta va por un camino distinto. La construcción de lecturas y escrituras, en diferencia a recetas y protocolos, son nuestro norte. Consideramos necesario sostener una ética que, aunque trabajemos con niños, niñas y jóvenes, sea orientada por el sujeto. Para ello, necesitaremos *leerlo* en el contexto de las instituciones por las que transita, en una época determinada.

## Instituciones... en relación a la época y a los sujetos

En el presente apartado, abordaremos algunos aspectos propios de las instituciones educativas que nos permitan pensar en relación a rasgos propios de la época, y así también comprender las actuales presentaciones de los sujetos y sus padecimientos.

Ahora bien, ¿por qué es necesario entender los contextos institucionales actuales, a la hora de pensar el abordaje de los/as at en los espacios educativos? Conocer las características y particularidades de las instituciones, aporta ciertas herramientas conceptuales a la formación en AT, permitiéndole entender las lógicas en juego en cada espacio educativo.

En la modernidad, las infancias y juventudes se constituían principalmente en la familia y la escuela, sin embargo, en tiempos actuales, no dejamos de escuchar que la potencia instituyente de dichos espacios, ya no es la misma. Nos encontramos ante alumnos/as que no responden a los mandatos escolares, familias que interpelan la autoridad de directivos, adultos/as en función docente o de crianza preocupados por sí mismos y no por los sujetos a *criar* o *educar*. ¿Cómo entender lo que está sucediendo? Diversos autores coinciden en situar que asistimos a un tiempo en el que las instituciones parecieran “estar en la pendiente” (Duschatzky y Corea, 2001, p. 69), en condiciones de “desfondamiento” (Corea, 2004, p.165), arrojando a niños/as y adultos/as a situaciones de “intemperie” (Vasen, 2008, p.97).

Los aportes de Duschatzky y Corea (2001) nos ayudan a pensar el escenario actual. Refieren que “la destitución simbólica de la escuela hace alusión a que la “ficción” que ésta construyó mediante la cual eran interpelados los sujetos dejó de tener poder performativo“(p. 81). Es decir que, aquellas operaciones que se producían con sólo enunciarlas ya no tienen el mismo efecto, tornándose necesario inventar otros modos de producir *institución*.

Aunque la escuela conserva las marcas de su origen, fue transformándose con los movimientos colectivos. Poco, podrán decir algunos, lento quizás, pero las instituciones no han quedado ajenas al paso del tiempo y a las transformaciones culturales. Filodoro (2018) ubica cómo podemos hacer foco en las instituciones educativas a partir de leer la lógica de producción que ya estaba presente en su nacimiento, como maquinaria de *hacer alumnos/as*. En referencia al momento actual, expresa:

La escuela no puede sustraerse a la época y entonces le pasa lo que a la época: no se puede perder tiempo, hay que hacerlo cuanto antes y mejor, hay que mostrar resultados cuantificables, medibles (...) La seriedad, la gravedad de la vida han entrado a la escuela, despojándola de su carácter lúdico. (Filodoro, 2018. p. 243).

Otra de las características más sobresalientes del dispositivo escolar tiene que ver con la homogeneización. En nuestro país, y como nos comenta Terigi (2020) el principio de homogeneización tiene varios sentidos, uno de ellos es tomarlo como meta y allí es donde adquiere un sentido histórico de “producir igualdad en donde no la había” (p. 242). Esta operación supone un

universal, una apelación a todos y viene a dar respuesta a un problema social. La incorporación masiva de niños/as y jóvenes a la escuela, en el contexto de una educación entendida como “bien público y un derecho personal y social garantizado por el estado” (Ley Nacional de Educación N° 26.206, 2006, p. 1) abrió las puertas de las instituciones a una población con gran diversidad de experiencias y contextos de vida. El problema reside en la naturalización de las prácticas que omite las condiciones en las que se producen dichas intervenciones, situando lo que *no funciona* del lado de niños/as y jóvenes. Formatos propios del dispositivo escolar como la gradualidad, la simultaneidad, la presencialidad (Terigi, 2020) complican la mirada que se sostiene en relación a quienes no se *ajustan* a lo instituido, a quienes se alejan de *la norma*.

Las dificultades aparecen cuando lo universal deja completamente por fuera lo subjetivo. Es necesario que los dispositivos discursivos organicen y permitan el funcionamiento, es decir que las cosas marchen, de allí la potencia de la escuela en su faz instituyente de subjetividad. Pero debemos estar advertidos: para que un sujeto advenga, la marca que se produzca desde el Otro admitirá la condición de ser en nombre propio y no meramente en una categoría. Esto último es lo que constatamos en las instituciones cuando, ante la demanda de convertirse en *alumnos/as*, los/as niños/as no consienten. Es habitual, en las prácticas actuales, que ante las dificultades escolares, las familias sean orientadas a consultar a profesionales del campo de la salud. Se puede producir allí una colonización del discurso cientificista en el pedagógico donde las categorías diagnósticas vienen a dar respuesta a un *no saber* taponándolo. De este modo, ante las problemáticas que se presentan para la tarea docente con alumnxs que muestran una modalidad de aprendizaje que no condice con el ideal, se apela a los diagnósticos como si fuesen respuestas a esas problemáticas. Esto se apoya en la ilusión de que aquellos brinden un *saber hacer* a los/as agentes institucionales al modo de generalizaciones y estandarizaciones, dejando por fuera las formas singulares y propias. Se intenta ubicar la resolución de una problemática pedagógica, con conceptualizaciones que no pertenecen a dicho campo de saber propiciando una desimplicación.

Los aportes del psicoanálisis nos permiten sostener que no hay un saber totalizante. El dispositivo de trabajo propuesto desde el lugar de los/as at debe dirigirse, entonces, a producir un descompletamiento de ese saber que apunte a la hospitalidad, es decir a recibir la singularidad del sujeto.

La hipótesis que proponemos trabajar tiene que ver con una repetición de lo observable a nivel social en el nivel institucional. Los cambios que en este último se producen van a tener una necesaria repercusión en las subjetividades, en los modos de habitar los escenarios sociales y de sostener la práctica profesional, entre otros. ¿Qué lecturas hacemos de las particularidades del escenario educativo en el que desempeñamos nuestra función? ¿El espacio educativo en el cual se sostiene la práctica da lugar a la diferencia?, ¿qué variables institucionales representan un obstáculo y cuáles son posibilitadoras en tanto *alojan* la singularidad del niño, niña o joven con el cual trabajamos?

La construcción de referencias en torno al territorio del sistema educativo que vamos armando, permite conocer la diversidad de representaciones en juego acerca de los sujetos con

los que intervenimos. La utilidad de ello reside en poner a distancia lo que hoy nos aparece como obvio, dando la posibilidad de cuestionarlo, leerlo en otras coordenadas y en todo caso, redirigir esos saberes intentando que esto habilite a otros actores a sostener sus respectivas funciones, construyendo soluciones singulares.

## **Sujetos... en relación a la época y las instituciones**

El modo en que conceptualizamos las infancias y juventudes, su desarrollo, su evolución, alude a cierto marco epistémico e ideológico que no está por fuera de las instituciones que habitamos, ni la época que transitamos. Diremos que esto tendrá efectos en las intervenciones realizadas. Por ello, en el presente apartado nos ocuparemos de analizar las relaciones entre las presentaciones actuales de los sujetos en relación con el tiempo socio- histórico y a las instituciones por las que transita su vida.

¿Qué modelos de niños, niñas y/o adolescentes están presentes en nuestras prácticas? En la dimensión subjetiva, vamos a revisar cuestiones relativas a la historia de las configuraciones conceptuales respecto de los modelos mencionados. Constatamos en diversas instituciones, cierta convivencia entre ideas que podrían responder a la infancia moderna con referencias a la posmodernidad, a científicismos de moda, entre otras.

Esta convivencia se plantea a nivel de quienes cumplimos roles adultos en las escuelas, ante lo cual debemos tomar nota, pues no se presenta de modo explícito, sino que muchas veces comandan nuestras intervenciones, sin estar advertidos de ello. A modo de ejercicio, tomaremos un texto clásico para jugar con nuestras concepciones.

