



**Universidad Nacional de Rosario**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Integrador Final**

**Propuesta de intervención en el campo profesional**

**“El acompañamiento terapéutico como un modo de intervención en el espacio de internación breve en salud mental de un hospital monovalente”**

**Autora:** Rubio Appendino, Elisabet

**Legajo:** R-2023/1

**Docente responsable:** López Ocariz, Cecilia

**-2019-**

## Índice

<b>Denominación del proyecto.....</b>	<b>2</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Palabras claves.....</b>	<b>2</b>
<b>Mapa socio- histórico- político: Diagnostico.....</b>	<b>2</b>
<b>Construcción del problema.....</b>	<b>5</b>
<b>Descripción de la propuesta.....</b>	<b>6</b>
<b>Justificación de la propuesta.....</b>	<b>8</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<b>Determinación de las acciones y plazos tentativos.....</b>	<b>15</b>
<b>Recursos materiales.....</b>	<b>16</b>
<b>Recursos humanos.....</b>	<b>16</b>
<b>Evaluación del proyecto .....</b>	<b>16</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>17</b>

## **Denominación del proyecto**

Elaboración de una propuesta de intervención en el campo profesional para implementar un dispositivo de acompañamiento terapéutico en el espacio de tránsito del C.R.S.M Agudo Ávila, de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

## **Resumen**

La presente propuesta de intervención en el campo profesional consiste en la implementación de un dispositivo de acompañamiento terapéutico en internaciones breves en salud mental en el espacio de tránsito del C.R.S.M. Dr. Agudo Ávila, de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Con el objetivo de abordar los ejes problemáticos que dicho espacio presenta: el quiebre de los lazos sociales, el tiempo y el hacer, la espacialidad y la pérdida de los objetos personales. Para ello se propondrá la inclusión de un dispositivo de acompañamiento terapéutico, que contemple la presencia de 2 acompañantes terapéuticos quienes llevarán a cabo distintas actividades en torno a los ejes problemáticos situados. Se propone que las actividades se desarrollen 3 veces por semana por un lapso de 3 horas.

## **Palabras claves**

Salud Mental- crisis subjetivas- internación en salud mental- acompañamiento terapéutico

## **Destinatarios**

Usuarios de la Salud Mental que se encuentran cursando una internación breve en salud mental en el espacio de tránsito, del CRSM "Agudo Ávila". El mismo se encuentra ubicado en la ciudad de Rosario, provincia de Santa fe, es un hospital monovalente especializado en Salud Mental, cuenta con los siguientes dispositivos: internación prolongada, internación breve (Espacio de Tránsito), consultorios externos, guardia psiquiátrica que funciona las 24 hs del día con equipo interdisciplinario, asistencia domiciliaria y asesoría jurídica. El espacio de tránsito específicamente es un lugar destinado a los usuarios que se encuentren atravesando algún tipo de crisis subjetiva aguda, presenta un perfil acorde a los lineamientos de la ley de salud mental N° 26.657, ya que cuenta con equipos interdisciplinarios y las internaciones solo se llevan a cabo tal como lo indica la ley en el artículo 14, que es cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones y solo se llega a una internación involuntaria cuando hubiese un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

## **Mapa socio-histórico-político: Diagnóstico**

El 23 de Abril de 1918 el consejero y profesor de la cátedra de medicina legal de la Universidad del Litoral, presenta un proyecto para que la cátedra de psiquiatría adultos se transformara en instituto de psiquiatría. De este modo se inaugura el Instituto de Psiquiatría de Rosario conformado por varias cátedras. En el año 1920 el Dr. Agudo Ávila organiza a partir de la Facultad de Medicina la obtención de un contrato para levantar el hospital de alienados, posibilitándose en 1927 con los aportes del gobierno de la provincia de Santa Fe y empezando a funcionar el 1 de Octubre de 1927.

Desde ese año y hasta el año 1981 depende de la Universidad, después pasa a ser el servicio de psiquiatría del Hospital Provincial del Centenario (hospital público de alta complejidad).

Debido a la falta organizativa de las distintas modalidades de atención: la guardia era sostenida por residentes las 24 hs, los pabellones eran atendidos por algún docente, no había presupuesto propio ni una organización administrativa que diera cuenta de la necesidad del servicio, se define por resolución N° 1479 del 9 de Octubre de 1991 la creación del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”.

A partir de este momento se empieza a organizar como una estructura hospitalaria, se reorganiza la guardia con profesionales dependientes de la provincia y se arma el staff de profesionales permanentes, también aparece la figura del director que hasta ese momento no estaba.

A partir del decreto N° 3486 del 23 de Octubre del 2003, se incorpora el C.R.S.M. al régimen de descentralización hospitalaria, instituido por ley N° 10.608.

El Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” se encuentra ubicado en el macro centro de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Es un centro de referencia tanto de la ciudad como de las ciudades de sus alrededores, conocido como el Gran Rosario. Es un hospital público, monovalente especializado en salud mental, dependiente de la zona VIII de salud de la Provincia de Santa Fe y cuenta con los siguientes dispositivos: internación prolongada (con casi el 50% de ocupación en sus camas con pacientes crónicos, reservándose el otro porcentaje para los casos que surjan de situaciones críticas), internación breve (Espacio de Tránsito), consultorios externos, guardia psiquiátrica que funciona las 24 hs del día con equipo interdisciplinario (psiquiatra y psicólogo, se encuentran en el horario de 8.00 a 20.00 hs, de 20.00 a 8.00 del día siguiente solo psiquiatra), asistencia domiciliaria y asesoría jurídica.

Presenta una apuesta al trabajo interdisciplinario teniendo en cuenta los entrecruzamientos psicológicos, históricos, sociales, económicos, jurídicos, culturales y biológicos que se presentan en el complejo proceso de la salud. Centrándose de esta manera en una práctica interdisciplinaria, con equipos interdisciplinarios (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros, abogados, talleristas, terapistas ocupacionales, etcétera) adecuando la asistencia a las demandas sociales surgidas en esta época y en el marco de la ley.

