



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CLÍNICA DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:
Singularidades de la práctica. Lo teórico como pregunta

Modalidad de Presentación:

Ensayo

Autora:

Da Campo, Joana

Legajo:

D-1477/0

DNI:

36.008.040

Docente o Graduado Responsable:

Tomeo, Lisandro

2023

AGRADECIMIENTOS

-Tía, hablame; tengo miedo porque está muy oscuro.
-¿Qué ganas con eso? De todos modos no puedes verme.
-No importa, hay más luz cuando alguien habla.
Freud, S. 1905

Si me preguntaran por qué el psicoanálisis me conmueve y me convoca usaría para responder esta viñeta que Freud escribe en uno de sus textos iniciales más importantes. Ella ilustra como ninguna lo esencial para sostenernos en el mundo: la presencia de un otro.

El Acompañamiento Terapéutico, por otro lado, es una práctica donde la presencia tiene un lugar fundamental. Por casualidad o causalidad, mis inicios en el campo de la Salud Mental han venido de la mano de esta práctica a la que, a decir verdad, le debo mucho.

Dicho esto, vuelvo hacia atrás, hacia mi historia y recorro detenidamente todos/as aquellos/as otros/as que me han permitido sostener este camino iniciado en el 2009 y que hoy se plasman en esta producción.

Aquella cita es la forma que elijo para agradecer a quienes han sido luz y diálogo, a quienes han sido un lugar necesario y una presencia anhelada:

A mis padres, Silvia y Marcelo, que me han acompañado en cada decisión y de quienes aprendí el valor de la palabra y los buenos gestos.

A mis hermanos, Exequiel y Gonzalo, que me han enseñado que las experiencias de la vida siempre son mejores si son compartidas.

A mis abuelos, Olga, Hugo, Delia y Gallego, por posibilitar un sinfín de juegos y mundos posibles para mí, mis hermanos y mis primos.

A mis amigas y amigos, por las risas y todo lo vivido.

A mis compañeros y compañeras de Fuego Feminista y de Poriajhú, por ser refugio en tiempos de tempestad y ser inspiración para soñar con un mundo más amable.

A Regina, mi amada compañera que me dio la facultad, con quien compartimos la vida y la pasión por el psicoanálisis.

A Lisandro, por su generosidad intelectual y su acompañamiento tan amoroso.

Y por último, quiero dedicarle este trabajo a Pecki, querida amiga, a quien recordaré siempre y con quien el mundo ha quedado en deuda. ¡Gracias por venir!

2
ÍNDICE

Resumen	y	palabras
clave.....		4
Introducción.....		
5 Primer apartado: Bases del AT. Cotidianidad y lazo		
social.....	7 Segundo apartado: Constitución psíquica. Bases	
clínicas del lazo social.....	13	
Tercer apartado: Lo transicional y lo edípico como apuesta para pensar la clínica del		
AT.....		1
7		
Conclusiones.....		2
0 Referencias		
bibliográficas.....		22

RESUMEN

El Acompañamiento Terapéutico es una práctica de Salud Mental que surgió en los años '50 como estrategia terapéutica inédita en el intento de sustitución de las lógicas manicomiales. Desde aquellos años hasta la actualidad su figura clínica ha sido objeto de múltiples debates y producciones teóricas, pero las preguntas en torno a su especificidad persisten y los marcos teórico-clínicos permanecen difusos, encontrándose diferencias conceptuales incluso dentro un mismo posicionamiento teórico. A modo de ensayo, el presente trabajo intenta recoger parte de estos debates situando aspectos centrales de la práctica con el fin de problematizar su especificidad clínica. Uno de los debates centrales en torno a ella tiene que ver con la concepción teórica del lazo At-acompañado, pudiendo encontrarse dos posiciones al respecto: lazo simétrico o asimétrico. A partir del recorrido por diferentes autores y autoras como Kuras de Mauer y Resnizky, Gustavo Rossi y Dragotto y Frank; se trabaja la premisa desde la cual parte el presente ensayo: los lazos simétricos no constituyen un trabajo clínico posible en el Acompañamiento Terapéutico. Tomando la categoría de lazo social como eje principal de la pregunta por la clínica, se

propone recorrer a Freud, Silvia Bleichmar y Winnicott, intentando hallar en la constitución psíquica elementos para pensarlo. De aquí se desprenden dos importantes conceptos: “lo transicional” y “lo edípico”. Para que el AT como práctica conserve su potencialidad es necesario construir una clínica con conceptos claros y concisos, “lo transicional” y “lo edípico” pueden ser una apuesta importante para ello.

PALABRAS CLAVE: Acompañamiento Terapéutico – Clínica – Lazo social – Transicional – Edipo

4

INTRODUCCIÓN

“Clínica del Acompañamiento Terapéutico: singularidades de la práctica, lo teórico como pregunta” es un ensayo que aborda el campo del Acompañamiento Terapéutico (de aquí en más, AT) con el objetivo de problematizar la especificidad clínica de su figura.

El AT es una práctica que surgió en Argentina alrededor de la década del '50 en el seno de fuertes debates en relación al modelo de atención en salud mental imperante en aquellos años. Dicho modelo se encontraba basado en lógicas manicomiales que implementaban el encierro y la medicalización como únicas formas de abordaje.

Desde los años cincuenta en adelante comienzan una serie de movimientos políticos-epistemológicos que desembocaron en el armado del “campo de la Salud Mental” donde confluyen disciplinas como la Psiquiatría, Psicología, Psicoanálisis, Trabajo Social, entre otras. En palabras de Gustavo Rossi (2013):

Recordando lo dicho por Carpintero y Vainer, el nombre “*campo de la Salud Mental*” remite en Argentina y en el mundo a ese movimiento aglutinador, conformado por discursos y prácticas profesionales y no profesionales, cuya fuerza histórica en su inicio como campo tenía el significado de confluir en “que pretendía superar el manicomio como forma de asistencia”. También se apreciaba como una característica relevante del mismo que “la psiquiatría dejó de ser la profesión exclusiva que curaba las *enfermedades mentales* y debió convivir con otras disciplinas. (p. 191)

El Acompañamiento Terapéutico se crea al calor de este movimiento y la Psicología, como campo disciplinar, tiene una incidencia directa en la construcción de su cuerpo teórico. Al mismo tiempo, el psicoanálisis ha sido una de las principales corrientes que ha aportado en el armado de su marco teórico-clínico.

Partiendo de las singularidades de la práctica del AT se intenta sostener la pregunta por lo teórico en un doble sentido: por un lado, como aquello que permite interrogar el hacer y producir, en consecuencia, nuevos elementos conceptuales; por el otro, en relación a la amplia variabilidad de criterios que actualmente se encuentran para definir su función.

¿Qué hace un acompañante terapéutico (de aquí en más, At)? ¿Cómo trabaja? ¿Cuáles son los elementos fundamentales de su práctica? Estos son algunos de los interrogantes que aún hoy insisten en torno a su figura.