Ariés (1973), desde una perspectiva histórica, hace un recorrido por estos conceptos, como por los sentimientos a ellos asociados, proponiendo que la concepción actual de infancia no fue la misma en épocas pasadas, llegando a decir incluso que hay un origen, un punto cero desde el cual surgen las significaciones en torno al niño, niña y adolescente.

En su libro *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* (1973) el autor propone que la antigua sociedad tradicional no podía representarse bien al niño y menos aún al adolescente. Es recién a partir del siglo XVII que se produce una transformación cuando la escuela se instituye como medio de educación. El niño y la niña es separado/a de los/as adultos/as y mantenido aparte, en una especie de cuarentena referida a la institución escolar.

En esa misma transformación, la familia se convierte en un lugar de afecto necesario de la pareja hacia los/as hijos/as. Así, esta familia comienza a organizarse en torno al niño/a quien sale de su antiguo anonimato y adquiere tal importancia que ya no es posible, sin una gran aflicción, perderlo/a, reemplazarlo/a. Durante ese siglo se produce una metamorfosis en donde la palabra *infancia* se circunscribe a su sentido moderno, ligado a la dependencia. En ese recorrido, la niñez idealizada será una construcción ligada a la inauguración de un nuevo régimen: el capitalismo (Pujó, 2004).

Aunque esta concepción nos permite realizar un contrapunto con los sentidos que las infancias y juventudes revisten en el presente, Diker (2009) nos propone, para hacer foco en la dimensión subjetiva, poder pensar que “no asistimos al reemplazo de una concepción de infancia por otra, sino más bien a una puesta en cuestión de la pretensión moderna de definir universalmente lo que un niño es y debe ser” (p. 16).

En la actualidad, la idea de progreso se ha conmocionado, los medios tecnológicos y de comunicación proponen una velocidad e inmediatez sobrevalorada. Se pone de manifiesto una modificación de la temporalidad subjetiva, entre otros tantos cambios. Podríamos conceptualizar que, en el contexto pandémico estos medios de comunicación y tecnológicos, han visto agigantada su actuación en la producción de subjetividad. Pero no es un tema en el que entraremos en este escrito.

Apelamos a una idea de Lacan muy utilizada en los abordajes respecto de las infancias y juventudes, que nos permiten algunas lecturas en cuanto a la dimensión subjetiva. Esta idea sostiene que no hay sujeto sin Otro, propuesta que se relaciona también con el aporte de Zelmanovich (2003) respecto de la asimetría necesaria en los roles adultos. Así, se podría hipotetizar que si el Otro (a través de sus representantes) puede poner en juego propuestas menos rígidas y sobre todo su deseo, las posibilidades de efectuación del sujeto podrían cambiar.

La cuestión que queremos resaltar es que se trabaja con niños, niñas, padres, madres, docentes, entre otros, pero se apunta a la producción de sujeto. Y ello no se puede pensar por fuera de las coordenadas institucionales y epocales que, como fuimos desarrollando en el texto, constituyen de manera singular cada situación en la que vamos a intervenir.

## **El lugar de los/as at en los espacios educativos**

Para adentrarnos en la especificidad de las funciones de los/as at en espacios educativos, es necesario conocer las leyes y normativas que en la actualidad, habilitan y regulan su funcionamiento.

En esa línea, la resolución 782/13 de la Dirección General de Cultura y Educación (2013), establece los alcances y límites de la inserción de los/as at en las instituciones educativas de la Provincia de Buenos Aires. Esta se encuentra enmarcada en la Ley Nacional N° 26061 y su respectiva Provincial N° 13298 de Protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes, la Ley Nacional de Educación N° 26206 y la Provincial del mismo tema N° 13688, así como también inspirada en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Este instrumento legal refiere que la intervención pedagógica estará a cargo de los/as docentes del sistema educativo, y sitúa la especificidad de la intervención del acompañante externo en tanto “apunta a la integración social dentro del ámbito escolar, atención, asistencia y/o apoyo personal en distintas actividades dentro de la escuela, al establecimiento de relaciones vinculares y a la contención física o emocional del sujeto” (Dirección General de Cultura y Educación - DGCyE- de la Provincia de Buenos Aires, 2013, p.10). Conocer las normativas vigentes es

fundamental, ya que proporcionarán un marco de legalidad y brindarán ciertas coordenadas en ese territorio. Sin embargo, situadas desde un *para todos/as*, sus aportes se tornan necesarios pero no suficientes al momento de diseñar las intervenciones singularizadas.

Entendemos que el campo de trabajo del AT suele ser incierto, desconcertante, conllevando necesariamente cierto malestar pues está atravesado por una diversidad de discursos. Nos encontramos con una multiplicidad de demandas de los diversos actores intervinientes que confluyen e influyen en el campo de trabajo mencionado. Esta diversidad de discursos se plasma en pedidos desde la escuela, las familias, las orientaciones del equipo de salud, entre otros.

La propuesta de producir lecturas, por parte de los/as at, no tiene que ver con encontrar protocolos o mapas preestablecidos, sino sostenidos/as en las conceptualizaciones, formular preguntas y respuestas provisionarias que recorten una dirección posible por la cual intervenir. Camino que no tiene que ver con los ideales o los imperativos epocales, institucionales, sino más bien con cierta autoría que se produce desde donde se *lee y escribe* ese recorrido. De esto se trata la clínica del AT, de construir intervenciones que se orientan por preguntas que se tejen en lo singular. Así, desde la dimensión subjetiva, podríamos preguntarnos: ¿cuál es el padecimiento que aqueja a este sujeto en el espacio educativo?, ¿qué representa para este niño/a la demanda escolar?, ¿cómo se ponen en acto las dificultades en la relación con el Otro que, en nuestro caso, se plasmarán respecto de los actores de las instituciones educativas?

Comprender la lógica imperante en la escuela o la familia del acompañado/a también puede resultar orientador: ¿qué se espera de ese niño, niña o joven?, ¿qué lugar se le ofrece?, ¿se produce cierta apuesta en relación a sus producciones o éstas siempre quedan en falta?, ¿se da lugar a su singularidad?, ¿el modo de alojarlo lo sitúa en un lugar de excepción? y en este contexto institucional, ¿qué espera la escuela de la intervención de los/as at?

Estar anoticiados de las demandas propias de la época también permitirá sostener una posición crítica al respecto, posibilitando que medie un tiempo de reflexión antes de dar respuesta, evitando caer en acciones burocráticas, automatizadas, vacías de sentido, que muchas veces se alejan de las prácticas subjetivantes que se pretenden sostener.

Acordamos con lo planteado por Pulice (2019), quien define que la intervención de los/as at “tiene como objeto el tratamiento del padecimiento psíquico” (s/n). Pensarlo en contextos educativos, supone revisar las potencias y los obstáculos presentes en la relación entre el sujeto, las instituciones y la época, permitiendo sostener intervenciones creativas que posibiliten a los/as acompañados/as habitar la escuela, aprender en el lazo con otros/as, es decir, tomar el lugar de alumno/a de un modo propio, de la manera que le resulte posible.

Retomando nuestra metáfora geográfica respecto del territorio a recorrer, aunque los imperativos de la época nos propongan llegar a destino muy rápidamente, las intervenciones de los/as at presentan una imposibilidad lógica para responder de ese modo, en tanto implican tiempos subjetivos. Éstos en general no suelen estar acompasados con los tiempos institucionales, por eso los/as at deberán intervenir con prudencia, logrando atemperar las urgencias, estando advertido de las problemáticas propias del malestar estructural, del goce en juego.



Si bien hay parte de un malestar que es irreductible, consideramos que trabajar con otros, en equipo, con la escuela, con profesionales de salud, supervisar, compartir la clínica entre colegas, son modos de revisar la dirección y potenciar las intervenciones. La incomodidad propia de este campo de trabajo específico no podrá ser saldada, sino que habrá que ponerla a trabajar.

## Finalizando este recorrido...

En diálogo con los/as at que se encuentran en ejercicio de esta función, así como en las clases compartidas con los/as estudiantes, hemos analizado experiencias en donde surgen frases como las siguientes: “Micaela se quiere ir del aula, la pasa mal, pero no hay un lugar en la escuela para que pueda estar con ella, está todo ocupado”, “a la salida del jardín, la mamá me pide que le cuente todo lo que pasó en el día”, “la docente siempre espera que yo lo rete, pero a mí no me parece que esa sea mi función”, “la tarea que le propone la maestra a Pedro es muy complicada, por eso terminó adaptándose a algunos temas en el momento, para que pueda participar de la clase”.