Otra característica que presenta es la del fortalecimiento del trabajo territorial, indicando en los casos que así lo requieran, la construcción y referencia a los centros de salud del barrio al que pertenezca el usuario, apostando al trabajo comunitario con los profesionales del área geográfica. En este sentido, se sostiene un abordaje tendiente a la inclusión social, evitando tanto la perpetuación de las internaciones como la desasistencia, que por lo general presentan como resultado mayor segregación y marginalización, en una franja poblacional que ya se encuentra violentada en sus derechos, mediante la fragilización de los lazos sociales, producto de una fragmentación del tejido social y productivo.

El sector que mayormente acude a la institución pertenece a una clase social baja o media baja, que suele encontrarse con muy poco recursos tanto económicos como socio-culturales. Las patologías que se presentan con mayor frecuencia según datos estadísticos, son casos de psicosis y problemáticas de consumos de sustancias.

### **El espacio de tránsito**

Durante el año 2005 se lleva a cabo una experiencia piloto donde con la conformación de un equipo interdisciplinario (psiquiatría, psicología y trabajador social) funcionaban como equipo de admisión, atendiendo a 2 o 3 pacientes que ingresaban al hospital por un lapso de 24/48 horas. El lugar físico donde funcionaba era en la PB del pabellón 3, mientras se estaba construyendo la guardia nueva.

Al inaugurarse la guardia nueva en el 2006, se construye un espacio físico para las internaciones breves, sumándose aquel equipo de la experiencia piloto, trabajando por las mañanas y se conforma otro equipo para el turno de la tarde. Estos equipos funcionaban en simultáneo, recepcionando sobre todo los oficios judiciales y los pedidos de evaluación de otros efectores, en modalidad de comité; hasta Mayo del 2015, cuando una de las psicólogas y un psiquiatra pasan a atender a pabellón, quedando un solo equipo en adelante. El mismo está compuesto actualmente por 1(una) jefa de guardia, 1 (una) psicóloga, 1 (un) psiquiatra, 2 (dos) trabajadores sociales, 1 (una) médica clínica y 2 (dos) enfermeros por turnos.

Con la ida de la psicóloga y el psiquiatra a pabellones, el trabajo del equipo de tránsito se acentúa como tal y ya no trabajan como comité de admisión, es a partir del 2010 con la sanción de la Nueva Ley de Salud Mental N° 26.657 que se empieza a pensar en otra clave el espacio.

Actualmente no hay comité de admisión, siendo los ingresos en general por guardia ya que la misma a partir del 2013 es interdisciplinaria (psiquiatría y psicología).

El espacio de tránsito se dedica específicamente al alojamiento de usuarios que se encuentren atravesando algún tipo de crisis subjetivas agudas las cuales se definen: como una particular y aguda imposibilidad de mantener relaciones sociales, lazos afectivos, laborales, de convivencia, o de compartir criterios colectivos de realidad, produciendo un quiebre de los lazos íntimos entre subjetividad y colectividad, y eso es lo que se intenta restablecer.

El mismo dispone de ocho camas mixtas, distribuidas en tres piezas, cuenta con tres baños, un comedor, un patio muy chiquito, el office de enfermería, la sala del equipo de guardia, otra sala para el equipo de tránsito y por último, el pasillo que comunica todas estas piezas y por el cual transitan tanto profesionales, como usuarios y sus respectivos familiares. Además hay un consultorio para las reuniones de equipos que casi nunca se usa para tal fin.

Para que un usuario ingrese a este lugar, primero se hace una evaluación con el equipo interdisciplinario (psicología y psiquiatría) de la guardia que es la puerta principal de acceso al hospital. La misma se rige bajo los criterios de la Nueva Ley de Salud Mental N° 26657, la cual especifica en el art. 14 que la internación sea el último recurso terapéutico a utilizar y que solo sea efectuada en los casos en donde el usuario corra riesgo para sí o para terceros (art.20). Una vez efectuada la admisión, el usuario es alojado y asistido por el equipo de Tránsito, el cual evalúa también si el caso amerita una internación breve en ese espacio.

Este equipo trabaja conjuntamente de manera interdisciplinaria: psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y abogacía. El tiempo de trabajo por parte del equipo profesional junto al usuario comprende un lapso de 7 días como mínimo, por indicación farmacológica, es decir, el tiempo mínimo requerido para ver los efectos que produce la medicación indicada, a 15/20 días como máximo, dependiendo de la problemática y su posibilidad de resolución.

Se apuesta a un fortalecimiento de los lazos familiares y territoriales, a partir de las entrevistas que se van realizando con las familias y las conexiones que requieran ya sea con el centro de salud del barrio, como con otras instituciones: Desarrollo social, Asesoría Jurídica, Violencia de Género, entre otras.

En algunos casos, esos tiempos de trabajo no pueden ser cumplidos, debido a las dificultades que se presentan al momento de armar el afuera o la red, prologándose las internaciones a pesar de que el momento de crisis puntual, ha sido resuelto.

Como requisito, al ingresar a ese espacio los usuarios no pueden poseer objetos personales de "valor" (no se les permite tener celular, por ejemplo), solo se les pide a los familiares (si es que esta presentes) que les traigan una muda de ropa y elementos de

higiene personal, también si el usuario fuma se le puede traer cigarrillos, como así también equipo de mate.

### **Construcción del problema**

A partir de realizar mis prácticas profesionales supervisadas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, en el CRSM Dr. Agudo Ávila de la ciudad de Rosario, Santa Fe, en el transcurso del año 2017 empecé a interrogarme sobre distintas características que presenta dicho espacio de tránsito, en la institución mencionada. Los ejes que se presentaron con mayor énfasis fueron los siguientes:

#### *1) El quiebre de los lazos sociales*

Como se menciona anteriormente, para que alguien quede internado en este espacio debe estar atravesando algún tipo de crisis subjetiva, las cuales se definen por el quiebre de los lazos tanto sociales como afectivos. A su vez en el transcurso de las prácticas se pudo observar que durante esta internación varios usuarios no recibían las visitas por parte de sus familiares o conocidos. Fue así como en uno de los casos una usuaria que provenía de la Provincia de Chaco y a quien los familiares (por razones obvias de distancia) no la habían ido a visitar se pudo entablar una conversación, con unos mates de por medio, y poder hablar acerca de su tratamiento, de cómo se encontraba ella, como estaba con su equipo tratante y en qué estado se encontraba su traslado hacia la Provincia de Chaco (ya que él mismo se estaba tramitando).