La complejidad de la clínica del AT viene dada por una multiplicidad de factores que van desde el insuficiente reconocimiento a nivel legal del ejercicio profesional, pasando por la falta de consenso a nivel teórico hasta su variado campo de inserción, entre otros.

A setenta años de su surgimiento se tiene conocimiento que el AT es un recurso del campo de la Salud Mental que puede incluirse en una diversidad de ámbitos (escolar, familiar, legal) como así también en diferentes situaciones (consumos problemáticos, discapacidad, integración escolar). Esta multiplicidad de escenarios es su característica particular y es la médula espinal de su especificidad clínica, como así también el punto de mayor dificultad para sistematizarla.

Partiendo de la premisa de que los lazos de paridad o simétricos no constituyen un trabajo clínico posible en el AT, el presente trabajo se divide en tres apartados que abordan los aspectos más centrales de esta práctica, sin perder de vista su articulación.

El primer apartado comienza con un breve recorrido histórico del surgimiento del AT, ubicando aquellos movimientos que le dieron origen y señalando la importancia de su figura en el campo de la Salud Mental que fue (y es) clave en el intento de sustitución de las lógicas manicomiales.

5

De este recorrido se desprenden los dos elementos que constituyen la base de su práctica: cotidianidad y lazo social. Si bien ambos son relevantes, la categoría de lazo social se sitúa en el centro de la pregunta por la clínica del AT debido a su relevancia en las prácticas en Salud Mental.

Lisandro Tomeo (2012a) define al lazo social como “el efecto del posicionamiento subjetivo determinado tanto por una historia en común, como por la referencialidad a un mismo código que los integrantes de una sociedad poseen, y que les permite relacionarse” (p.33). Sin embargo, el o los lazos sociales no se producen de una vez para

siempre, sino que se trata de un proceso en continuo movimiento, por lo que el autor plantea:

Lo que posibilita la construcción de estos lazos sociales cada vez, es la capacidad que el sujeto posee de investir libidinalmente a los objetos que la contingencia del vivir le va presentado, dicha libidinización es posible por la búsqueda del aparato psíquico de reencontrar (y producir) el placer de las primeras vivencias de satisfacción. (p. 34)

En consonancia con ello, Jorge Faccendini (2012b), sitúa que un lazo social es un “recurso simbólico” (p.63) que se sostiene a través de los lazos libidinales que se construyen entre sujetos. Quien hace de soporte de estos lazos es el lenguaje, siendo esta la razón por la cual lo define como un recurso simbólico: “La palabra es lo simbólico por excelencia en tanto y en cuanto sostiene un lazo social, permite establecer un vínculo con otro” (p.63). Desde este punto afirma que a un sujeto no se lo puede aislar de su contexto histórico-social debido que su posición subjetiva es efecto y consecuencia de aquel.

A partir de ambas definiciones, se entiende por lazo social a la relación que se establece entre sujetos y que conlleva dos dimensiones, una social y otra singular. Por otro lado, las autoras Kuras de Mauer y Resnizky (2011) definen clínicamente al AT como un dispositivo, trabajando la noción de lazo social articulada al complejo de Edipo junto con un nuevo elemento: “lo fraterno”. A partir de enmarcar que el trabajo del At se realiza en la vida cotidiana de los acompañados, la fraternidad sería la forma que adquiere el lazo At-acompañado.

Teniendo como base el concepto de transferencia planteado por Freud (1992) y tensionando con lo propuesto por las autoras, se comienza a desarrollar la premisa planteada al comienzo de esta introducción.

En el segundo apartado se la profundiza situando que el armado de los lazos sociales encuentran su fundamento en el proceso de constitución psíquica. Se toman los conceptos freudianos de Prehistoria edípica y complejo de Edipo para ubicar cuales son los elementos centrales que forman parte de dicho proceso.

En torno a la fase preedípica se realiza un recorrido por los desarrollos de Freud (2021b) y luego se articula con los planteos de Donald Winnicott (1979) en relación a los fenómenos y objetos transicionales. A partir de dicha articulación se propone situar lo transicional” como una primera forma del lazo social.

A continuación se trabaja con el concepto de complejo de Edipo desarrollado por Freud en articulación a su re-definición planteada por Silvia Bleichmar (2010) con el fin de pensar cómo el lazo social adquiere su forma.

En el tercer apartado se trabajan las nociones de “lo transicional” y “lo edípico” como operadores clínicos del lazo At-acompañado y se intenta pensar una posible clínica del AT sistematizada en dos tiempos lógicos, donde cada uno de los operadores trabaja de un modo específico pero articulados entre sí.

Breve historia del Acompañamiento Terapéutico

El Acompañamiento Terapéutico en Argentina surge a fines de la década del '50 y principios de los '60, Gustavo Rossi (2013) realiza un recorrido de su historia y lo ubica ligado a un momento de crisis de la clínica psiquiátrica tradicional. El modelo de atención vigente por aquellos años se denominó "asilar" dado que el tratamiento del padecimiento psíquico tenía como ejes centrales el encierro y la medicalización, siendo la dirección de dicho tratamiento propiedad exclusiva del médico psiquiatra.

Rossi (2013) sitúa que en la segunda mitad del siglo XX, en distintos países, sucedieron una serie de movimientos que pusieron en tensión estas prácticas, produciendo importantes cambios en relación a los tratamientos dando por resultado el surgimiento de nuevas estrategias y dispositivos de atención. De esta manera, nace el paradigma comunitario en Salud Mental siendo el psicoanálisis, la psiquiatría comunitaria y la antipsiquiatría sus principales influencias.

En nuestro ámbito, se desplegaron interesantes experiencias de ruptura con la institucionalización psiquiátrica tradicional, mediante la implementación de sistemas abiertos, que daban cuenta de una nueva significación de la locura y de su tratamiento, con la premisa de resguardar la inserción social y productiva del paciente. (Rossi, 2013, p. 20)

Se inaugura de esta manera una nueva etapa que se caracterizó por la apertura hacia las demandas comunitarias, creándose el terreno fértil para pensar un nuevo marco teórico-epistemológico que permita conceptualizar a la salud mental desde lo interdisciplinario y desde una política de tratamiento basada en el sostenimiento de los lazos sociales de quienes demandan atención.

En este sentido la salud mental ya no será privativa de la psiquiatría sino que comienzan a participar disciplinas como la psicología, el trabajo social, la fonoaudiología, entre otras. También se suman nuevos espacios de intervención como el barrio, grupos de base de militancia y organizaciones sociales.

Estas experiencias, que incluían otros protagonistas como actores del cambio (el barrio, las organizaciones intermedias, los grupos de base ligados a la militancia política, etc.), producen en toda esta etapa una fuerte apertura a las demandas comunitarias, y una disputa tendiente a incluir las psicoterapias en el proceso de transformación social, lo cual resulta paralelo a la creación de estrategias y medios terapéuticos innovadores. (Rossi, 2013, p. 24)

La apertura hacia lo social y el eje puesto en que el tratamiento del padecimiento no debía excluir a los sujetos de su comunidad de referencia, crean un inédito escenario de intervención: la vida cotidiana de los pacientes. Allí, en ese escenario, es donde surge el AT.