Desde la propuesta de la Cátedra *Intervenciones en espacios educativos*, entendemos que la formación no se trata de acumular conocimientos, especializarse en diferentes diagnósticos o patologías, sino en poner a trabajar lo que se nos presenta como obstáculo, como malestar. En esa línea, será necesario contar con otros/as para constituir un trabajo colectivo. Pensar desde allí, ¿cuál es el lugar que tiene Micaela en la institución?, ¿cómo intervenir para abrir simbólicamente espacio para ella?, ¿cómo hacer jugar la escuela como algo propio para Pedro, *por fuera* de lo familiar? Construir el sentido de las intervenciones de las/os at en contextos educativos es un trabajo que se realiza cada vez, reorientando y habilitando funciones (de las/os docentes, directivos, equipo de salud), convocando nuevos actores (escuela especial, profesionales), en un trabajo siempre en construcción.

Intentamos transmitir, a través de este escrito, una orientación a la producción de lecturas clínicas, apuntando en esa operación a las marcas propias por parte de los/as futuros/as at, en términos de autoría.

Apostamos a construir un perfil at pensándolo como un/a profesional capaz de revisar sus prácticas y sostener sus intervenciones desde una ética. Con saberes propios a partir de las lecturas y escrituras que hacen eje en lo singular, podrán contribuir a transmitir a nivel social un campo de práctica específico. Contribuyendo con ello, a la profesionalización de su rol.

Si bien este recorrido ha llegado a su fin, esperamos que los caminos transitados hayan sembrado en los lectores la suficiente curiosidad para seguir explorando este campo tan apasionante y controversial.

## Referencias

- Ariès, P. (1973). *El descubrimiento de la infancia. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Editorial Taurus.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana
- Baquero, R. (2001). La educabilidad bajo sospecha. *Cuaderno de Pedagogía*, 9, 71- 85. Disponible en [http://bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/educacional/erausquin/Unidad%204/Educacional%20Erausquin%20-%20%20La%20educabilidad%20bajo%20sospecha%20\(1\).pdf](http://bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/educacional/erausquin/Unidad%204/Educacional%20Erausquin%20-%20%20La%20educabilidad%20bajo%20sospecha%20(1).pdf).
- Bauman, Z. (2000). *La modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Diker, G. (2009). *¿Qué hay de nuevo en las nuevas infancias?* Edición 25 años, 25 libros. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Dirección General de Cultura y Educación (2013). *Resolución 782/13*. Disponible en <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/resolucion/2013/782/201208>.
- Duschatzky, S. y Corea, C. (2001). *Las instituciones en la pendiente. Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Paidós.
- Filidoro, N. (2018). Notas para un diálogo posible acerca de la inclusión educativa. En Norma Filidoro; Silvia, Dubrovsky; Verónica, Rusler; Patricia, Enright; Susana, Mantegazza; Carla, Lanza; Bárbara, Pereyra y Corina, Serra (Comps.), *Miradas hacia la educación inclusiva. II Jornada de Educación y Psicopedagogía*, 237- 246. Editorial de la Facultad de Filosofía y letras (Universidad de Buenos Aires). Disponible en [http://publicaciones.filo.uba.ar/sites/publicaciones.filo.uba.ar/files/Miradas%20hacia%20la%20educaci%C3%B3n%20inclusiva\\_interactivo\\_0.pdf](http://publicaciones.filo.uba.ar/sites/publicaciones.filo.uba.ar/files/Miradas%20hacia%20la%20educaci%C3%B3n%20inclusiva_interactivo_0.pdf).
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós.
- Ley N° 13.298 (2005). *Ley de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños*. Boletín Oficial. 27/01/ 2005.
- Ley N° 26.061 (2005). *Ley de Protección Integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes*. Boletín Oficial, octubre de 2005.
- Ley N° 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*, promulgada 2/12/2010. Capítulo II, artículos 3, 4 y 5.
- Ley N°26.378 (2008). *Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*. Boletín Oficial, 06/06/2008
- Ley N° 13688 (2007). *Ley de Educación de la Provincia de Buenos Aires*. Boletín Oficial. 10/07/07
- Ley N° 26206 (2007). *Ley de Educación Nacional*, Boletín Oficial. Argentina, promulgada 6/02/2007, núm. 31062.
- Meirieu, P. (2016). Oficio de niño y oficio de alumno. En su *Una llamada de atención. Carta a los mayores sobre los niños de hoy*, 37-46. Paidós.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. 10° edición. Editorial Médica Panamericana.
- Plan de estudios de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico de la U.N.L.P. (2018). Recuperado de:  
[http://www.psico.unlp.edu.ar/uploads/docs/res\\_validez\\_titulo\\_at\\_pdf.%20Validez%20Titulo%20AT.pdf](http://www.psico.unlp.edu.ar/uploads/docs/res_validez_titulo_at_pdf.%20Validez%20Titulo%20AT.pdf)
- Pujó, M. (2004). La edad de la inocencia. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*, 25.
- Pulice, G. (2018). Acompañamiento Terapéutico: fundamentos de su inclusión como “herramienta clínica” en el ámbito escolar. *Forta Da Revista de Psicoanálisis con Niños*, 13. Disponible en <https://www.fort-da.org/fort-da13/pulice.htm>.
- Terigi, F. (2009). El fracaso escolar desde la perspectiva psicoeducativa: hacia una reconceptualización situacional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50, 23-39. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/800/80011741002.pdf>.
- Terigi, F. (2012). Lo mismo no es lo común. La escuela común, el currículum único, el aula estándar y otros esfuerzos análogos por instituir lo común. En Graciela, Frigerio y Gabriela, Diker (Comps.), *Educación: posiciones acerca de lo común*. La Hendija. Disponible en <https://ifd-moreno-cba.infed.edu.ar/sitio/upload/terigi-lo-mismo-no-es-lo-comun.pdf>.
- Terigi, F. (2020). La pedagogía del “para todos” desafiada por el “uno por uno”. En Perla, Zelmanovich y Mercedes, Minnicelli (Coords.), *Resistidas y desafiadas. Las prácticas en las instituciones entre demandas, legalidades y discursos*, 241- 245. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en <https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/Resistidas-y-desafiadas.-Las-pr%C3%A1cticas-en-las-instituciones-entre-demandas-legalidades-y-discursos.-E-book.pdf>.
- Trigueros, V. (2011). Bordes sin cuerpo: el advenir de un sujeto. En Viviana, Cuevas (Coord.), *Relatos de integración. Perspectivas psicoanalíticas sobre el devenir de los procesos de integración*, 117- 123. Letra Viva.
- Vasen, J. (2008). Maestros a la intemperie. En su *Las Certezas perdidas*, 93- 110. Paidós.
- Voltolini, R. (2020). Yo no fui preparado para eso. Aportes sobre los saberes necesarios en la educación inclusiva. En Perla, Zelmanovich y Mercedes, Minnicelli (Coords.), *Resistidas y desafiadas. Las prácticas en las instituciones entre demandas, legalidades y discursos*, 198-204. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Disponible en <https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/Resistidas-y-desafiadas.-Las-pr%C3%A1cticas-en-las-instituciones-entre-demandas-legalidades-y-discursos.-E-book.pdf>.
- Zelmanovich, P. (2003). Contra el desamparo. En Inés, Dussel y Silvia, Finocchio S. (Comps.), *Enseñar hoy. Una introducción a la educación en tiempos de crisis*, Fondo de Cultura Económica. Disponible en <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/12/f.huesped-curso-esi-contr-el-desamparo-perla-zelmanovich.pdf&ved=2ahUKEwjWqt-dqsv0AhUwpJUCHS54AyMQFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw07BBSkEy92uTxSDjU1aIAt>

## CAPÍTULO 10

# Acompañamiento Terapéutico en ámbitos socio-jurídicos: dispositivo soporte de intervención por presencia

*Ana Clara D'Ovidio y Ariel Hernández*

*Cátedra Intervenciones en campos socio-jurídicos*

### Introducción

En sus comienzos, la práctica del Acompañamiento Terapéutico (AT) estuvo íntimamente vinculada con la psiquiatría y la psicología clínica -y la incidencia del psicoanálisis en ambas disciplinas- al incorporarse al ámbito de la salud mental y al abordaje de las llamadas “patologías mentales”, “enfermedades de la mente” y “discapacidades”; acompañando a aquellas personas que requerían de otros tipos de abordajes de los ofertados hasta el momento, y buscando subvertir los lineamientos imperantes del modelo manicomial (Pulice, 2011). Paulatinamente, la efectividad del trabajo posibilitó nuevas inserciones en distintos ámbitos de aplicación.