#### *2) El tiempo y el hacer*

Otra observación que se pudo realizar fue que los usuarios pasan una parte importante del día “sin nada para hacer”. Si bien por las mañanas (8.00/9.00 a 14.00/15.00) el equipo profesional interdisciplinario brinda asistencia a los usuarios y sus familiares por medio de entrevistas, siendo a través de estas que se intentan acercar a la problemática y su posible resolución; después de las 15.00 no hay nada más para hacer para los usuarios, más que recibir visitas en el horario de 16.00 a 17.30, y en algunos casos ni siquiera reciben las mismas porque nadie va a visitarlos.

En este sentido, en otro caso se observó la iniciativa por parte de un usuario de realizar algún tipo de actividad lúdica, consultando si no había algún mazo de cartas o algo por el estilo, ya que en “este lugar no hay nada para hacer”; justo en ese momento los usuarios se encontraban sin televisor en la sala del comedor, elemento que por ratos puede parecer desapercibido, pero en otras ocasiones es motivo de reunión. Junto a este usuario, y un par más que se fueron sumando, se pudo jugar a los palitos chinos (único juego de mesa que se encontró en la sala de tránsito). Después de un rato y agotado el juego surge otra propuesta por parte del mismo usuario de jugar al ta-te-ti con papelitos que fueron recortados con las manos siendo las baldosas del piso el tablero.

Este tiempo de “no hay nada para hacer” se puede entender como las “horas muertas” que presenta este espacio. A su vez durante la internación breve no se puede salir de la institución, por las características que presentan quienes se encuentran alojados allí, estar atravesando algún tipo de crisis subjetiva, no hay talleres, ni acompañantes terapéuticos y solo hay un patio chico de cuatro paredes. El equipo de referencia que queda mientras el de tránsito no se encuentra, es el de la guardia y los enfermeros.

Esta observación no apunta a la necesidad de hacer de esas horas muertas un tiempo “útil” sino que se hace hincapié en cuan angustiosas pueden ser, en ocasiones propiciando mayor repliegue sobre sí mismo o desconexión de los lazos con otros.

#### *3) Espacialidad*

También se pudo notar que el único espacio que se podría ubicar como de encuentro entre los usuarios es el comedor, pero cuando llegaban las horas de las comidas

(momento que puede posibilitar reunión o encuentros entre los usuarios), venía la enfermera con las viandas dejándolas sobre el tablón anunciando que la comida ya estaba, luego cada usuario se acercaba a retirar su correspondiente vianda y se iban a comer a sus piezas, muy pocas veces se reunían a comer o merendar juntos en ese lugar. Algunas veces se sentaban los usuarios a charlar o tomar mates, o simplemente a mirar la tele. No se trata de considerar negativamente los espacios de soledad que los usuarios necesitan y se propician en sus habitaciones, sino que esta observación refiere a que no hay una espacialidad que ofrezca la opción de una alternancia entre el repliegue en soledad y el lazo con otros, la habitación y el espacio común, con lógicas de encuentro diferentes al encierro manicomial.

#### *4) Pérdida de los objetos personales*

Por último, el requisito de no poseer objetos personales de 'valor' mientras dure la internación permitió generar interrogantes acerca de los efectos que puede producir verse desposeído de todos los objetos con los que el sujeto apuntala su vida cotidiana, su imagen corporal, sus rituales diarios, etcétera. Sin dudas las reglas hospitalarias responden al resguardo de los pacientes tanto por aquellos objetos que pudieran ser peligrosos para la integridad física por ser cortantes; o por resguardo de que sean robados o perdidos. De todos modos, es un aspecto a considerar respecto de aquellos objetos que resultaran de valor vital para los pacientes.

Es a partir de estas observaciones que fueron surgiendo distintos interrogantes: ¿Cómo transitar el espacio de tránsito en las condiciones de una internación breve? ¿Cómo poder trabajar esos tiempos de espera y que efectos produce cuando alguien no recibe visitas de sus familiares o conocidos? ¿Qué efectos produce ese espacio y esos tiempos de internación breve en el espacio de tránsito?

### **Descripción de la propuesta**

La intervención no se encuentra ligada al trabajo particularizado de un acompañante terapéutico con un usuario sino que es una intervención institucional frente a los ejes problemáticos que se pudieron situar: el quiebre de los lazos sociales, el tiempo y el hacer, la espacialidad y la pérdida de los objetos personales.

Es frente estos ejes que se piensa en la inclusión de un dispositivo de acompañamiento terapéutico, para poder trabajar sobre estas dimensiones, ya que es partir de las mismas que cobra relevancia la especificidad del at.

Respecto del quiebre de los lazos sociales, la figura del at propicia mediante el lazo transferencial en situación de paridad, el rearmado o la re-construcción de los lazos que se pueden fomentar en el encuentro con otros.

Respecto del tiempo y el hacer, así como la espacialidad, el at puede trabajar con esas escenas de lo cotidiano, que en este caso puntual, serían los modos de transitar y habitar esos espacios de internación. Poder construir junto a los usuarios nuevas modalidades de tránsito, mediante actividades ofertadas por los at, que pueden surgir por lo emergente que propongan los usuarios, así como llevar puntas de acción mediante actividades lúdicas o de manualidades, como también momentos de encuentros entre los usuarios: compartiendo meriendas o almuerzos. Respetando y haciendo respetar también la necesidad de espacios de soledad de los usuarios en diferentes momentos.

En cuanto a la pérdida de los objetos personales como requisito al ingresar a este espacio, la figura del at al encontrarse inmerso en ese espacio, aquí y ahora, podrá pesquisar que objetos podrían ponerse a jugar en este espacio, a partir del vínculo que pueda generar con familiares, el de poder pedirles si hay alguna prenda u objeto que puedan alcanzarle al usuario mientras se encuentra cursando la internación.