Tanto Rossi (2013) como las autoras Kuras de Mauer y Resnizky (2011) plantean que en sus comienzos se lo denominó "amigo calificado" y recién en los años '70 pasa a llamarse Acompañamiento Terapéutico. En este sentido el AT se conforma como una estrategia terapéutica ligada al abordaje clínico de pacientes que requieren de un sostén por fuera del consultorio o de las instituciones tradicionales de atención.

El eje central de esta práctica girará en torno a la noción de lazo social y el ámbito en el cuál se insertará es la vida cotidiana de los pacientes, según cada situación lo

requiera. El acompañante terapéutico podrá realizar su trabajo en una escuela, en el shopping, en la calle, en el domicilio particular, etc.

En la actualidad el AT es uno de los recursos más utilizados tanto por los equipos de Salud Mental como de los profesionales que trabajan de manera independiente. Sin embargo, el ejercicio legal de la profesión y su formación aún se encuentran sin regulación oficial, siendo un escenario propicio para que su función tienda a desdibujarse.

Para finalizar este breve recorrido resulta necesario remarcar la importancia que tuvo la creación del Acompañamiento Terapéutico como nueva figura que surge del paradigma comunitario, porque jugó un rol central en el intento de sustitución de las lógicas manicomiales. Dichas lógicas se tratan no sólo de la abolición de los manicomios sino también de todas aquellas prácticas que provocan la alienación del sujeto con su mundo. Pablo Dragotto y María Laura Frank (2017) sitúan un punto central sobre la formación en AT:

Una formación en acompañamiento que sea fiel a su esencia y a la historia que le dio origen, debe posicionarse desde un lugar que contemple la posibilidad de pensar al otro en su singularidad; que no reproduzca en el vínculo con los acompañantes la mirada psiquiatrizante (al decir de Leonel Dozza), de la cual el acompañamiento terapéutico en su origen intentó diferenciarse. Una formación fiel al origen del acompañamiento terapéutico debe estar orientada a generar un vínculo subjetivante que sea respetuoso de la subjetividad y cree posibilidades. (p. 43)

Siguiendo el planteo, las lógicas manicomiales también podrían reproducirse en la práctica del AT y en el vínculo At-acompañado. Estar advertidos de esta situación obliga a revisar de manera continua los ejes teórico-prácticos que delimitan el campo del AT, pero por sobre todo vuelve necesaria la claridad conceptual con la que se construye su clínica.

Acercamientos a un intento de definición clínica

El recorrido histórico del AT evidencia que, desde su creación hasta el presente, su campo de inserción se amplió considerablemente y los espacios de formación se han multiplicado de manera notable. Sin embargo, la función que cumple un acompañante terapéutico y la manera en que trabaja son interrogantes que insisten fuertemente indicando que su dimensión clínica sigue generando importantes controversias en la actualidad.

A pesar de estas dificultades puede afirmarse que existe un sólido consenso en torno a cuál es el elemento central de su práctica: el lazo social. Por lo tanto, este concepto se convierte en la base principal que se toma para abordar la pregunta acerca de la clínica del AT.

En la década de los '80 las autoras Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky comienzan a teorizar en torno al Acompañamiento Terapéutico produciendo diversos aportes hasta la actualidad. En palabras de las autoras:

Durante estas últimas décadas intentamos definir al acompañamiento como un aporte complementario al trabajo psicoterapéutico y psiquiátrico, como un agente en Salud Mental, como parte de un tratamiento de abordaje múltiple. Nunca

estuvimos demasiado convencidas de que podíamos transmitir con algún término o concepto de qué se trata esta rareza de ser AT. ¿Una técnica? ¿Una profesión? ¿Una estrategia terapéutica? (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011 p. 17)

8

Hacia el año 2011 las autoras publican un libro en el que dan cuenta de una definición más inteligible sobre el Acompañamiento Terapéutico utilizando los aportes teóricos de los filósofos franceses Michel Foucault y Gilles Deleuze. Kuras de Mauer y Resnizky (2011) definen al AT como un dispositivo y articulan dichos aportes con conceptos centrales del psicoanálisis.

Las autoras toman de la noción de dispositivo elementos que les resultan útiles para pensar cuándo y de qué manera incluir un At dentro de un tratamiento. Estos elementos son: la naturaleza estratégica, el entramado en red y la heterogeneidad. En relación al primero, plantean:

El acompañamiento terapéutico mediante el concepto foucaultiano de dispositivo, gana hoy la posibilidad de ser caracterizado como una disposición estratégica concreta. Frente al recurso asilar surgió una propuesta de atención en salud mental que opone al chaleco químico la posibilidad de una contención humana. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011, p. 31)

En relación al entramado en red, sitúan que tiene que ver con su modo de inserción. Esta se da (o debe darse) siempre a través de un equipo de trabajo, con el cual poder construir la estrategia terapéutica. En este punto también se incluye la relación transferencial con el acompañado, con su familia y todas aquellas instituciones o espacios con las que se articule.

Por último, la noción de heterogeneidad, que es transversal a toda la práctica misma, se sitúa particularmente en los espacios de formación y en las perspectivas teóricas que lo abordan. Incluyendo la construcción de los dispositivos de AT, las incumbencias y la regulación del ejercicio profesional.

Con el surgimiento de esta figura inédita que aparece con contornos tan difusos y con una funcionalidad tan amplia, Kuras de Mauer y Resnizky (2011) encuentran en la noción de dispositivo el modo de delimitar de manera clara aspectos fundamentales de la práctica. Como resultado se ha podido observar que esta definición ha generado una importante resonancia dentro del cuerpo teórico del AT siendo hasta la actualidad uno de los conceptos más utilizados a la hora de explicar su funcionalidad. La pregunta que surge en torno sus aportes es: ¿con qué elementos de la teoría psicoanalítica articulan la noción de dispositivo para pensar en torno a la especificidad clínica del AT?

Las autoras ubican al Acompañamiento en lo que llaman la “clínica del desvalimiento” (p. 73), aludiendo que se trata de subjetividades donde en general no hay consciencia de la enfermedad, donde el dolor psíquico es tal que expone a los sujetos a estados de desamparo y carencia. Este es un punto central en relación a la demanda de AT, donde generalmente viene dada por otro que no es el acompañado, se trata generalmente de profesionales o instituciones quienes la realizan.

La dimensión de la demanda de AT, por definición excede los recursos de quién la necesita para ponerla en marcha. En el mejor de los casos, recién una vez orquestado el dispositivo clínico, se puede pensar en construir una demanda. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011, p. 74)

A esta primera delimitación las autoras incorporan una lectura del contexto social, indicando que éste se caracteriza por el debilitamiento de los lazos de pertenencia, el resquebrajamiento de las instituciones tradicionales, las crisis de los modelos familiares, entre otros. Por lo tanto, la conceptualización de lazo social que construyen tiene que ver con la horizontalidad.