Entre los nuevos escenarios que se presentan como posibles ámbitos de inserción laboral se destaca el campo socio-jurídico, donde el/la acompañante terapéutico/a (at) asume un nuevo rol profesional y una nueva función a partir de su participación en el abordaje de problemáticas socio-jurídicas.

En este ámbito encontramos diversas problemáticas -atravesadas por la judicialización de los lazos sociales que se constituye en característica de la época- que requieren de una multiplicidad de intervenciones novedosas que tienen como destinatario una persona, familias o grupos. En este contexto, los organismos de administración de justicia convocan a distintos saberes, disciplinas y profesiones que trabajan con las subjetividades, requiriendo de sus lecturas, explicaciones e intervenciones para contribuir en la resolución de conflictos.

Siendo el/la at un profesional de la salud, formado y capacitado para intervenir en diversas áreas y problemáticas, ya sea en aspectos preventivos, asistenciales o de restitución, podemos situarlo en el ámbito socio-jurídico como un agente de salud que participa como *auxiliar de justicia* en la resolución de conflictos judicializados.

La incorporación de at en este novedoso campo implica incluir en su formación conocimientos del discurso jurídico, una capacitación específica en esta área y una lectura crítica de las subjetividades y las problemáticas de la época actual. Motivo por el cual es necesaria una puesta en forma de nuestros conocimientos y capacitación en este nuevo espacio de intersección entre el discurso de la subjetividad y el discurso jurídico. Desde esta intersección surge un saber hacer que nos es propio, donde la *figura at* está íntimamente vinculada con la reducción de la vulnerabilidad psicosocial, la protección de derechos y la resolución de conflictos.

De esta manera, tal como señalan Dragotto y Frank (2012), la inserción de las/os at en este ámbito nos invita a analizar la confluencia de dos campos: la clínica del AT y el ámbito jurídico. Aquí, los/as at van a requerir de una formación específica que brinde herramientas para intervenir desde lo clínico y también recursos para abordar situaciones relativas a lo judicial, como pueden ser audiencias, citaciones judiciales, entrevistas con letrados, entre otros.

La práctica del AT en el ámbito socio jurídico deberá considerar en su dispositivo de intervención:

- La doctrina de los Derechos Humanos
- El trabajo intersaberes, interdisciplinario e interinstitucional
- Los aportes de un *Diagnóstico de Vulnerabilidad Psicosocial*
- La Intervención por Presencia

Promovemos una práctica del AT posicionada desde un Paradigma de Derechos Humanos, imperativo ético y legal de nuestro quehacer. Una práctica situada, en el aquí y ahora, con esta persona/grupo singular, entendiendo a aquellos/as con quienes intervenimos como multideterminados por una trama de vínculos significativos, emergentes en un contexto histórico, y que estructuran singularmente su experiencia; sujeto complejo que necesariamente requerirá para su abordaje integral de los aportes de múltiples saberes, disciplinas e instituciones.

Partiendo de esta concepción de sujeto, tomaremos los aportes del *Diagnóstico de Vulnerabilidad Psicosocial* (Domínguez Lostaló, 1998) por tratarse de un estudio centrado en la persona y con referencia a un contexto, diagnóstico situado que varía a lo largo del tiempo debido a la necesidad de re-evaluarlo en función de las intervenciones realizadas y los avatares personales y contextuales que pueden acrecentar o disminuir la vulnerabilidad.

La elaboración del *Diagnóstico de Vulnerabilidad* es la condición de posibilidad para diseñar estrategias de intervención y abordaje de la persona y su conflictiva en esa situación particular, incorporando una Intervención por Presencia (Oñativia, 2007). Modelo de trabajo del/la at en lo socio-jurídico, orientado a la reducción de la vulnerabilidad psico-social a partir de la restitución de derechos, que posibilita a nuestros/as sujetos inventar o fortalecer estrategias para la resolución de sus conflictos, conquistando grados de autonomía progresiva.

## El AT en lo socio-jurídico

Se trata de una práctica en permanente replanteo, dado que los modos de vivir se han pluralizado y cada tanto se producen quiebres, mutaciones, incluso sutiles acontecimientos que impactan en el orden simbólico y el modo de vivir, que no podemos desconocer -en tanto nuestra identidad profesional psico-social-. Por eso, no hacemos del AT una disciplina a-temporal.

Nuestra formación requiere de nuevos espacios que permitan re-pensar la práctica y su formalización, adquiriendo herramientas, estrategias y metodologías específicas que demanda este ámbito de ejercicio profesional, lo cual requiere repensar el rol y las intervenciones que posibiliten a los/as at a estar a la altura de los nuevos desafíos.

A los conceptos fundamentales de nuestro quehacer técnico-profesional proponemos abordarlos desde una perspectiva teórica, práctica y clínica, con sus respectivas interrelaciones. Entendiendo la teoría como un conjunto de ideas que intentan explicar un fragmento de lo real, los *fenómenos y sus causas*; la práctica será lo que hacemos orientados por esa teoría, donde muchas veces nos encontramos con presentaciones que la agujerean e incluso la contradicen. Cuando formalizamos nuestros casos, es el momento donde empezamos a hacer clínica: intentamos formalizar nuestra práctica en función de nuestra teoría y advertimos que la singularidad no encaja en el universal y que además no es conveniente que así sea, nos posicionamos siempre desde el mayor respeto de las singularidades y diversidades.

De esta forma, la teoría es modificada por la formalización clínica de nuestra práctica, por eso decimos que se encuentra en permanente replanteo: los conceptos sufren transformaciones, giros, y están siempre marcados por la fuga de sentido, que en cierto punto los hace a-conceptuales. Al mismo tiempo, no podemos perder de vista que los distintos acontecimientos histórico-sociales y nuevas legislaciones impactan en nuestra práctica y, necesariamente, nos hacen repensar nuestras teorías.

Este saber hacer que nos es propio se produce, se transmite y transforma, en función de las lecturas y tratamientos de las diversas problemáticas y demandas de las subjetividades de la época. Entrar en contacto con la ley se presenta muchas veces como una discontinuidad, una ruptura que debemos darnos el tiempo para poder leerla. En algunos casos puede tratarse de una formación de solución o al menos un llamado al Otro de la ley para que intervenga en un punto donde irrumpió un imposible de soportar, de resolver. Un exceso que rompe con un arreglo preexistente, que impacta tanto en el sujeto como en su entorno.

El/la at como profesional de la salud inserto en el ámbito judicial, deberá implementar diversas estrategias que permitan acompañar a aquellas personas que se encuentran atravesando un proceso judicial, desde un abordaje integral orientado a reducir la vulnerabilidad psicosocial de la persona afectada y su grupo familiar. Las acciones deberán apuntar a reducir los daños psico-sociales que produce el conflicto y fomentar el restablecimiento de los lazos sociales y comunitarios.

Operamos sobre sus respuestas más que proponiendo soluciones ideales o deseadas, o pactos armados desde afuera, que seguramente caerían

rápidamente ya que no podrían ser sentidos y menos aún sostenidos, como algo que les pertenezca. (Abelleira y Delucca, 2004, p. 24).