La importancia de poder generar espacios de encuentros entre los usuarios por parte de los ats radica en poder otorgarles nuevos modos de transitar esa internación, que si bien se encuentran juntos en el mismo en coordenadas de tiempo y espacio, no hay posibilidad de generar lazos o vínculos que resulten terapéuticos, ya sea entre ellos como en algunos momentos, con los profesionales. Se entiende que si se encuentran ahí es por la característica principalmente del quiebre de los lazos que se han ido generando poco a poco o de modo disruptivo, aislándose o perdiendo las coordenadas para orientarse en su vida cotidiana y en el lazo con otros. Y es sobre esta característica principal que la figura del at resulta necesaria e indispensable para poner a trabajar ese lazo desde un lugar particular.

En cuanto al dispositivo el mismo consistiría en un tiempo de disponibilidad de los at en el espacio de la internación breve, que propiciará encuentros posibles entre los ats y los usuarios, encuentro que se propiciará desde un lugar diferente al del equipo de profesionales tratantes, que puede denominarse de “situación de paridad”. Esta presencia de los at y su disponibilidad tiene como objetivo trabajar sobre las distintas actividades cotidianas que se van presentando en el transcurso de la internación breve, tanto emergentes como programadas. Además de ir generando actividades en torno a lo que vaya emergiendo espontáneamente por parte de los usuarios, podrán planificarse actividades en cuanto a gustos, intereses o necesidades que puedan ir planteándose.

La particularidad del lazo que propicia el at es poner en juego el lazo transferencial desde un ‘situación de paridad’, leerlo en su singularidad, vez a vez, para orientar sus intervenciones en el espacio de internación. Si bien la internación es breve, la lectura transferencial del lazo que cada sujeto establece con el at, puede ponerse en juego para intervenir tanto a nivel singular con cada usuario como a nivel colectivo en el espacio. El trabajo de los at, sus lecturas de los usuarios a partir del lazo con ellos y su presencia en el espacio, propiciará un aporte importante al equipo de trabajo, no sólo por lo que pueda aportar de conocimiento de la cotidianeidad del usuario sino además para pensar en conjunto estrategias en equipo.

La propuesta para llevar adelante esta lógica de trabajo consiste en la inclusión del dispositivo que contemple la presencia de 2 acompañante terapéuticos, junto al equipo de transito, 3 veces por semana, en un lapso de 3 horas. Durante ese tiempo de disponibilidad se trabajará sobre actividades programadas o espontáneas que se puedan ir presentando en el transcurso de la internación, tanto a nivel de propiciar lazos y actividades como a nivel singular, considerando las particularidades de cada usuario.

Para llevar a cabo la siguiente propuesta se necesitarán materiales disponibles para realizar manualidades y/o actividades lúdicas (hojas de papel, lápices de colores, fibrones, cartas, juegos de mesa, etc.), equipo de mate.

El equipo de ats deberá sostener la receptividad y escucha para construir encuentros acordes a los intereses de los usuarios así como una lectura en singular de los momentos por los que atraviesa cada usuario

La inserción del at cobra relevancia en este espacio debido a su especificidad, el de ser una práctica que se construye con otros. Esos otros que pueden ser los usuarios, como también el equipo profesional y la familia. El at siempre se encuentra en un “entre”.

Se apuesta al trabajo del at por las particularidades que presenta el espacio de transito: la permanente fluctuación de pacientes, en las que se encuentran los que recién ingresan, los que están hacen un par de días realizando tratamiento y por último, aquellos que están esperando el alta. Es por esto mismo que se entiende que esta grupalidad se va transformando constantemente, y por ende, los usuarios van cambiando vez a vez. La figura del at permite que se vayan ajustando las tareas que se puedan ir desarrollando en relación a los intereses, gustos y necesidades que vayan surgiendo por parte de los usuarios tanto en términos colectivos como singulares.

## Justificación de la propuesta

La presente propuesta surge a partir de dos consideraciones. Por un lado la existencia de una demanda explícita por parte de algunos usuarios del espacio respecto de un lugar de encuentros o de poder realizar algún tipo de actividad durante la internación. Por otro lado la observación y lectura de las diversas dimensiones problemáticas explicitadas en este trabajo en páginas anteriores.

Estos ejes permitieron pensar la importancia de la inclusión de un dispositivo de at en ese espacio, ya que se apuesta a la figura del at como una de la más pertinente para poder trabajar sobre estas cuestiones que hacen a la cotidianeidad de una internación breve en este caso específico.

Para fundamentar el lugar del at es necesario poder rescatar como surge esta figura, su contexto histórico y poder pensar su práctica como un emergente de la época. Para contextualizar ese momento histórico se tomara como horizonte el surgimiento del campo de la salud mental, ya que se entiende al mismo como el campo amplio donde se llevara a cabo la siguiente propuesta.

El mismo surge en la década de los 60', poniendo en tensión los modos de tratamiento que se venían llevando a cabo en torno al padecer subjetivo, presentándose esta categoría como una nueva modalidad de concebir el complejo proceso de salud-enfermedad- atención. A partir de este momento se complejizo el ámbito de las disciplinas intervinientes, ya no quedando a cargo del modelo medico hegemónico, sino abriendo el campo a otras disciplinas: psicología, psicoanálisis, trabajo social, terapeutas ocupacionales, entre otros. A raíz de las críticas surgidas al dispositivo manicomial y su posterior internación de carácter asilar, fueron proponiéndose nuevos espacios de atención alternativos: centros de salud, atención en hospitales generales, acciones comunitarias y nuevas modalidades de atención.

En este sentido, empieza a concebirse a la Salud Mental como un campo complejo donde pueda incorporarse a la misma como parte integral de la salud y bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. Siguiendo a Galende (1994) quien reconoce que en: "esta dimensión de la Salud Mental se articulan el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas" (p. i).

En esta misma línea diversas reglamentaciones de leyes en distintas provincias se fueron llevando a cabo: Ciudad Autónoma de Bs. As. (Ley 448), Chubut (Ley 384), Córdoba (Ley 9848), Entre Ríos (Ley 8806), Río Negro (Ley 2440), San Luis (Ley 536), Santa Fe (Ley 10.772), apostando a una nueva modalidad de abordajes en el campo de la Salud Mental. Sin embargo es a partir de la sanción y su posterior promulgación de la Nueva Ley de Salud Mental N° 26.657 en el año 2010, que se puede reconocer un cambio a nivel nacional respecto de las prácticas en salud mental.