A partir de estos planteos las autoras proponen conceptualizar la figura del At como una figura fraternal que opera desde lo que denominan como “lógicas fraternales”, siendo

9

este es su aporte central en relación a la clínica del AT. Kuras de Mauer y Resnizky (2011) encuentran en la noción de “lo fraterno” el elemento central para conceptualizarla:

Pensamos, como alternativa, que en las condiciones actuales se impone redimensionar la importancia del vínculo fraterno reconociendo su posibilidad de entretejer lazo social. Los vínculos de paridad han ido adquiriendo una relevancia creciente. Nuestra idea es que el intercambio en horizontalidad produce modos de subjetivación suplementarios. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011, p. 35)

Teniendo en cuenta la idea de “suplementario”, las autoras plantean que el complejo de Edipo es el elemento central en la construcción de los lazos sociales, por lo cual, proponen pensar los lazos fraternales como lazos suplementarios a él.

Si el contexto social se encuentra frente a una importante crisis de las instituciones sociales provocando el debilitamiento de los lazos, la fraternidad se convierte en un modo de subjetivación posible. La paridad genera una tensión entre lo semejante y lo diferente pero que, construyéndose desde la simetría, posibilita una salida frente a encierro narcisista o al vacío de referentes.

Kuras de Mauer y Resnizky (2011) proponen pensar la clínica del AT a partir de conceptualizar el lazo social en términos de simetría. Desde este marco, proponen que la figura del At opere desde este lugar a través de dos elementos claves: el complejo de Edipo como instituyente del lazo y lo fraterno como suplementario fundamental.

AT y lazo social: ¿un lazo simétrico o asimétrico?

El recorrido realizado previamente tuvo la intención de puntualizar aspectos históricos del AT que se relacionan directamente con la producción teórica que se encuentra vigente. La definición del At como un par aparece en múltiples conceptualizaciones no resultando ajena a su condición de surgimiento e inserción.

Retomando algunas definiciones generales se puede decir que el At forma parte de una estrategia terapéutica en aquellas situaciones en las que, por diversos motivos, alguien no puede sostener por sus propios medios alguna parte (o en muchos casos la totalidad) de su cotidianidad.

Este nuevo campo de trabajo que se inaugura trae consigo un abanico de posibilidades de intervención que obliga a re-pensar conceptos y construir marcos teórico clínicos acordes a esa práctica. La variabilidad de escenarios y actores que deben incluirse dicha estrategia se convierte en la base central de la clínica del AT.

Kuras de Mauer y Resnizky (2011) ubican claramente que es la simetría lo que define la figura del At y la manera en que se estructura la relación terapéutica con el

acompañado.

Para poder precisar qué implica pensar en términos de simetría una relación terapéutica es necesario partir de la noción de transferencia. Las autoras observan que ésta toma distintas modalidades en un AT apareciendo disociada o diversificada debido a que en muchas ocasiones un paciente es asistido por varios profesionales. En este sentido afirman que “así como en el espacio analítico suelen reeditarse vínculos parento-filiales, en la interacción con los AT se escenifican predominantemente lazos fraternales”. (p. 25)

Ahora bien, tomando la definición de simetría de la Real Academia Española (2023) puede leerse que se trata de una “correspondencia exacta” entre las partes, en este caso podría decirse que supone una igualdad de condiciones entre el acompañante y el acompañado.

Por otro lado, Freud (1992) define a la transferencia de esta manera:

10

¿Qué son las transferencias? Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico. (Freud, 1992 p. 101)

Teniendo en cuenta ambas definiciones, surgen múltiples interrogantes en torno a los desarrollos de Kuras de Mauer y Resnizky (2011). En relación a la concepción de simetría en la relación acompañante-acompañado, las preguntas giran en torno a qué es lo que los iguala. ¿Trabajar en la cotidianidad vuelve de por sí al At un par? En relación a la forma en que definen la transferencia, no queda claro a lo largo del texto a partir de qué elementos pueden afirmar que en el AT se escenifican de manera predominante lazos fraternales.

Tomando a otros autores y autoras se puede encontrar diversas lecturas respecto a la simetría o asimetría del lazo At-acompañado. Dragotto y Frank (2017) plantean que dentro de las funciones que un At puede realizar se encuentran principalmente la contención y socialización, ambas articuladas entre sí y ligadas directamente con una de las razones fundamentales de la creación de esta práctica: evitar el aislamiento.

Lo que se remarca a lo largo de los capítulos es la singularidad de la práctica en torno a su campo de inserción que es la vida cotidiana de los acompañados. Como se ha planteado anteriormente, esta es la característica con mayor consenso en términos teórico clínicos.

En relación al rol del At sitúan que lo importante es poder poner en palabras qué hace un acompañante, al menos en términos generales, tanto a la familia, al acompañado como a los equipos aunque no se pueda saber previamente cual será la singularidad que adoptará luego ese rol. Dada estas características plantean que es fundamental poder dar cuenta de lo que se puede hacer como de lo que no y en ello agregan: “tanto la abstinencia y la asimetría del vínculo, como la confidencialidad y el secreto profesional son componentes centrales del rol”. (Dragotto y Frank, 2017 p. 58)

En función de ello explicitan que el vínculo que se establece entre At-acompañado es asimétrico y que en él se ponen en juego diferentes roles que a veces pueden ser conscientes pero que en general tienden a ser inconscientes. En este movimiento Dragotto y Frank (2017) ubican la transferencia y establecen que el trabajo del At y del equipo de salud girará en torno a las hipótesis y objetivos que se construyan en función

de los aspectos transferenciales que vayan surgiendo.

Por otra parte, Gustavo Rossi (2013) resulta un poco ambiguo con respecto a delimitar la simetría o asimetría del vínculo At-acompañado. Ubica lo central también en la cotidianidad definiendo a los acompañantes como "interlocutores de lo cotidiano". Establece que la presencia de otro toma una connotación especial en aquellos sujetos que atraviesan situaciones de fuertes padecimientos psíquicos.

Allí ubica entonces al At en el rol de semejante y desde este concepto establece ciertas distancias: si el acompañante está muy lejos puede llegar a operar desde un lugar "demasiado asimétrico"; pero si está muy cerca puede llegar a volverse borroso el límite y confundirse con una relación amistosa, por ejemplo. En ambos casos el trabajo del At se torna complicado, plantea Rossi (2013)

En ese sentido el autor parte de conceptualizar como simétrico el lazo entre el At y el acompañado, siendo el trabajo de aquel ir regulando las distancias según lo requiera cada situación.

Aunque el at sabe que no debe quedar entrampado en el espejismo imaginario, que el sujeto se dirige "a alguien más" que al semejante, que si es llevado al lugar del amigo es en el orden del semblante, como contrapartida tampoco puede "alejarse"

11

demasiado de aquel que acompaña. Esto es, debe regular una distancia que permita guardar alguna "semejanza": en forma artesanal, en cada AT. (Rossi, 2013 p. 113)

A partir de este recorrido se plantea que la relación que se construye en el AT es asimétrica principalmente porque toda relación terapéutica que se establezca desde los marcos teórico-clínicos del psicoanálisis depende de la instalación, el manejo y la lectura de la transferencia, tal como Freud (1992) la conceptualizó. Y desde este punto se entiende que no hay simetría posible entre el acompañante-acompañado.