## ¿Qué lugar para el AT en el ámbito socio-jurídico?

En principio, ubicamos al AT como un dispositivo que ofrece una presencia que posibilita a las personas darle un tratamiento a lo que se torna un exceso, algo que solos no pueden tramitar, abordar. Un puente que facilita al sujeto atravesar cierto umbral, y acompaña en la invención de recursos para hacer con eso que es radicalmente extranjero, muchas veces inentendible para el propio sujeto. En cada caso habrá que dilucidar los recursos con los que cuenta el sujeto y los que no, por eso es importante realizar un *Diagnóstico de Vulnerabilidad Psicosocial* (Domínguez Lostaló, 1998) como una de nuestras primeras intervenciones. Se trata de un estudio centrado en la persona y con referencia a un contexto: un diagnóstico situado en el aquí y ahora de un caso concreto, y que varía a lo largo del tiempo, debido a la necesidad de re-evaluarlo en función de las intervenciones, los avatares personales y contextuales que pueden acrecentar o disminuir la vulnerabilidad de un sujeto.

Para la elaboración del diagnóstico nos serviremos de diversas hipótesis, que iremos confiando a lo largo de nuestro acompañamiento y que nos servirán de guía para diseñar estrategias de intervención y abordaje de la persona y su conflictiva en esa situación particular.

De esta forma, atendiendo a la particularidad de cada caso, la intervención desde el Acompañamiento Terapéutico estará orientada a la reducción de vulnerabilidad, a partir de que el sujeto pueda posicionarse de modo activo en el proceso judicial, evitando la cristalización en un lugar de *víctima*.

Es fundamental a la hora de realizar el diagnóstico tener en cuenta los derechos que han sido vulnerados en nuestro acompañado y su grupo de crianza, o familia actual. Así, cuando planteamos hacer un *Diagnóstico de Vulnerabilidad Psicosocial*, no es para etiquetar sino para hacer de esos derechos que fueron vulnerados un dispositivo de intervención que apunte a la reducción de la vulnerabilidad, a la autonomía progresiva de nuestro sujeto de intervención, entendiendo que lograr el acceso a los derechos humanos fundamentales para cubrir las necesidades que garantizan la vida en un contexto de desarrollo humano sustentable colabora a que las resoluciones de conflictos sean más pacíficas y con lazos más solidarios.

## Concepción de sujeto destinatario de nuestra práctica

Al referirnos a los *sujetos destinatarios de nuestra práctica* es importante destacar que hablamos de una persona, una pareja, un grupo de crianza, una familia o algunos integrantes de la misma. Los concebimos como sujetos de pleno derecho, que se constituyen a partir del encuentro con los Otros primordiales, grupos de crianzas, que ofertan un lugar para el proceso de

humanización, el cual dejará las marcas a partir de las cuales se irá armando esa subjetividad singular, al tiempo que estará afectada por los acontecimientos de la época y cómo estos impactan en su grupo de crianza y en él mismo.

Freud (1895), al hablar del desamparo originario del cachorro humano, nos permite ubicar el nacimiento como el estado de mayor vulnerabilidad. Es a partir del encuentro con el Otro primordial que se transmite la ley y libidiniza al recién llegado, es decir, que se inicia el proceso de humanización. De acuerdo a las respuestas del grupo social, la vulnerabilidad -inherente a la condición humana- puede reducirse o incrementarse en diferentes grados. Aquí también debemos ubicar la importancia del rol del Estado, de sus políticas sociales, y estudiar cómo impacta en esa vulnerabilidad.

Tomando los aportes de Domínguez Lostaló (1997), podemos señalar que la palabra vulnerabilidad deriva de herida, y refiere a la persona susceptible de ser dañada de distintas formas. Es necesario ser precisos en un punto: todos somos vulnerables, y por tanto podemos encontrarnos en situación de ser heridos o dañados por distintas causas. La vulnerabilidad no se refiere a un sector social en especial.

Al momento de pensar al sujeto destinatario de nuestra intervención, partimos de un concepto de sujeto que va a estar multi-determinado por aspectos sociales, biológicos y psíquicos. Se trata de un sujeto con una historia, con un contexto familiar y social, como así también habitados por el lenguaje y la pulsión. Un sujeto con una adaptación activa a la realidad que lo rodea y productor de la misma. Sujetos de derechos atravesados por distintos lazos, donde circulan ciertas maneras de hablar, de hacer, de vivir los problemas y construir soluciones, es decir, estrategias de supervivencia.

Entonces, nuestro sujeto no es sin sus Otros primordiales que dieron una respuesta a la demanda de crianza, produciendo identificaciones y sus consecuentes lazos sociales. Estos Otros primordiales, singulares para cada quien, son portadores de una ideología, tienen nombres, historias y marcas propias. Por eso ubicamos a nuestro sujeto como producido y productor: por un lado, la contingencia del grupo de crianza; y por otro, el modo en que cada persona vive esas experiencias y les da sentido, singulariza su experiencia.

Partiendo de esta concepción integral del sujeto con el cual vamos a intervenir, proponemos un modelo metodológico de Intervención por Presencia que acompaña a los sujetos destinatarios de nuestra práctica en sus problemáticas psicosociales y especialmente socio-jurídicas, no reduciendo así la práctica al mero ámbito clínico y al Acompañamiento a una patología individual. En este sentido, se promueve una ampliación de la concepción clásica de la clínica -como acompañamiento del enfermo en el lecho de su cama-, incorporando una nueva perspectiva que damos en llamar *Clínica de la Vulnerabilidad Socio-jurídica*, con una concepción integral de la salud que no se reduce a pensar a la salud mental como una patología individual, sino como la expresión de un proceso atravesado por múltiples causas.

En nuestras intervenciones no podemos perder de vista la importancia de un trabajo interdisciplinario y la implementación de intervenciones conjuntas con otros saberes, disciplinas e instituciones que propicien el acceso a la justicia y el acceso a derechos de las



personas a las que acompañamos, al tiempo que buscamos evitar re-victimizaciones que acrecientan la vulnerabilidad.

Posicionados éticamente desde el paradigma Jus Humanista con perspectiva de géneros, este modelo de abordaje toma como orientación diversos instrumentos normativos nacionales e internacionales -Declaración de los Derechos Humanos, Convención Internacional de los Derechos del Niño, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Ley Nacional de Salud Mental, Ley de Identidad de Género, Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Código de Ética Profesional de Acompañantes Terapéuticos, entre otros-, que enmarcan y orientan la práctica del AT.

Las estrategias de intervención serán diseñadas desde un enfoque de Derechos Humanos, contemplando la singularidad del caso por caso en su contexto socio-comunitario, teniendo en cuenta los recursos con los que cuentan los sujetos de nuestra intervención y su particular conflictiva socio-jurídica.

## **Modelo de intervención: el AT como dispositivo soporte**

Como hemos señalado, la lógica de la intervención en los campos socio-jurídicos demanda por parte de el/la at de una formación específica en el entrecruzamiento de su práctica con el discurso jurídico, motivo por el cual es necesario incorporar en su formación la construcción de herramientas para intervenir desde un AT por presencia en problemáticas relativas a lo judicial.

Este modelo metodológico de Acompañamiento e intervención requiere de un posicionamiento ético-profesional basado en el respeto de los Derechos Humanos, e implica la promoción y protección de derechos y la reducción de la vulnerabilidad de las personas con las cuales intervenimos.

El paradigma de los Derechos Humanos se constituye no solo en un imperativo legal -vigente en nuestra Constitución Nacional-, sino también en un imperativo ético que debería guiar nuestra práctica profesional. De esta forma, nos brinda un horizonte de referencia desde el cual analizar, abordar y llevar adelante las prácticas.

Desde esta perspectiva, inscribimos a el/la at como un trabajador de la Salud Integral que por el eslabón de corresponsabilidad al cual está anudado no puede desconocer las normativas que regulan su práctica, al mismo tiempo debemos poner en forma una y otra vez las cuestiones éticas que están en juego. Estamos legal y éticamente preocupados en el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos y hacemos de ellos una orientación para pensar nuestras intervenciones en los campos socio-jurídicos.

En este sentido, el Código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA), en su Declaración de Principios, sostiene la importancia de promover el respeto por los derechos y la dignidad de las personas, y establece que:

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asimismo, guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas, y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía.

La Intervención por Presencia como modelo de trabajo del AT en lo socio-jurídico apunta a la reducción de la vulnerabilidad psicosocial a partir de la restitución de derechos, lo que posibilita la elaboración de nuevas estrategias para la resolución de conflictos. Para esto, es necesario poner en forma el conflicto y la localización del sujeto en el asunto, de ahí la importancia de nuestra presencia.