A grande rasgos se puede reconocer el cambio de paradigma que impulsa la ley, promoviendo el pasaje de un modelo asistencial, tutelar, manicomial y con lógicas de peligrosidad, a otro de consolidación de derechos humanos y participación activa del usuario en el proceso de salud- enfermedad- atención como lo demuestra la definición que otorga a la Salud Mental en el artículo 3: "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". (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657,2010, p.9)

Propone principalmente abordajes de tipo interdisciplinario e intersectorial (artículo 8): estimulando la transición del saber concentrado en psicólogos y psiquiatras a un espacio de trabajo interdisciplinario. En relación a las estructuras manicomiales: quedan prohibido

la creación de nuevos manicomios y en cuanto a los que existen se deben ir amoldando a la ley hasta su sustitución definitiva por los nuevos dispositivos alternativos que ofrece la ley (artículo 27). Además, quedan establecidas las igualdades en condiciones entre los distintos profesionales, ya que todos presentan las mismas posibilidades para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones (artículo 13).

Otra puntuación posible es el de la internación como último recurso, ya que la ley promueve múltiples acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental. A su vez se promueve el desarrollo de distintos dispositivos: consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, atención domiciliaria supervisada así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (artículos 9,11 y 14). Solo se recurrirá a la internación cuando se perciba un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (artículo 20). El consentimiento informado (artículo 10) es otro avance en la ley, ya que se considera al sujeto con padecimiento mental con capacidades para poder decidir sobre su tratamiento.

En esta misma línea, Costa (2017) enuncia:

La ley ubica a la internación como recurso terapéutico último y acotado; así mismo, la distinción entre internaciones voluntarias e involuntarias pretende acotar la hospitalización compulsiva y asegurar un modo de resguardo de lo terapéutico en juego.

Previo a la ley, la peligrosidad para sí o para terceros, era la condición médico-legal de la internación, criterio que se origina en el Código Civil (promulgado en 1871 y modificado en 1968), en su art. 482. Así se omitía la dimensión terapéutica en la internación, que si bien era una incumbencia profesional, según los Colegios y Códigos de Ética, este hecho terminaba siendo dispuesto judicialmente. (p.245)

Es decir, con la sanción de la ley la internación es considerada como un recurso terapéutico y ya no como una medida de control social.

A partir de este recorrido se puede situar a la Salud Mental como un campo:

(...) en el sentido propuesto por Bourdieu (2000): 'espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias'. Campos en tanto estructuras vivas, que se presentan como sistemas de posiciones y relaciones.

Se piensa a la salud mental como campo, porque en su interior se juegan sistemas de pensamiento, en tanto formas de abordar problemáticas; se definen modos de intervenir o prácticas; y en el ejercicio de las mismas se origina cierta producción de pensamiento; se legitima dichas prácticas y los agentes de ese campo (usuarios, profesionales, técnicos,

etc.); y finalmente, se genera un sustrato legal-jurídico que las regula en su conjunto (De Riso y otros, 2009 citado por Costa, 2017, p.242).

De esta manera permite que en la modalidad de abordaje sean varios los profesionales involucrados en el tratamiento (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales entre otros); a la vez que se reconoce la actividad en el tratamiento por parte del usuario, como lo indican el consentimiento informado y el alta voluntaria.

Se trata de una política en salud mental que "funda nuevos servicios de atención ambulatoria, trata de abolir la internación manicomial y cuestionar el supuesto de la cronificación, poniendo énfasis en los procesos de rehabilitación y prevención, a la vez que, a través del respaldo a la atención por equipos multidisciplinarios, regula y controla el poder ejercido por los psiquiatras en sus prácticas, especialmente respecto de las internaciones de carácter asilar" (Galende, 2015, p.17).

Sin embargo a pesar de los procesos de cambios de paradigmas en salud mental y con la vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental, aun quedan elementos sin resolver. Como por ejemplo, una de las propuestas que fue impulsada con la nueva legislación en salud mental es el cierre progresivo de los manicomios y la atención de quienes se encuentren atravesando algún tipo de padecer subjetivo en hospitales generales.

En este sentido, el último informe anual de Derechos Humanos en la Argentina realizado por CELS (2017) enuncia:

“no se avanzó en un programa orientado al cierre de los manicomios, no se realizó el censo epidemiológico de la población internada en instituciones públicas y privadas, tampoco se ampliaron los cupos para disponer internaciones por razones de salud mental en los hospitales generales, ni se desarrolló una política de viviendas asistidas para quienes podrían ser externados. En estas condiciones, las personas continúan sujetas al manicomio por tiempo indefinido. Aun quienes logran la externación, si precisan atención médica sobre cuestiones de salud física deben atenderse en el hospital monovalente donde estuvieron internados, porque en los hospitales generales se los discrimina. El tratamiento en salud mental está centrado en la provisión de psicofármacos sin un seguimiento adecuado. A la vez, la internación se prolonga en forma indefinida por la carencia de una solución habitacional sostenible y porque esta población no es considerada en las políticas de vivienda dirigidas a las personas con discapacidad. Tampoco existen políticas de empleo genuino: predominan actividades terapéuticas que no apuntan a una reinserción laboral real, ni cuentan con el apoyo estatal necesario como para transformarse en cooperativas o empresas sociales. Finalmente, hay experiencias de participación activa en los procesos en los que se determina la capacidad jurídica y en los de control de la internación; sin embargo, son prácticas aisladas que funcionan sólo como buenos ejemplos.” (p.201)

Tomando como referencia los datos obtenidos por el informe y articulándolo con el espacio específico del tránsito o internación breve del C.R.S.M. Agudo Ávila, encontramos que las internaciones en ese lugar a veces se suelen prolongar por las imposibilidades que encuentran los profesionales al momento de construir el afuera o el armado de redes comunitarias, como pueden ser la referencias a los centros de salud y su posible tratamiento ambulatorio.

La característica principal que presentan los usuarios de este espacio es la de estar atravesando algún tipo de crisis subjetivas las cuales se definen: como una particular y aguda imposibilidad de mantener relaciones sociales, lazos afectivos, laborales, de convivencia, o de compartir criterios colectivos de realidad, produciendo un quiebre de los lazos íntimos entre subjetividad y colectividad, y eso es lo que se intenta restablecer.

Tanto en la semiología psiquiátrica como desde el punto de vista psicológico se habla de crisis, refiriéndose a las mismas como irrupción, cambio, desestabilización de un proceso.

Desde una perspectiva psicoanalítica, tanto Freud como Lacan han teorizado acerca de los distintos momentos de crisis que se le pueden presentar a un sujeto: “Lacan (...) ha otorgado un lugar destacado a los diferentes momentos en los que un equilibrio se rompe y el sujeto neurótico o psicótico, responde con la presentación de síntomas, después de haber padecido las manifestaciones de angustia o perplejidad que les anteceden” (Napolitano & Soengas. (2012), Citado por Lozano (2014), p.85).

Podemos enunciar, desde una perspectiva psicoanalítica, a las crisis como ruptura de un orden preexistente – que llama a su vez, a la construcción de un nuevo orden- y a la subjetividad como el resultado de las relaciones que ha establecido el sujeto con el significante, delimitando, de esta manera, a las crisis subjetiva como: “el estallido de la estabilidad de la existencia que un sujeto se ha dado” (idem).

En esta misma línea, la noción de urgencia remite a: “ toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital” (Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental, 2013, p.10).

La urgencia resulta como un emergente del estado de malestar. No es un hecho aislado sino que es producto del complejo proceso de salud-enfermedad-atención, y en donde la persona debe ser asistida de manera integral (bio- psico- social) en el ámbito socio-sanitario, requiriendo un seguimiento para evitar la recurrencia.

Es así, como las crisis subjetivas y la urgencia se podrían encontrar emparentadas, en el sentido del “estallido, irrupción, desestabilización”.

Otra puntuación posible respecto del término crisis subjetiva, es el de poder desglosar el concepto y poder pensar acerca de lo subjetivo en una crisis. Esto último permite tener en cuenta la dimensión subjetiva de tal crisis, ampliando el campo de comprensión de las mismas, descentrándolas de la ontologización psicologizante (Costa, 2017, p.243).

De esta manera, se entiende que el espacio de tránsito es un lugar que aloja las demandas de los usuarios en un momento crítico de sus vidas, con el acompañamiento y sostén por parte de los profesionales que trabajan en equipo. La dificultad se presenta cuando esas internaciones se prolongan por un tiempo indeterminado, a pesar que el momento de crisis ha cesado y es a partir de esas observaciones que se pudieron ir haciendo, que surgieron los interrogantes acerca del tiempo de espera, ese mientras tanto y poder pensar en la importancia de la inclusión de la figura del at en ese espacio.

La figura del acompañante terapéutico tiene sus orígenes en los inicios del campo de la salud mental, en ese contexto donde se debatía no solo de los muros y el encierro de los psiquiátricos y su incidencia en la salud mental de los usuarios; sino también de las prácticas que los profesionales llevaban a cabo, los lugares de poder que ocupaban frente a los usuarios. El AT rompe con esa lógica, viniendo a cumplir otro lugar en el tratamiento, ofreciendo otra modalidad de abordaje sobre ese padecer subjetivo que este atravesando el usuario.

Para poder pensar la práctica del acompañante terapéutico y delimitándola al campo de la salud mental se tomara como referencia a Matusevich (2007) quien nos indica varios ejes en torno a la misma.

Considera que la figura del at debe ser tenida en cuenta desde el principio de la internación, siendo un recurso más dentro del andamiaje terapéutico, y no solo considerarlo cuando el resto de las intervenciones han fracasado. Sostiene:

El quehacer del at deberá realizarse entonces entre los diversos espacios que componen la internación y el propio paciente, seguramente desorientado frente a una nueva realidad a la cual se hace necesario significar, es entonces en la ayuda y la facilitación de la significación del espacio de internación donde se registra la necesidad del trabajo del at ayudando a marcar el ritmo de la resolución de los síntomas agudos. (p.166)

La existencia de un equipo de at permite disminuir el estigma que puede generar el hecho de estar internado, pudiendo posibilitar una implicación por parte del usuario durante el proceso de internación.

El at aplicado en una sala de internación psiquiátrica ofrece un abanico de posibilidades que contribuyen-en un sentido amplio a minimizar el impacto de la hospitalización, disminuyendo el efecto estigmatizante de dicho proceso y

humanizando uno de los recursos más complejos que ofrece la clínica psiquiátrica. (Matusevich, 2007, p.170)

La presencia de at en un espacio de tránsito como en el que se intentara llevar a cabo la siguiente propuesta, cumplirá un rol central ya que puede actuar como un mediador entre los usuarios que allí se encuentren y el vínculo con sus familiares, como también con los profesionales del equipo tratante.

Por su parte, Costa (2017) sostiene que la figura del at es un agente indispensable en el campo de la salud mental, como un agente que desde el inicio de su práctica como tal, genera nuevas formas de pensamiento en torno a la salud mental. La intervención del at en este campo se puede convertir en potencialmente subjetivizante.

### ***El at en grupalidades***

Diversos son los autores que nos permiten pensar en el rol del at en grupos, uno de ellos son Montuori y Chevez (2017) quienes toman bases de la teoría del Psicodrama, para poder pensar el dispositivo de acompañamiento terapéutico grupal, el cual permite que en el mismo se teja un vínculo entre acompañante y acompañado, en donde el acompañante sostiene la escena a la que es invitado por parte del acompañado. Además, el acompañamiento es pensado como un grupo (acompañantes o equipo de trabajo) que sostiene a otro grupo (acompañados y/o familiares del mismo).

Las escenas que se construyen en ese vínculo son pensadas como sistemas, en donde se ponen en juego diversos roles: los protagonistas- actores (acompañados), yo-auxiliares (acompañantes), director y coordinador (son el equipo de trabajo), instituciones, entre otros. Se constituyen en el momento mismo en el que se desenvuelve el vínculo entre acompañante y acompañado. Se puede distinguir que en la escena hay elementos que se encuentran in situ como los protagonistas y yo-auxiliares, y otros por fuera del plano de la escena: el director, coordinador, institución que forman parte del contexto que define la escena socio históricamente.

Los autores mencionados nos permiten pensar en la grupalidad del espacio tránsito, esta grupalidad que va cambiando vez a vez, y se rescata de sus conceptualizaciones el lugar del dispositivo de ats como un grupo, siendo 2 ats los que a través de las diversas actividades que se vayan llevando a cabo, en torno a los ejes problemáticos situados; sostendrán a otro grupo, el de los usuarios, invitándolos a participar de las mismas.

Otra autora que ha trabajado sobre el at en grupalidades es Frank (2012) quien realiza una distinción entre at participando en talleres y at coordinando talleres. Resulta interesante para la propuesta poder tomar algunos ejes en torno a los talleres coordinados por ats, el primero de ellos es que los dispositivos de at grupal permiten ajustarse a las necesidades institucionales, por lo que pueden ir adoptando diversas modalidades. Esto permite que los encuadres sean flexibles, dando lugar al: " 1) el devenir del proceso del grupo; 2) el proceso de cada uno de sus miembros y 3) el proceso de los acompañantes, trabajando desde la singularidad" (p.183).

En los talleres coordinados por ats, si bien ellos planifican las actividades saben que es posible que las mismas vayan cambiando, dando lugar a lo que surja como 'emergente' de la grupalidad. Como las actividades que nominaran al taller no son el objetivo, se pueden ir modificando sin perder lo esencial del dispositivo, que es la interacción entre los usuarios y las vinculaciones que se puedan ir generando. A su vez, al tener en cuenta la subjetividad de los usuarios los talleres permiten que los mismos puedan ingresar y egresar de acuerdo a sus tiempos y motivaciones.

Los ats que se incluyan al dispositivo lo harán con el fin de acompañar a un grupo, cumpliendo diversas funciones:

Contribuir al desarrollo de la tarea programada para ese espacio, acompañar el proceso grupal y las dificultades que los sujetos puedan manifestar, contener situaciones de crisis, peleas o discusiones, favorecer la toleración a la frustración, los tiempos de espera y escucha, en resumen, todo aquello que favorezca la posibilidad de estar y compartir con otros (p.186).

Los dispositivos de At grupal fomentan la horizontalidad de los lazos, entre los cuales los acompañantes se encuentran incluidos, favoreciendo la creación de lazos que permitan la emergencia de la palabra de cada participante del grupo.

Si bien la siguiente propuesta no está enmarcada dentro de la lógica de talleres coordinados por at, interesa rescatar algunas conceptualizaciones del mismo para pensar la dinámica grupal con la cual se trabajara. Al presentarse la grupalidad de usuarios como cambiante, resulta pertinente poder llevar a cabo actividades, que si bien tienen como ejes de trabajo el quiebre de los lazos sociales, el tiempo y el hacer, la espacialidad y la desposesión de los objetos de la vida cotidiana; se apostara a su vez a 'lo emergente' de cada actividad, para así seguir armando actividades en torno a los intereses y gustos de los pacientes, siempre teniendo como referencia estos cuatro ejes planteados, para que sirva de parámetros de las actividades.

### ***El at en situación de paridad***

Para pensar en la especificidad del at se tomara como referencia teórica a López Ocariz (2017), quien más allá de las diversas inserciones del at en diversos campos: at en casa, en instituciones, con pacientes psicóticos, en la escuela, etcétera; propone ubicar la figura del at desde dos coordenadas: por un lado el lugar desde donde se ofrece el at, que es el de la paridad, y por otro lado, el lugar desde donde es tomado en el lazo transferencial.

El at es pensado en una praxis psicoanalítica y se utiliza el término de "posición" del at, ya que el mismo indica una direccionalidad. A su vez el término "posición" indica un punto, un lugar, una ubicación, y es frente al lazo transferencial que se ubica el at. Este posicionamiento va a ser diverso al lugar del analista.

En cuanto al lazo que se establece entre at y acompañante López Ocariz (2017) comenta:

Respecto del lazo que se establece con el acompañante, podemos acordar que es sin duda libidinal, amoroso y es sostenido por el acompañante en términos de una presencia cercana, en paridad. Pero hay además una especificidad que considerar: lo que se reedita transferencialmente en el lazo tiene modalidades tan diversas como modos de amar posean los sujetos que las establecen y como circunstancias diversas tengan que atravesar, por lo que no podría decirse que se trata todas las veces de la reedición de un lazo amistoso entre pares. Sólo en algunas situaciones prevalecerá como modo del lazo el vínculo amistoso, en otras, podrán aparecer modos diversos de reeditar el lazo transferencial (p.3).

La paridad desde donde se ofrecerá el at no va a ser equivalente al lugar desde donde va a ser tomado, es decir, no va a haber un punto simétrico o de igualdad entre at y acompañando. El prefijo "a" introduce una asimetría en el lazo. Es necesario poder estar advertidos de esta manera particular del lazo. Poder poner a trabajar como at lo que se actualiza o reedita en ese lazo. La dificultad del trabajo del at se presentara en los modos de poder lidiar con eso que se vaya a reeditar en él transferencialmente, y no por el sostenimiento de su lugar de paridad.

Respecto del lugar de paridad por parte del at se hace referencia a la disponibilidad libidinal del mismo para fomentar y sostener el lazo transferencial. Se puede decir, que esta disponibilidad hace referencia a la presencia del acompañante, de poder estar para

el acompañado cuando la situación lo amerite y de esta manera poder ingresar en su economía libidinal. Es una disposición para el sostenimiento de actividades. No se trata de una simple disposición o presencia, sino que la misma tiene sus efectos en la medida en que esta disponibilidad entra en juego, para leer clínicamente la situación, aportando con su presencia el sostenimiento del lazo, para de esta manera leer en ese momento la 'situación de paridad' que se produce, aquí y ahora, con ese sujeto en particular.