SEGUNDO APARTADO
CONSTITUCIÓN PSÍQUICA: BASES CLÍNICAS DEL LAZO SOCIAL

La Prehistoria Edípica y lo transicional: puntapié del lazo social

Partiendo de la definición de lazo social planteada en la introducción a partir de los autores Lisandro Tomeo (2012a) y Jorge Faccedini (2012b), en este apartado se trabajan

simultáneamente y en profundidad las dos dimensiones que lo constituyen, es decir, la social y la singular.

A partir de dicha definición se puede establecer que la existencia de las relaciones sociales y de los vínculos humanos no son algo dado “por naturaleza” sino que son efecto de procesos que se anclan en la constitución psíquica. Una de las principales líneas de investigación de Freud (2021c) en “El malestar en la cultura” gira en torno a cuáles son estos procesos, encontrando importantes semejanzas entre el desarrollo cultural y el desarrollo libidinal individual de un sujeto. Ésta es la pista central que se toma para buscar en la constitución psíquica los elementos clínicos del lazo social.

En la introducción de “Psicología de las masas y análisis del yo”, Freud (2008) plantea que la oposición entre psicología individual y psicología social no tiene consistencia alguna porque en el fondo toda psicología individual es social. La posibilidad de que un sujeto se constituya como tal parte de la presencia fundante de un otro:

En la vida anímica de individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social en este sentido más lato, pero enteramente legítimo. (Freud, 2008 p. 67)

Freud desde los inicios y a lo largo de toda su obra plantea que la sexualidad es el punto neurálgico de la vida anímica de los sujetos, siendo el motor de la constitución psíquica y de la posibilidad de relacionarnos con otros. Ya en “Tres ensayos de teoría sexual”, texto de 1905, señaló que el desarrollo sexual se encuentra diferenciado entre una sexualidad infantil y una sexualidad adulta, siendo la primera fundante de la segunda.

En ese mismo escrito diferenció en la sexualidad infantil tres fases a las que denominó oral, anal y fálica. En esta última ubicó las dos instancias cruciales para la constitución del psiquismo: complejo de Edipo y el complejo de castración. El atravesamiento por estas instancias es seguido de un período de latencia, donde el desarrollo sexual queda “detenido” para resurgir en la pubertad y proseguir hacia la conformación de la sexualidad adulta.

Con el concepto de complejo de Edipo, Freud (2008) hace referencia a los deseos incestuosos y ambivalentes que se despiertan en el niño o la niña, entre los dos y los cinco años, hacia sus progenitores. Manteniendo la misma lógica, en el texto “El sepultamiento del complejo de Edipo”, plantea una diferencia crucial en el atravesamiento que hacen el niño y la niña por esta instancia: para el niño el complejo de Edipo precede al complejo de castración y en la niña sucede a la inversa.

No es relevante para el presente trabajo profundizar en esta diferenciación, pero sí resulta importante situarla ya que es en relación a las dudas que se le plantean a Freud (2021d) respecto de cómo la niña atraviesa el Edipo que termina hallando la fase preedípica y en ella una característica universal clave.

En el “El yo y el ello” de 1923 aparece una nueva conceptualización del Edipo como completo donde Freud (2021a) incluye tanto en el niño y en la niña los deseos incestuosos de amor y odio hacia ambos progenitores.

En 1931 escribe “Sobre la sexualidad femenina” y allí profundiza lo planteado en relación al complejo de Edipo completo y establece por primera vez la fase preedípica que

tendrá como protagonista exclusiva la ligazón-madre para ambos sexos. Los cuidados que se ejercen sobre el recién nacido en virtud del estado de dependencia en el que se

encuentra dan como resultado la formación de esta ligazón:

Para el varón, la madre deviene primer objeto de amor a consecuencia del influjo del suministro de alimento y del cuidado del cuerpo, y lo seguirá siendo hasta que se sustituya un objeto de su misma esencia o derivado de ella. También en el caso de la mujer tiene que ser la madre el primer objeto. Es que las condiciones primordiales de la elección de objeto son idénticas a todos los niños. (Freud, 2021d p. 230)

Lo que Freud (2021d) sitúa a partir de este texto es que a los procesos psíquicos que se dan en el complejo de Edipo lo antecede una fase que denomina “preedípica” o también “prehistoria del complejo de Edipo”, en la cual a través de los procesos de cuidado que se ejercen en el recién nacido se crea una relación de amor, un primer objeto de amor apuntalado en esos cuidados.

A su vez argumenta que esta ligazón-madre debe ser permutada luego por la ligazón-padre, ya que esta última se edifica a través de la primera. Por lo cual se puede pensar el proceso en dos tiempos lógicos, en donde uno sucede al otro.

Ya un año antes, en “Malestar en la cultura”, Freud (2021c) puntualizaba que los cuidados que se ejercen sobre el recién nacido son fundamentales no sólo en términos biológicos sino también libidinales, porque el armado de los primeros lazos y de la posibilidad de construir un “afuera” dependen exclusivamente de cómo se realicen estos mismos.

En los comienzos el lactante puede registrar las excitaciones que su propio cuerpo le genera de manera sistemática pero no tiene capacidad para diferenciar su yo del mundo exterior. Este movimiento de creciente diferenciación lo va realizando a partir de los cuidados que sus progenitores le dispensan en los primeros tiempos.

El psicoanalista inglés Donald Winnicott (1979) plantea en 1953 una hipótesis interesante que da cuenta de este proceso y que puede articularse a los desarrollos hechos por Freud (2021d) sobre la fase preedípica.

Dicha hipótesis parte de observar el comportamiento de recién nacidos y encuentra que al comienzo utilizan una parte de su cuerpo (puño, dedos) para estimular la zona erógena y, más tarde, utilizan objetos (muñecos, peluches, retazos de tela) que necesita llevar consigo. Para Winnicott (1979) estas conductas tienen una gran importancia en la vida de un sujeto y proporcionan datos clínicos fundamentales para entender sus intereses futuros.

Dentro de este marco, el autor introduce la denominación “objeto transicional” y “fenómeno transicional” para designar la “zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto” (p. 18). A partir de este planteo la conceptualización de la zona intermedia de experiencia se torna crucial para entender la existencia y la importancia estructural para el psiquismo, de los fenómenos y objetos transicionales.