La Intervención por Presencia como dispositivo de intervención presenta ciertas características, entre las que podemos señalar:

- *La utilización de un marco referencial encuadrado en un paradigma y una ética de los Derechos Humanos*, tendiente a traducir en dispositivos técnicos aquellos imperativos ético-legales que la doctrina de Derechos Humanos introduce en nuestra Constitución Nacional. Como hemos señalado, el desafío que debemos enfrentar, en función de las respuestas que reclaman las demandas sociales actuales y de un compromiso ético, es constituir a los Derechos Humanos como dispositivo técnico de intervención.
- *El abogar por intervenciones integrales, interdisciplinarias, intersaberes e intersectoriales*, atendiendo a la particularidad del caso por caso. En este punto, merecen destacarse las palabras de Oñativia (2008), cuando sostiene que es importante partir del reconocimiento de una limitación fundante, de cuya incorporación dependerá el éxito de la intervención: nadie puede solo. “Si se pretende brindar una respuesta que intente verdaderamente aportar soluciones a los damnificados, más allá de meros parches asistencialistas se hace necesaria la intervención interdisciplinaria” (Oñativia, 2008, p. 9).
- *Correremos de una posición asistencialista y convocar al sujeto a un lugar activo*, que le permita posicionarse frente al suceso que le toca transitar. Aquí, la construcción de un lazo transferencial, de confianza entre el/la at y la/s persona/s destinatarias de nuestra práctica resulta fundamental para poder llevar a cabo las intervenciones. Dadas las particularidades de la inserción de el/la at en el ámbito judicial, esto no siempre se logra desde un primer momento. En la práctica nos encontramos muchas veces con personas que no hicieron una demanda espontánea, sino que la presencia del/la at se realiza a partir de ser solicitado por el discurso jurídico. Esto ya marca un hecho: vamos a tener que generar un encuadre de trabajo que explicita nuestra labor y los límites de la misma. La transferencia que recae sobre nuestra persona -de sentimientos, afectos, etc., a veces amorosos, otros hostiles- es propia de la particularidad del acompañado. Debemos soportar y abstenernos de intervenir respondiendo desde nuestra persona, por eso es necesario saber leer los fenómenos transferenciales y hacer uso de ellos respondiendo desde nuestro rol profesional y nuestra función. De ahí la importancia del análisis propio y la supervisión como

práctica de formación, para poder maniobrar con el fenómeno de la contratransferencia, trabajando nuestros propios puntos ciegos, conflictivos, prejuicios, etc.

- *Colaborar en el proceso judicial, brindando nuestro saber y nuestra opinión profesional respecto a la problemática en cuestión*, bajo la convicción de que todo acto de justicia opera parcialmente como un acto reparatorio que contribuye con el proceso de elaboración del suceso disruptivo y de construcción de proyectos de vida. Nuestra intervención va a ser requerida a partir de la necesidad de contar con un conocimiento especializado, lo cual nos coloca ante la exigencia de una permanente profundización y actualización de nuestros saberes, una formación continua. En este sentido, entre las funciones de el/la at podemos señalar dos aristas: el trabajo con los sujetos de intervención; y el orientar la actuación de los distintos operadores judiciales involucrados en las diferentes instancias del proceso judicial, con miras a mejorar las condiciones y la calidad de la atención que se les brinda a los sujetos que se encuentran atravesando un proceso judicial. Al mismo tiempo, podemos destacar la importancia de la figura de el/la at en la promoción de la articulación y comunicación entre el ámbito judicial y otros profesionales y/o instituciones intervinientes, regidos por la promoción de un abordaje integral.
- *Contemplan la supervisión y contención de los profesionales intervinientes como un eje fundamental del trabajo*, donde deben implementarse mecanismos de supervisión orientados tanto al cuidado de la salud mental de los profesionales que intervienen como la revisión de las estrategias implementadas, entendiendo que la supervisión es un requisito indispensable para pensar la práctica, no desde la obligatoriedad sino desde una posición ética y responsable (Roberts, 2019).

La presencia que oferta el/la at no es como las otras, se trata de una presencia que lleva la marca del cuerpo a cuerpo en un lugar deslocalizado, en el cual es de suma importancia estar ubicados en nuestro rol y función. La presencia que ofertamos constituye un dispositivo soporte a esa singularidad que se encuentra en situación de vulnerabilidad, no pudiendo hacer uso de su solución dado que en cierta coyuntura -que debemos esclarecer- ese saber arreglárselas con sus recursos fracasó, falló y lo que estaba anudado se desanudó.

El AT como dispositivo soporte apunta a ser un aparato del cual servirse para metabolizar un fragmento de real, es decir, tramitar por lo simbólico e imaginario ése exceso que desreguló la economía vital del sujeto, para que pueda vivir al menos un poco mejor, reducir su padecimiento e inventar un saber hacer con su propia experiencia.

Un eje fundamental que caracteriza la tarea desde este dispositivo es la presencia real y efectiva del/la at, en un AT integral en diversas instancias del proceso judicial -espacios de espera, declaraciones, cámara Gesell, etc.-. Esto implica un posicionamiento activo por parte del/la profesional, que no espera que el sujeto acuda en busca de ayuda, sino que se va hacia él para contenerlo y asistirlo. Aquí la presencia no es sólo un medio para acercarse a la persona, sino que es considerada como un dispositivo soporte, sin el cual ninguna intervención técnica es posible.

## Palabras finales

Apostamos a transmitir este modelo de abordaje, centrando al AT como un dispositivo de Intervención, que oferta con una presencia real, en un lugar deslocalizado, en un tiempo sincrónico y asincrónico, que funciona como un metabolizador entre lo disruptivo y sus recursos subjetivos para poder esclarecer lo abrupto de lo real traumático, lo disruptivo. Nos ofrecemos a contribuir en la tramitación de ese mal encuentro, que lo dejó sin palabras, pero no sin recursos simbólicos. Apuntamos a que nuestros sujetos de intervención puedan escribir a nombre propio su solución singular ahí dónde un blanco inquietante los invadió.

## Referencias

- Asociación Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA). (2010). *Código de ética*. Disponible en <https://www.aatra.org.ar/institucional/codigo-de-etica/>.
- Abelleira, H. y Delucca, N. (2004). *Clínica forense en familias. Historización de una práctica*. Lugar.
- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Editorial Biblos.
- Domínguez Lostaló, J.C. (1996) Diagnóstico de vulnerabilidad psicosocial. *Ficha de Cátedra. Psicología Forense. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata*.
- Domínguez Lostaló, J.C. (1997). Vulnerabilidad. Aportes a la discusión de un concepto que rompe un paradigma. *Ficha de Cátedra. Psicología Forense, Universidad Nacional de La Plata*.
- Dragotto, P. y Frank, M.L. (2012). *Conceptualizaciones y Experiencias en A.T.* Editorial Brujas.
- Freud, S. (1915-1916). Conferencias de introducción al psicoanálisis. En sus *Obras completas*, vol. XV. Amorrortu.
- Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de psicología. En sus *Obras completas*, vol. I. Amorrortu.
- Oñativia, X. (2008). La necesidad del trabajo interdisciplinario para una Victimología encuadrada en el paradigma de los Derechos Humanos. En Yago, Di Nella (Comp.), *Psicología Forense y Derechos Humanos*, 407-428. Koyatun.
- Oñativia, X. y Palmieri, A. (2007). La metodología de la intervención por presencia, sus posibilidades en la frontera del sujeto. *Revista Registros del Centro de Protección de los Derechos de la Víctima de la Provincia de Buenos Aires*, 1.
- Pulice, G. (2011). *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Letra Viva.
- Roberts, H. (2019). Conversatorio AT: Supervisión, como medio de producción de saber. *La PlazaAT - La revista digital de los Acompañantes Terapéuticos*, 7. Disponible en <https://www.facebook.com/notes/390193058813241/>.