Es decir, se priorizara que los ats puedan ubicarse frente a los usuarios desde este lugar, sobre todo para poder trabajar en el re-armado de los lazos, y cuando las situaciones ameriten poder leer los casos en sus singularidades.

Por último, la apuesta principalmente a las actividades lúdicas, expresivas o de intercambios sirven como recursos para acompañar a los usuarios en el rearmado de sus recursos simbólicos, condición para que el lazo se restablezca. Estas actividades tienen valor por el proceso que permiten, modos de simbolización o de tramitación y no tanto por la producción de objetos en sí.

En resumen, la apuesta al trabajo del acompañamiento terapéutico se debe no solo a la valoración de sus inicios y la impronta que esto conlleva en su práctica, sino también a las nuevas modalidades de abordajes sobre el sufrimiento subjetivo que supo ganarse en el campo amplio de la salud mental

También se rescata el valor de ser una práctica situada siempre en un 'entre', como lo son los familiares, profesionales y usuarios; y el de estar atenta a las situaciones que vayan emergiendo en el momento, para así poder producir nuevas invenciones en las modalidades de tratamiento.

### **Objetivos:**

#### **General:**

- Implementar un dispositivo de acompañamiento terapéutico en el espacio de tránsito del C.R.S.M Agudo Ávila, de la ciudad de Rosario, Santa Fe.

#### **Específicos:**

- Implementar un dispositivo de acompañamiento terapéutico para abordar los ejes problemáticos elucidados en el espacio de internación transitoria: el quiebre de los lazos sociales, problemática del tiempo y el hacer, la espacialidad, la relación con objetos de valor.
- Generar espacios de encuentros entre los usuarios a partir de aquello que surja como "lo emergente" mediante actividades lúdicas, expresivas o de intercambio así como la planificación de actividades a partir de gustos, preferencias o necesidades de los usuarios sosteniendo a la par de la lectura de la dimensión colectiva la lectura singular de cada usuario y el momento por el que atraviesa.
- Propiciar la articulación entre el dispositivo de acompañantes terapéuticos y los profesionales del equipo de tránsito para un trabajo en equipo.

### Determinación de las acciones que se proponen realizar y sus plazos tentativos

Objetivo general	Objetivos específicos	Acciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un dispositivo de acompañamiento terapéutico en el espacio de tránsito del C.R.S.M Agudo Ávila, de la ciudad de Rosario, Santa Fe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un dispositivo de acompañamiento terapéutico para abordar los ejes problemáticos elucidados en el espacio de internación transitoria: el quiebre de los lazos sociales, problemática del tiempo y el hacer, la espacialidad, la relación con objetos de valor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ofertar un tiempo de disponibilidad por parte de los ats para llevar a cabo actividades tanto planificadas como aquellas que surjan de 'lo emergente' por parte del grupo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generar espacios de encuentros entre los usuarios a partir de aquello que surja como "lo emergente" mediante actividades lúdicas, expresivas o de intercambio así como la planificación de actividades a partir de gustos, preferencias o necesidades de los usuarios sosteniendo a la par de la lectura de la dimensión colectiva la lectura singular de cada usuario y el momento por el que atraviesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poner a disposición de los usuarios las actividades lúdicas, expresivas o de intercambio que fueron planificadas por parte del dispositivo de ats.</li> <li>Propiciar materiales para el armado de actividades a partir de los gustos, preferencias o necesidades de los usuarios</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propiciar la articulación entre el dispositivo de ats y los profesionales de la institución/ el equipo de tránsito para un trabajo en equipo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación por parte de los ats a las reuniones del equipo del espacio de tránsito para generar aportes de lecturas en torno a los espacios de encuentros que se</li> </ul>

		<p>generaron entre usuarios y ats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir estrategias de trabajo a partir de sugerencias realizadas por parte del equipo de transito.</li> </ul>
--	--	--

**Recursos materiales**

- Juegos de mesas
- Materiales para realizar manualidades (hojas, fibrones, lápices, etc.)
- Equipo de mate

**Recursos humanos**

- 2 psicólogos con formación en acompañamiento terapéutico.

**Evaluación del proyecto**

La evaluación será en proceso, considerando aspectos significativos que permitan dar cuenta del logro de los objetivos en articulación con la propuesta metodológica de trabajo, que queda sujeta a ser revisada y aportando una lectura al proceso de trabajo. Se valorará las apreciaciones que puedan realizar los profesionales del equipo del espacio de transito en torno a las actividades que se irán desarrollando.

## Referencias bibliográficas

Cels. (2017). *Derechos humanos en la Argentina: Informe 2017 // Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)*. Bs. As. Argentina. Ed.: Siglo Veintiuno Editores.

Carpintero, E. (2011). *La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas*. Argentina. Revista Topia.

Costa, M. (2017). *Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras*. Argentina. Ed.: Brujas.

Frank, L. (2012). Acompañamiento terapéutico grupal. En *Conceptualizaciones y Experiencias en A.T.* Argentina. Ed.: Brujas.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental*. Argentina. Ed.: Paidós.

Galende, E. (2015). *Conocimientos y prácticas en salud mental*. Argentina. Ed.: Lugar Editorial.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010). Argentina.

Lineamientos para la atención en Salud Mental. (2013). Argentina.

Lozano, D. (2014). *Crisis subjetiva en el desencadenamiento de la psicosis: continuidades y discontinuidades*. Disponible en línea en: <http://www.aacademica.org/000-035/187>

López Ocariz, C. (2017). *La posición del acompañante terapéutico en la clínica*. Argentina.

Matusevich, D. (2007). Acompañamiento terapéutico en la internación psiquiátrica. En: *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Argentina. Ed.: Polemos.

Montuori, A. Y Chevez, A. (2017 a). Psicodrama y teatro espontaneo como herramienta conceptual para el acompañamiento terapéutico de personas con enfermedad mental grave. En: *"Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras"*. Argentina. Ed.: Brujas.

Montuori, A. Y Chevez, A. (2017 b). Escena social y escena terapéutica: El Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG). En: *"Acompañamiento terapéutico: clínica en las fronteras"*. Argentina. Ed.: Brujas