Winnicott (1979) parte de la idea de que la naturaleza humana se compone al menos de dos realidades, una perteneciente al mundo interno y otra al mundo externo. En función de ello plantea que es necesario pensar en una tercera parte:

La tercera parte de la vida de un ser humano, una parte de la cual no podemos hacer caso omiso, es una zona intermedia de *experiencia* a la cual contribuyen la realidad interior y la vida exterior. Se trata de una zona que no es objeto de desafío alguno, porque no se le presentan exigencias, salvo la de que exista como lugar de descanso para un individuo dedicado a la perpetua tarea humana de mantener

separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la exterior. [La cursiva pertenece al texto original] (Winnicott, 1979 p. 19)

La caracterización de la zona intermedia de experiencia como una zona que no debe solicitar ninguna exigencia es central como fenómeno clínico, pero no puede entenderse por completo sin articularlo a lo que Winnicott (1979) denomina como “ilusión”. La introducción de este concepto tiene como finalidad visibilizar y sistematizar el proceso que va desde la incapacidad del recién nacido en reconocer la realidad y su creciente capacidad para ello.

Winnicott (1979) plantea que este proceso no avanza de manera “evolutiva” sino que es producto de una operación particular que realiza la figura materna, conceptualizada por él como “la madre lo bastante buena”. Mediante el proceso de ilusión-desilusión, esta figura va desde la presencia total ante las necesidades del bebé al retiro lento, dándole la posibilidad de creer que es él quien crea los objetos de la realidad.

En este punto es donde la madre “lo bastante buena” y los fenómenos transicionales se articulan, creando aquella zona intermedia de experiencia que no debe representar ninguna exigencia de separación entre lo interno y lo externo. Winnicott (1979) lo grafica claramente en el siguiente párrafo:

Acerca del objeto puede decirse que se trata de un convenio entre nosotros y el bebé, en el sentido de que nunca le formularemos la pregunta: “¿Concebiste esto o te fue presentado desde afuera?” Lo importante es que no se espera decisión alguna al respecto, la pregunta no se debe formular. [La cursiva pertenece al texto original] (Winnicott, 1979 p. 30)

Lo que resulta interesante de los desarrollos del período preedípico y de los fenómenos y objetos transicionales es su ubicación lógica-temporal como fundantes del psiquismo y preparatorias de los posteriores procesos psíquicos que se suceden.

Winnicott (1979) afirma que la conceptualización de los fenómenos y objetos transicionales resulta de vital importancia debido a que la zona intermedia de experiencia “es necesaria para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo” (p. 31). Esta es la razón por la cual se puede pensar “lo transicional” como el puntapié del lazo social.

Lo edípico: la pautación del lazo

Definido por Freud (2021b) como el “fenómeno central del período sexual de la primera infancia” (p. 181), el complejo de Edipo se caracteriza por ser el proceso psíquico a través del cual se inscriben en el psiquismo los primeros lazos afectivos, es decir, las primeras investiduras de objeto y las primeras identificaciones sobre las cuales se apuntalarán los procesos posteriores de la sexualidad adulta.

Silvia Bleichmar (2010) plantea que en los inicios de la vida el ser humano se encuentra en un estado de indefensión total debido a que el “montante biológico” con el que nace es insuficiente para poder conservar la vida por medios propios. Por lo cual, la presencia de otro ser humano en sus comienzos se vuelve imprescindible.

La diferencia que se encuentra con la especie animal es que el cuidado que el adulto ejerce sobre el recién nacido no se limita sólo a la autoconservación, sino que

realiza algo más. Bleichmar (2010) lo denomina “perturbación de la función”, haciendo referencia a que son las funciones biológicas las que se ven alteradas mediante estos cuidados. Este proceso se lo conoce como “simbolización” y es lo que permite la inscripción de un ser humano en su cultura, por ende, es la vía fundante de la vida social futura.

15

La humanización es perturbación de la función: no solamente es comer, sino comer dentro de ciertas condiciones; no solamente es dormir, sino dormir dentro de ciertas condiciones. (...) Esto, que parece una perturbación, es en realidad el origen de la vida simbólica. (Bleichmar, 2010, p. 129)

Siguiendo los planteos del texto, una de las importantes aclaraciones que realiza la autora gira en torno a la denominación “padre” (o paterno), afirmando que no corresponde a una persona concreta sino que es una función: “Padre, si se conserva como función, es una instancia en el interior de todo sujeto psíquico, sea cual fuere la definición de género que adopte y la elección sexual de objeto que lo convoque” (Bleichmar, 2010 p. 19)

Lo planteado en relación a lo paterno puede pensarse también respecto a lo materno, se trata de funciones y, en tanto tales, pondrán en juego ciertas operatorias. A partir de estas revisiones Silvia Bleichmar (2010) plantea:

Es absurdo seguir pensando que el complejo de Edipo es el odio al padre del mismo sexo y el deseo por el del sexo contrario. (...) *El Edipo es la forma con la cual cada cultura pauta el exceso de apropiación del cuerpo del niño como lugar de goce del adulto*. Lo que importa es que el cuerpo del niño no sea el lugar de goce del adulto, que el cuerpo del niño sea respetado en la subjetividad que implica. [El resaltado es propio] (p. 50)

Junto a esta definición la autora establece que la asimetría y la protección son las operatorias fundantes del lazo niño-adulto, resaltando que se trata de un lazo de filiación y no de alianza el que debe instaurarse en este primer tiempo. Por lo tanto la asimetría viene dada en relación al saber y al poder del adulto por sobre el niño y, la responsabilidad de aquel en poner límites a su propio goce.

En su seminario *La construcción del sujeto ético*, Bleichmar (2011), profundiza estas operatorias y le da una vuelta más a su definición anterior. Afirma que el “Edipo es pautante no solo de la prohibición del incesto sino de la prohibición de la apropiación del otro como lugar de goce” (p. 253)

Bajo estos términos la autora saca del eje al niño o la niña y se centra en el lugar del adulto respecto a ellos. Es decir, la responsabilidad de acotar, de pautar y de poner límites respecto a su goce recae en el lugar del adulto.

Otro de los aspectos fundamentales de esta re-definición es haber planteado que se trata de “un otro”, lo que permite correr el foco del proceso del Edipo centrado exclusivamente en la relación madre-padre-niño, es decir, ese “otro” no es necesariamente la madre o el padre. A partir de este planteo se podría pensar a la operatoria edípica no sólo en relación a lo familiar, sino en relación todos aquellos otros adultos significativos.

Desde este punto, se puede plantear que la pautación se convierte en una operatoria edípica que contribuye al armado de los lazos, por lo tanto, puede leerse como un segundo tiempo de constitución éstos: el primer tiempo sucede a partir de “lo

transicional” que genera su base y luego, “lo edípico” pauta su forma.

Siendo el AT una práctica que tiene su eje en lazo transferencial AT-acompañado, la operatoria edípica se convierte en una instancia clave para pensar su clínica.

16

TERCER APARTADO LO TRANSICIONAL Y LO EDÍPICO COMO APUESTA PARA PENSAR LA CLÍNICA DEL AT

La solicitud de Acompañamiento Terapéutico, por lo general, viene dada por un equipo de Salud Mental o algún profesional del campo que evalúa la necesidad de intervención en una parte (o en gran parte) de la vida cotidiana de un paciente. Como se ha señalado en varias ocasiones del recorrido preliminar, el At puede incluirse en una variedad de situaciones que tienen como punto común la fragilidad subjetiva y el debilitamiento de los lazos sociales.