## Los/as autores/as

### Coordinadores/as

#### **Urtubey, Elisa**

Es Licenciada y Profesora en Psicología y Profesora en Ciencias de la Educación (FaHCE-UNLP). Es Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (UNMdP) y doctoranda en Psicología (FaPsi-UNLP). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo de la Cátedra Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores perteneciente a la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomada Ordinaria en la Cátedra Psicología Preventiva, de la Licenciatura en Psicología (FaPsi-UNLP). Ha participado en proyectos de investigación y extensión y ha escrito numerosos trabajos sobre su especialidad. Actualmente se desempeña como Prosecretaria Académica (FaPsi-UNLP).

#### **Roberts, Helga Marcela**

Es Licenciada en Psicología (UCALP), Profesora en Psicología (ISJ XXIII) y Acompañante Terapéutica. Se desempeñó como docente y coordinadora de prácticas supervisadas del curso anual de Acompañamiento Terapéutico del Instituto Superior "Paulo Freire" de Chacabuco. Fue Ayudante Ad Honorem en la Cátedra de Prácticas Profesionales: Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico (UBA). Actualmente es Profesora Adjunta Interina a cargo de la Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico I de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). Es parte del Equipo Editorial de la Revista Digital de los/as acompañantes terapéuticos "La PlazAT". Ha escrito numerosos artículos sobre la temática, presentado trabajos en congresos nacionales y regionales. También ha sido parte de comités organizadores de jornadas provinciales y nacionales sobre Acompañamiento Terapéutico. Es referente y supervisora clínica de equipos de at en Provincia de Buenos Aires.

#### **Sosa, Martín**

Es Profesor y Licenciado en Psicología (FaPsi-UNLP), Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (Colegio de Psicólogas y Psicólogos, Distrito XI), Diplomado Superior en necesidades educativas y prácticas inclusivas en trastornos del espectro autista (FLACSO). Se desempeña como Jefe de Trabajos Prácticos en la Cátedra Problemáticas en salud mental en niños/as y adolescentes, de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y

como Ayudante Diplomado Ordinario de la asignatura Psicopatología II (FaPsi-UNLP). Es Becario doctoral y doctorando en Psicología (UNLP). Ha integrado proyectos de investigación y extensión y coordina el Programa de tutores para el acompañamiento en la elaboración del Trabajo Integrador Final, en la Unidad Pedagógica (FaPsi-UNLP).

## **Autores/as**

### **Abdala Grillo, María Soledad**

Es Licenciada en Psicología (FaPsi-UNLP). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico I, de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomado Ordinario de la Cátedra de Psicología Social (FaPsi-UNLP). Es integrante de varios proyectos acreditados de investigación en el campo de la Psicología Social y es autora y coautora de numerosas publicaciones. Además, ha sido coordinadora docente de cursos de capacitación en el ámbito de la salud mental en referencia a la figura del acompañante terapéutico, en el marco del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

### **Barrionuevo, Carolina**

Es Licenciada en Psicología (UBA). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos de la asignatura Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico II de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). En la Facultad de Psicología (UBA) es Ayudante de Primera Instancia en la Práctica Profesional: Clínica de la Urgencia, docente invitada de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica con orientación psicoanalítica, de Seminarios de Extensión Universitaria y Tutora de tesis de la carrera de Grado. Es integrante de proyectos de investigación y realizó diversas publicaciones en congresos y revistas referidas a la clínica con niños y adolescentes. Ha sido residente de Psicología Clínica Infanto-Juvenil del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de CABA.

### **Bergman, Jessica Alejandra**

Es Licenciada en Psicología (UBA) y ha realizado el Posgrado en Psicoanálisis con niños, púberes y adolescentes (Institución Fernando Ulloa). Es Ayudante Diplomada en la asignatura Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico II de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). Es autora y coautora de publicaciones sobre temas de Acompañamiento Terapéutico y ejerce como psicoanalista en el ámbito privado.

### **Carbone, Nora Cecilia**

Es Licenciada en Psicología (USAL) y Especialista en Psicología Clínica Orientación Adultos (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo de la Cátedra Problemáticas de Salud mental en Adultos y Adultos Mayores de

la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Profesora Adjunta Interina de la Cátedra Psicopatología I de la Licenciatura y Profesorado en Psicología (FaPsi-UNLP). Ha sido Residente y Jefa de Residentes en el Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de La Plata. Se ha desempeñado como Psicóloga de planta del Organismo de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires. Ha escrito numerosas publicaciones como autora y coautora en el área de su especialidad. Ha participado en proyectos de investigación y de extensión (FaPsi-UNLP).

### **Cardinal, Pilar**

Es Licenciada en Psicopedagogía y Profesora en Psicología (USAL). Tiene Diploma Superior y es Especialista en Ciencias Sociales con mención en Psicoanálisis y Prácticas Socio-Educativas (FLACSO). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo de la asignatura Intervenciones en Espacios Educativos, correspondiente a la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). Ejerce el cargo de Psicopedagoga en el Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tiene numerosas publicaciones en su especialidad y ha integrado proyectos de extensión universitaria.

### **de la Mata, Mercedes Rocío**

Es Licenciada y Profesora en Psicología (FaPsi-UNLP), Especialista en Clínica con orientación en niños y adolescentes (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires), Especialista en Ciencias Sociales con mención en Psicoanálisis y Prácticas Socio-Educativas (FLACSO) y en Urgencias y Violencia Familiar (UBA). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Intervenciones en Espacios Educativos, de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). Es Psicóloga del Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel H. Sbarra” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires) y ha realizado la residencia y jefatura de residencia en el Hospital “Sor María Ludovica” de La Plata. Tiene numerosos trabajos publicados y ha participado en proyectos de extensión.

### **D’Ovidio, Ana Clara**

Es Licenciada y Profesora en Psicología (FaPsi-UNLP). Ha realizado la Especialización en Abordaje de las Violencias Interpersonales y de Género (Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, UNLP) y se encuentra actualmente en proceso de elaboración del Trabajo Final. Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos en la asignatura Intervención en campos socio-jurídicos, de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomada en la asignatura Psicología Forense (FaPsi-UNLP). Es integrante del Equipo Técnico de la Unidad de Atención en Violencias de la Facultad de Ciencias Veterinarias (UNLP) y de la Dirección de Abordaje de las Violencias de la Municipalidad de La Plata. Es Directora de Políticas de Género y Disidencias Sexo-genéricas (FaPsi-UNLP). Es extensionista e investigadora de la Facultad de Psicología y de la Facultad de Trabajo Social (UNLP).

### **Frison, Roxana**

Es Licenciada y Profesora en Psicología (FaHCE-UNLP). Se encuentra realizando la Diplomatura Universitaria en Salud Mental y Problemáticas Actuales en las Infancias y Adolescencias (UNT). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo de la Cátedra Introducción a la Psicología de Niños y Adolescentes, de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Psicología Clínica de Niños y Adolescentes (FaPsi-UNLP). Ha publicado, como autora y coautora, numerosos trabajos sobre Clínica de Niños/as y ha integrado proyectos de investigación y extensión. Además, ha realizado la residencia y la jefatura de residencia en el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín de La Plata, Provincia de Buenos Aires.

### **Hernández, Ariel**

Es Licenciado en Psicología (FaHCE-UNLP). Se desempeña como Profesor Adjunto Interino a cargo de la Cátedra Intervenciones en Campos Socio-Jurídicos de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FacPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomado Ordinario en la Cátedra Psicología Forense de la Licenciatura en Psicología (FacPsi-UNLP). Tiene numerosos trabajos y publicaciones sobre el campo de la clínica y es supervisor de acompañantes terapéuticos. Es director del Proyecto de Extensión “Acompañamiento Terapéutico a personas afectadas por COVID-19 en la localidad de Chivilcoy” (FacPsi-UNLP).

### **Lavarello, María Laura**

Es Licenciada en Psicología (FaHCE-UNLP). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos en la asignatura Salud Mental Comunitaria de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomada e investigadora en la Cátedra Psicología Institucional (FaPsi-UNLP). También es investigadora en la Cátedra Introducción a los Estudios de Género de la Facultad de Psicología (UBA). Ha sido coordinadora en proyectos de extensión y servicios a la Comunidad (UNLP y UBA). Se desempeña como analista institucional, psicoterapeuta grupal, psicoanalista. Tiene numerosas publicaciones en temas de su área.