Tanto el equipo de Salud Mental como el profesional “individual” que propone su inclusión, tienen la responsabilidad del armado de la estrategia terapéutica en la que se incorpora este último y a la que también este aportará con el transcurrir del acompañamiento. En relación a ello, Gustavo Rossi (2013) plantea:

El AT es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica. Se incluye en el tratamiento interdisciplinario de pacientes severamente perturbados, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables para las estrategias psicoterapéuticas clásicas. [La cursiva pertenece al texto original] (pp. 44-45)

Uno de los aspectos fundamentales del AT es la delimitación de los días, horarios, lugar y honorarios de trabajo, que conforman la base de lo que se conoce como encuadre. Dicho encuadre constituye la herramienta fundamental de la práctica ya que tiene una doble función: por un lado, permite armar las coordenadas de trabajo; y por el otro, posibilita la construcción de las lecturas clínicas de cada situación.

Todos estos elementos se encuentran direccionados esencialmente por la ética que funda a la práctica misma, una ética que, en términos de Silvia Bleichmar (2011), puede definirse en relación al semejante: “Cuando hablo de ética, me refiero a la capacidad de poder tomar en cuenta al otro” (p. 252)

El compromiso con que se asume la tarea de acompañar es en función de su finalización, es decir, desde el inicio el At trabaja para que no se lo necesite más. Sobre este aspecto, insustituible y fundacional, Martín Contino (2014) plantea:

Cabe destacar que esta praxis se lleva adelante con una única e innegociable finalidad: trabajar para que al At no se lo necesite más. Esto significa que el modo

de delinear la cartografía que servirá de base para desplegar la praxis, no sólo se debe contemplar la habilitación de una relación transferencial que motorice el acompañamiento, sino que también debe incluir la manera y el momento en el que el At debe ir disolviendo el lazo transferencial que lo conectaba con el acompañado (...) Sin embargo, es importante tener en consideración que este último movimiento de ninguna manera debe comprometer la estabilidad de las transformaciones producidas. (p. 4)

Resulta importante resaltar entonces que en la clínica del AT el lazo transferencial At-acompañado es la herramienta primordial de trabajo. Por tal motivo es prioritario contar con conceptos que permitan leerlo con la mayor claridad posible para poder pensar las estrategias terapéuticas en función de dicha lectura.

En los desarrollos anteriores se ha planteado que “lo transicional” y “lo edípico” son conceptos que permiten leer y dar cuenta del armado de los lazos sociales, por lo tanto, la apuesta es ponerlos a trabajar en el lazo At-acompañado. Bajo estos lineamientos se

17

propone pensar la clínica del AT sistematizada en dos tiempos lógicos: en el primer tiempo operando “lo transicional” y en el segundo “lo edípico”.

En un desarrollo similar Lisandro Tomeo (2012) propone diferenciar dos momentos lógicos en el armado de la estrategia de un AT, ubicando en el primero de ellos lo que denomina como “interrupción del ciclo de repetición”. El autor arma esta idea en relación al concepto de compulsión de repetición de Freud y describe metapsicológicamente el proceso llegando a la conclusión de que las situaciones que requieren la inclusión del AT tienen algo en común: “la dificultad o imposibilidad del sujeto en la producción de lazos sociales, que tiene como efecto una situación loca” (p. 34).

En función de ello afirma que la llegada del At le permite al acompañado poder tener un espacio compartido en el que las representaciones que rondan la compulsión puedan ser compartidas con otro y, de esta manera, ir disminuyendo la carga psíquica que le producen. Tomeo (2021) define a dicho espacio como “transicional” y plantea que “permite el investimento libidinal del A.T como un comienzo de reconstrucción del lazo social” (p. 35).

Profundizando la idea de la clínica estructurada en dos tiempos, se intentará desarrollar la operatoria que se pone en juego en cada uno de ellos. En el primer tiempo, como ya se expuso anteriormente, “lo transicional” opera en el inicio de la relación terapéutica posibilitando la construcción del lazo At-acompañado.

En este sentido, el trabajo del At es posibilitar el armado transferencial del marco en el que el acompañado pueda ir desplegando aquello que lo aqueja, con el objetivo de crear un espacio en común, compartido y confiable.

Parafraseando a Winnicott, la operatoria del At en este primer tiempo podría definirse como “un At lo bastante bueno”: oficiando de ese otro que permite la construcción de lo propio a partir de asumir el lugar de sostén de quien se encuentra estado de fragilidad psíquica, para luego realizar un corrimiento paulatino de dicho lugar de sostén en la medida en que la fragilidad vaya adquiriendo herramientas para un soporte propio.

En el AT este lugar de sostén suele llamarse trabajo “cuerpo a cuerpo” y se utiliza para designar la distancia con la que el At trabaja respecto a su acompañado. Ahora bien ¿a partir de qué elementos el At puede comenzar a realizar dicho corrimiento? Se podría pensar como señal la aparición de lo novedoso en lo cotidiano, es decir, el acompañado comienza a poder habitar otros lugares, otras palabras, otros lazos, otros actos.

Siguiendo esta lógica, en el segundo tiempo de la clínica del AT se ubica la operatoria de “lo edípico”, que está relacionada a la forma que adquiere el lazo social en general y al lazo At-acompañado, en particular.

El AT es una práctica que, como se ha desarrollado a lo largo del ensayo, trabaja siempre en una doble articulación (o tensión) entre lo singular y lo colectivo. Por lo cual su trabajo es construir un lazo transferencial con el acompañado que pueda poner a trabajar su singularidad pero que también le permita inscribirse en un orden social y construir otros lazos de pertenencia, ya sea a su comunidad o acorde a sus deseos. En este sentido la noción de “lo edípico”, construida a partir de los desarrollos Freud y de Bleichmar, pretende poder dar cuenta de este doble movimiento.

Si el primer tiempo lógico funciona como puntapié del lazo social y con ello de la posibilidad de sostenerse en el mundo, el segundo tiempo pauta la forma en que se construye. En este sentido “lo edípico” se constituye como un operador que permite leer los límites y trabajar sobre los contornos de los lazos: familiares, institucionales, terapéuticos, de amistad.

Desde los inicios de la práctica del AT se ha observado que la inclusión de un At como parte de la estrategia terapéutica se realiza en casos donde los marcos o los contornos subjetivos se encuentran muy difusos o frágiles. Las posibilidades de un sujeto de hacer algo con lo propio se vuelven acotadas ya que la irrupción de la angustia o del sufrimiento desborda fácilmente esos contornos. La presencia de un otro, como en el caso del At, garantiza la posibilidad de contención de ese desborde pero no es suficiente.

18

Por lo cual, en este segundo tiempo “lo edípico” permite operar desde la construcción de los límites o, en términos de Silvia Bleichmar (2010), la pauta de las legalidades que hacen posible el funcionamiento del psiquismo y el sostenimiento de una vida social plena.

A partir de la aparición de lo novedoso en la vida cotidiana del acompañado, como se señaló anteriormente, el At puede pasar de ocupar el lugar de sostén un lugar de armado de contornos, trabajando en la inscripción/pautación de las legalidades que le permitirán al acompañado la construcción de aquellos contornos necesarios para evitar los desbordes y posibilitar que los procesos psíquicos se puedan llevar adelante de manera autónoma.

La propuesta de pensar la clínica del AT en dos tiempos lógicos no implica que estos tiempos sucedan uno después del otro, la demarcación se realiza a modo esquemático con el fin de poder dar cuenta de los procesos planteados. Se apunta a pensar estos tiempos necesariamente articulados, pero prescindiendo de un orden evolutivo, por lo tanto, en el desarrollo de un acompañamiento puede primar uno u otro tiempo, ambos al mismo tiempo, dependiendo de los escenarios y las situaciones que se presenten.

CONCLUSIONES

Entendiendo por clínica la manera de leer y de operar con los conceptos en la práctica, el recorrido realizado a lo largo del ensayo tuvo como objetivo abordar los ejes teórico-epistemológicos que dieron surgimiento al Acompañamiento Terapéutico con el fin de esclarecer algunos de sus conceptos centrales y poder interrogarlos en su eficacia práctica.

Al comienzo del escrito se planteó que el AT nace como una estrategia inédita ligada al modelo comunitario para abordar las problemáticas del campo de la Salud Mental y apostar a la sustitución de las lógicas manicomiales que impregnaron dicho campo. Sin embargo, la tarea no resulta nada fácil debido a que estas lógicas atraviesan los muros institucionales y se reproducen en las prácticas de atención, por lo que el At

podría reproducirlas sin estar advertido de ello.

A su vez, la posibilidad de poder revisar la propia práctica viene dada a partir de tener (o construir) elementos teóricos claros para hacerlo, pero en el AT esto puede verse obstaculizado por la singularidad que porta desde su surgimiento: se desarrolla en una multiplicidad de escenarios y eso le imprime una variabilidad terapéutica peculiar.

Además de dicha variabilidad, los conceptos deben poder permitir leer la asimetría del lazo transferencial At-acompañado, y sobre todo poder dar cuenta de la ética que funda la práctica y el encuadre necesario para sostenerla. Por esta razón la clínica del AT debe poder construirse con elementos teóricos que supongan cierta constancia y que, a la vez, tengan la capacidad de incluir esa variabilidad tan particular.

A partir de situar la categoría de lazo social como eje principal de la práctica y de ensayar algunos entrecruzamientos teóricos en relación a su constitución, se encuentra en los conceptos de “lo transicional” y “lo edípico”, la estructura y versatilidad que se plantean como necesarias a la hora de construir una lectura clínica posible.

Ambos conceptos pueden dar cuenta de la tensión entre lo singular y lo social, y de la necesaria articulación entre ambas dimensiones tanto para la constitución psíquica como para la vida en comunidad. Recoger esta característica para pensarla dentro de los marcos de un Acompañamiento Terapéutico puede resultar vital para poder sostener la potencialidad de su clínica.

Además de lo ya desarrollado en relación a ambos conceptos, es importante resaltar que “lo edípico” aporta una característica más que resulta central para el trabajo del AT: puede convertirse en la herramienta que posibilite revisar el modo en que el At trabaja respecto a su acompañado, es decir, puede permitir leer los límites de su propio trabajo.

Si el AT es una práctica que surge a partir de pensar en la sustitución de las lógicas manicomiales y estas pueden reproducirse sin poder advertirlo, “lo edípico” puede pensarse también como el elemento regulador de las distancias que se ponen en juego en cualquier AT. Se transforma en un elemento conceptual que permite leer no sólo las escenas cotidianas con el acompañado y su entorno, sino también la manera en que se lleva adelante la propia práctica. Por ende, es el que permite sostener la ética del AT y su compromiso con el que asume la práctica: trabajar para que no se lo necesite más.

Por fuera de este ensayo quedan cuestiones no menores para situar y reflexionar en torno a la clínica del AT: queda interrogar la metapsicología de “lo transicional” y “lo edípico”; explorar qué otros elementos de estos conceptos se ponen en juego en la tarea de acompañar; incluir otras nociones estructurantes del psiquismo como las fantasías, el fantasma, el narcisismo, entre otras.

Una clínica del AT posicionada desde el psicoanálisis debe poder abordarlas, y corresponde hacerlo sobre todo porque hay una pregunta que insiste en el campo del AT, y ha insistido tácitamente en la producción de este ensayo, que es la diferencia entre la

función del analista y del At. Interrogante que podrá ser abordado a partir de construir una clínica con marcos teórico-prácticos más claros y concisos.

Es un anhelo de este ensayo colaborar con ello y que este sea un insumo más para futuros debates e investigaciones en torno al campo del Acompañamiento Terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bleichmar, S. (2010). *Violencia social-Violencia escolar: de la puesta de límites a la*

- construcción de legalidades*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Bs As: Paidós. Contino, M. (2014, 6 de Octubre). El Acompañamiento Terapéutico y la desterritorialización de las lógicas manicomiales [Presentación oral]. El Acompañamiento Terapéutico y la construcción de su identidad. Rosario, Argentina.
- Dragotto, P. y Frank M.L (2017). *ACOMPANÑANTES: Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba: Editorial Brujas.
- Facedini, J. (2012b). Dispositivo de abordaje ambulatorio. En Ignacio Cárcamo (Ed.) *Salud Mental y Adicciones* (pp. 62-73). Rosario: Rey Tinta
- Freud, S. (1992). Fragmento de un análisis de un caso de histeria. *En Obras Completas Tomo VII.* (pp. 101-107). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). Psicología de las masas y análisis del yo. *En Obras Completas Tomo XVIII.* (pp. 67-68). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2021a). El Yo y el Ello. *En Obras Completas Tomo XIX.* (pp. 30-40). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2021b). El Sepultamiento del complejo de Edipo. *En Obras Completas Tomo XIX.* (pp. 177-187). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2021c). El Malestar en la cultura. *En Obras Completas Tomo XXI.* (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2021d). Sobre la sexualidad femenina. *En Obras Completas Tomo XXI.* (pp. 225- 244). Buenos Aires: Amorrortu.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2011). El Acompañamiento Terapéutico como dispositivo. Buenos Aires: Letra Viva.
- Real Academia Española (2023). Simetría. En *Diccionario de la lengua española* (XXIII ed.) Recuperado de: <https://dle.rae.es/simetr%C3%ADa>
- Rossi, G. P. (2013). *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Polemos.
- Tomeo, L. (2012a). Sobre la complejidad del pedido: Metapsicología del acompañamiento terapéutico. En Ignacio Cárcamo (Ed.) *Salud Mental y Adicciones* (pp. 24-35). Rosario: Rey Tinta
- Winnicott, D. W. (1979). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.