### **Moreira, Ana Beatriz**

Es Licenciada en Psicología (FaHCE-UNLP) y Especialista en Psicogerontología (Universidad Maimónides). Actualmente se encuentra finalizando la Maestría en Gestión de Servicios Gerontológicos (ISALUD). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos en la asignatura Introducción a la Psicología de Adultos y Adultos Mayores de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y ha sido Ayudante Diplomada Interina en las Cátedras Psicología Genética y Psicología Evolutiva I, de las carreras de Profesorado y Licenciatura en Psicología (FaPsi-UNLP). Ha realizado numerosas capacitaciones en temáticas gerontológicas y ha trabajado como Psicóloga en residencias de larga estadía para personas mayores.



### **Ojeda, Gimena Manuela**

Es Licenciada en Sociología (UBA), Magíster en Género, Sociedad y Políticas (FLACSO). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo en la Cátedra Estado y Políticas Públicas en Salud de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomado en la Cátedra Sociología General, perteneciente al Profesorado y Licenciatura en Psicología (FaPsi-UNLP). Se ha desempeñado como Profesora-Tutora en seminarios de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas (FLACSO). Ha sido Coordinadora del área de Géneros y Diversidad del Organismo Provincial de la Niñez y la Adolescencia. y Coordinadora del Equipo Técnico Focal del Plan Nacional de Prevención del embarazo adolescente (Plan ENIA) del Ministerio de Salud de Nación. Tiene numerosas publicaciones en el área temática de la investigación social y ha sido becaria de CONICET.

### **Orleans, Claudia Susana**

Es Licenciada en Psicología (FaHCE-UNLP) y Doctora en Psicología (FaPsi-UNLP). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo en la Cátedra Salud Mental Comunitaria de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomada Ordinaria de la asignatura Psicología Institucional (FaPsi-UNLP). Es Secretaria de la Secretaría de Salud Mental y Derechos Humanos (FaPsic-UNLP) y Consultora institucionalista del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en el Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires. Ha sido Psicóloga integrante de equipos interdisciplinarios en diversos programas de atención a infancias en contextos vulnerables, Organismo de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Buenos Aires (1993-2019). Ha realizado numerosas publicaciones en su especialidad e integró y dirige proyectos de investigación.

### **Pulice, Gabriel Omar**

Es Licenciado en Psicología (UBA). Es Profesor Adjunto Interino a cargo de la Cátedra Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico II de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). Es Docente Titular del curso doctoral Fundamentos epistémicos y metodológicos de la investigación en la clínica psicoanalítica, Facultad de Psicología (UBA). Es Psicoanalista, escritor e investigador. Ha sido expositor en actividades académicas de extensión, grado y posgrado en diversas universidades de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, Estados Unidos, Perú, México y Uruguay. Es autor de los libros: Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura (2018/2021); Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico (2011/2016) y coautor del libro Investigación ◇ Psicoanálisis. El problema de la transmisión, y los límites del lenguaje (2020), participando además en otras numerosas compilaciones y publicaciones de carácter internacional.

### **Romé, María**

Es Licenciada y Profesora en Psicología (FaPsi-UNLP), Doctora en Psicología (UNLP – Universidad de Rennes 2, Francia), Magíster en Psicoanálisis (Universidad de Paris 8, Francia) y

Especialista en Clínica con Niños y Adolescentes (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito XI). Se desempeña como Profesora Adjunta Interina a cargo de la asignatura Problemáticas en Salud Mental de Niños/as y Adolescentes de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico, (FaPsi-UNLP). Es Ayudante Diplomada en la asignatura Psicopatología I (FaPsi-UNLP). Autora de libro y de numerosos artículos científicos. Es co-directora de un proyecto de extensión e integrante de proyectos de investigación (FaPsi-UNLP). Ha sido residente del Hospital de Niños “Sor María Ludovica”, de la ciudad de La Plata.

### **Russo, Silvia Fabiana**

Es Licenciada en Psicología (FaHCE-UNLP) y doctoranda de la Facultad de Psicología (UNLP). Se desempeña como Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Introducción a la Psicología de Niños y Adolescentes de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomada Interina en la Cátedra Psicología Evolutiva I, perteneciente al Profesorado y a la Licenciatura en Psicología (FaPsi-UNLP). Ha integrado equipos de investigación y de extensión y tiene numerosos trabajos publicados sobre clínica psicoanalítica con niños/as. Tiene formación hospitalaria en Concurrencia Interina en Hospital Zonal Especializado “Dr. Noel Sbarra” y se ha desempeñado como Orientadora Educativa en escuelas especiales (discapacidad motriz y sordera e hipoacusia).

### **Silveira, Emilio Nicolás**

Es Licenciado y Profesor en Psicología (FaPsi-UNLP) y Acompañante Terapéutico. Se desempeña como Ayudante Diplomado Interino en la asignatura Fundamentos del Acompañamiento Terapéutico I, de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP). Es Psicólogo en la Dirección de Acceso e Inclusión en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ha realizado una pasantía de práctica profesional interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria en el Hospital “Dr. Alejandro Korn”. Ha participado en proyectos de extensión sobre diferentes temáticas: Acompañamiento Terapéutico y adicciones, Trabajo y discapacidad y Promoción de la salud mental, entre otros.

### **Suasnábar, Fanny Rosa**

Es Licenciada y Profesora en Psicología (FaHCE-UNLP). Ha realizado estudios de postgrado en Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Salud. Es Jefa de Trabajos Prácticos en la Cátedra Estado y Políticas Públicas en Salud perteneciente a la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y Ayudante Diplomada Ordinaria en Psicología Preventiva, carrera de Licenciatura en Psicología (FaPsi-UNLP). Es docente de Fundamentos de la Psicología General y de Intervención Sociocomunitaria en la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico de la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Se desempeña como referente disciplinar del área de Acompañamiento Terapéutico del Programa Politécnico de la Dirección Provincial Escuela de Gobierno en Salud “Floreal Ferrara”.

### **Velasco, Mariana**

Es Licenciada y Profesora en Psicología (FaHCE-UNLP). Es Especialista en Docencia Universitaria (UNLP). Se ha desempeñado como Ayudante Diplomada Ordinaria en la Cátedra Psicología Preventiva y como Ayudante Diplomada Interina en Psicología Forense y Corrientes actuales en Psicología (FaPsi-UNLP). Desde hace años es Coordinadora Académica de las actividades de grado de la Sede Chivilcoy y Prosecretaria de Asuntos Institucionales (FaPsi-UNLP). Además, se desempeña en el cargo de Psicóloga de planta del Hospital “Zenón Videla Dorna”, de San Miguel del Monte.

### **Zanassi, Sergio**

Es Licenciado en Psicología (FaHCE-UNLP) y Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (FaPsi-UNLP). Se desempeña como Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra Problemáticas en Salud Mental de Adultos y Adultos Mayores de la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (FaPsi-UNLP) y como Ayudante Diplomado Ordinario de la Cátedra de Psicopatología I, (FaPsi-UNLP). Es Supervisor del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XI). Ha escrito numerosos artículos y es co-autor de varios capítulos de libros sobre su especialidad. Ha ejercido la práctica profesional como Psicólogo en la Secretaría de Niñez y Adolescencia. Es investigador categoría IV y ha sido distinguido con el Premio UNLP como Egresado Distinguido de Posgrado 2014.

Aportes para la formación universitaria en Acompañamiento Terapéutico :  
perspectivas y debates actuales / Elisa Urtubey ... [et al.] ; coordinación  
general de Elisa Urtubey ; Helga Marcela Roberts ; Martín Sosa. - 1a ed. -  
La Plata : Universidad Nacional de La Plata ; EDULP, 2023.  
Libro digital, PDF - (Libros de cátedra)

Archivo Digital: descarga  
ISBN 978-950-34-2269-4

1. Acompañante Terapéutico. 2. Salud Mental. 3. Psicología. I. Urtubey, Elisa, coord. II.  
Roberts, Helga Marcela, coord. III. Sosa, Martín, coord.  
CDD 362.24

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata  
48 N.º 551-599 / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina  
+54 221 644 7150  
edulp.editorial@gmail.com  
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2023  
ISBN 978-950-34-2269-4  
© 2023 - Edulp

**S**  
sociales

  
Edulp  
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA