



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Dispositivos de acompañamiento

Praxis ética, clínica y política en Salud Mental

Ensayo

Autor: JOSE LUIS PARDAL

Legajo: P-5214/1

D.N.I.: 17.152.374

Docente Responsable: Ps. Mg. CECILIA LOPEZ OCARIZ

AÑO 2025

AGRADECIMIENTOS

A nuestra Universidad Pública en general y a esta Facultad en particular, mi segunda casa. Y a todos aquellos y aquellas que la hacen posible haciendo lugar, siempre, sin preguntar ni esperar nada a cambio.

A las tres mujeres más importantes de mi vida: Mabel, Pato y Lara. Mi madre, la madre de mi hija y por supuesto, mi hija.

A mi viejo, José, en su involuntaria ausencia, presente. AHORA Y SIEMPRE...

A Ángel, por convocarme, por invitarme a seguir.

A mi querido Foro en Defensa de los Derechos Humanos de nuestro Colegio de Psicólogos: Cristina, Laura, Sol, Paula, Ana, Stella, Vanina, Claudio y Victoria por su incondicional amistad y hospitalidad.

A Melina que soporta la insistencia de una letra que no cesa de no inscribirse.

A Julián y Lisandro, por mostrarme las dimensiones políticas del acompañar.

A Cristian, a Jorge, por acompañar este viaje.

A Cecilia y a Sebastián, por su calidez, generosidad y responsabilidad en corregir y proponer sentidos a este trabajo.

Por último, un agradecimiento muy especial a Karina, a Guillermo, a todo a todo el equipo de Centro de Salud Mental AMI, por confiar en mí, por su generosidad profesional y fundamentalmente por su compromiso con el sufrimiento del otro.

A mis padecientes.

A todas las calideces recibidas de infinitas maneras. Por enseñarme a dudar, por contenerme. Por ponerme límites. Por alojar sin preguntar. Por salvarme la vida aún sin saberlo.

Gracias por el fuego.

INDICE

I / INTRODUCCIÓN	4
II / FRANCO, UN SIGNIFICANTE	6
III / TODOS SOMOS EL CAMPO	7
IV / MÁS ALLÁ DE LA INTERDISCIPLINA	9
V / UNA CLÍNICA AMPLIADA, UNA PRÁCTICA SITUADA: EL AT	12
VI / ASEGURANDO LA ENUNCIACIÓN: POLÍTICAS PÚBLICAS	14
VII / DE INVENCIONES, APUESTAS, RIESGOS Y TERNURA	17
VIII / CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Este ensayo presenta las prácticas de acompañamiento como dispositivos éticos, políticos y clínicos, entendiendo el acompañar como un acto relacional que articula dimensiones sociales, institucionales y subjetivas, emergentes naturales de la conceptualización de clínica ampliada y clínica del sujeto, como prácticas emancipadoras productoras de subjetividad. A partir de un recorrido histórico que parte de la crítica al modelo manicomial impulsada por Franco Basaglia en Italia, se refieren los principios y efectos de diversas modalidades de acompañamiento: desde redes comunitarias y dispositivos de escucha a víctimas de violencia estatal, hasta la incorporación de apoyos externos en procesos judiciales. El Acompañamiento Terapéutico se presenta como un dispositivo emergente que cristaliza la confluencia de interdisciplina, abordaje ambulatorio y transferencia clínica en el entorno cotidiano del sujeto. Se examinan su campo de intervención y las tensiones políticas y transferenciales en las que se sostiene su práctica. Así mismo, su traducción en políticas públicas, especialmente a través de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Asimismo se expone un caso histórico y paradigmático, el Plan de Acompañamiento a Testigos y Víctimas del Terrorismo de Estado, que ilustra cómo estas prácticas generan espacios de emergencia subjetiva, aún cuando el trauma no ha sido alojado y conserva efectos arrasantes. El acompañar, lejos de ser un mero apoyo técnico, se constituye como apuesta ética, política y clínica por el lazo social y el deseo, capaz de inventar nuevos espacios de intervención

Palabras clave:

DESMANICOMIALIZACIÓN - TRANSDISCIPLINA - ACOMPAÑAMIENTO - PSICOANÁLISIS

I / INTRODUCCIÓN

Este trabajo integrador final describe y contextualiza históricamente los dispositivos de acompañamiento en salud mental, sosteniendo la premisa de que emergen como producto natural y complejo del paradigma del sujeto de derechos: libre, autónomo y capaz.

Entendemos la salud mental como una práctica social, un proceso que involucra la complejidad, la perspectiva de derechos y la referencia a la vida, en contraste con la tendencia a la objetivación/medicalización (Stolkiner, 2012), por lo que las prácticas de acompañamiento en general, emergen como *dispositivos fundamentados en principios que presumen y se centran en la capacidad y autonomía de cada persona*. Se trata de una praxis eminentemente política, situada en la vida cotidiana del sujeto que la transforma, alojándolo y explotando sus potencialidades.

Siguiendo a Gilles Deleuze (1989), utilizaremos su concepto de dispositivo como una red, una máquina estratégica y heterogénea que captura, orienta y controla comportamientos y discursos a través de una red de elementos y líneas múltiples que se entrecruzan y varían, constituyendo procesos históricos y singulares que generan diferentes formas de subjetividad y poder.

Acompañar es un acto político y su práctica en salud mental se constituyen hoy en dispositivos éticos, políticos y clínicos que articulan la dimensión relacional, social e institucional del proceso salud - enfermedad - cuidado. Acompañar no es un simple acto de presencia, sino un entramado de gestos, palabras y silencios que habilitan al sujeto en su singularidad y en su entorno comunitario. En este sentido, entendemos el *acompañar* como un verbo polisémico que implica estar junto, participar de los afectos y poner en juego recursos para sostener la autonomía y el deseo de la persona que padece.

Históricamente, el modelo manicomial se fundó en la exclusión y en la medicalización de la locura. Fue Franco Basaglia quien, desde su experiencia como director de los hospitales psiquiátricos de Gorizia y Trieste, problematizó ese paradigma y lo desplazó hacia un abordaje centrado en la existencia multidimensional del sujeto. Su legado puso en tensión la concepción biologicista y asilar de la psiquiatría tradicional, inaugurando prácticas comunitarias y redes de apoyo que hoy reconocemos como antecedentes cruciales de los dispositivos de acompañamiento. En cierto momento, *Franco Basaglia* dejó de ser sólo la nominación de un hombre. A partir de cierto momento comenzó a representar miradas, posibilidades, sentidos. Se transformó en un *significante* que comenzó a derribar muros hospitalarios, ubicando la intervención en la vida cotidiana del sujeto y subrayando la importancia de los lazos sociales como eje terapéutico. Un significante que logró ampliar y situar su campo de intervención, sumando actores y espacios a éste.

En la Argentina y en otras latitudes, esas prácticas se visibilizan en iniciativas muy diversas. Entre ellas, el *Acompañamiento Terapéutico* (en adelante, AT) emerge como un dispositivo singular que amplía el horizonte clínico de la intervención, situando a ésta más allá del ámbito institucional y disciplinar, cristalizando tres ejes fundamentales: la interdisciplina, el abordaje ambulatorio y una especificidad transferencial. A través de su despliegue en domicilios, centros comunitarios y ámbitos laborales, el AT articula prácticas situadas que potencian y/o restituyen autonomía y promueven la inclusión social del sujeto. Dadas las tensiones provocadas, este dispositivo y su agente habilitan operativizar el deseo, esto es, producir un corrimiento discursivo en ese sujeto que ha sido objetivado y que ahora es posible acompañar hacia una nueva posición: una deseante.

Las *políticas públicas y su poder enunciativo*, como base fundamental para la materialización, sostenimiento y encuadre de las prácticas aquí descritas quedan aseguradas a través de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (MSN, 2010), que sintetiza y otorga un marco jurídico que enmarca su práctica y aseguran su continuidad más allá de una gestión de gobierno o buenas voluntades.

El potencial reparador y subjetivante del acompañar es ilustrado a través del *Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia Integral a querellantes y testigos víctimas del terrorismo de Estado* puesto en marcha en 2005 a raíz de la atemporalidad del trauma puesto en evidencia en testigos y víctimas que participaron de los juicios por violaciones a los Derechos Humanos durante la dictadura cívico militar de 1976 en nuestro país. Un ejemplo y antecedente paradigmático de apuesta, riesgo y ternura en la intervención clínica.

Este enfoque clínico desplaza el interés exclusivo por los síntomas y las herramientas técnicas hacia la praxis del vínculo: un acontecimiento relacional que abre espacios de enunciación, desafío y creación de nuevos sentidos. Lejos de ser un suplemento al tratamiento médico, las prácticas de acompañamiento se plantean como máquinas de hacer ver y hacer hablar, capaces de iluminar lo invisible en cada sujeto y de reforzar la trama comunitaria que sostiene su vida cotidiana.

Lejos de ignorar el carácter profundamente disruptivo del padecer mental tanto en lo individual como en lo social, aspiramos a demostrar que acompañar es, ante todo, una apuesta por el lazo social y por la potencia del deseo. Un compromiso ético que, más allá de su eficacia clínica, resiste la mercantilización de la salud y reivindica el derecho de cada persona a ser considerada en su plena dimensión humana.

DESARROLLO

II / FRANCO, UN SIGNIFICANTE

«Una persona con una enfermedad mental entra en el manicomio como 'persona' para convertirse allí en una "cosa". El paciente, en primer lugar, es una 'persona' y como tales deben ser considerados y atendidos (...) Y nosotros estamos aquí para olvidarnos de que somos psiquiatras y para recordar que somos personas»

Franco Basaglia, discurso al personal del hospital de Gorizia al asumir como director, 1961

Franco Basaglia (1924-1980) nace y muere en Venecia. En 1943 ingresa a la Universidad de Padua para estudiar medicina, aunque en 1944 es arrestado por las autoridades fascistas por su militancia clandestina en contra del régimen. Posteriormente continúa sus estudios y obtiene su título en 1952 de especialización en “enfermedades nerviosas y mentales”, el equivalente a psiquiatra. Hasta 1961 dicta clases en esa misma universidad cuando es nombrado director del hospital psiquiátrico de Gorizia y posteriormente, en 1971, director del de Trieste. En este último logra su cierre en 1979.

Basaglia originó un movimiento de desinstitucionalización en Italia al que se denominó “antipsiquiatría”. Propuso y puso en marcha una serie de reformas para cambiar el tradicional manicomio por una institución de régimen abierto que permitiera a los pacientes insertarse en la sociedad. Declararía que su encarcelamiento en 1944 lo enfrentó a las condiciones de reclusión y aislamiento que descartaría luego como tratamiento psiquiátrico adecuado. Consideró que el manicomio y la cárcel compartían el mismo objetivo: proteger a la sociedad del desvío de la norma, un eufemismo para aludir a mecanismos de control social.

Su propuesta incluyó una red de contención y estimulación en las que el paciente, sus deseos y necesidades fueran los protagonistas: talleres, actividades extramuros, trabajos remunerados, un régimen institucional abierto, asambleas en donde los pacientes podían expresarse y ser tenidos en cuenta para encontrar soluciones y propuestas. Basaglia demostró que el tratamiento médico y farmacológico no eran suficientes. Menos aún el aislamiento.

Llegó a extremar tanto la posición que propuso el cierre definitivo de los asilos e incorporar áreas especializadas en hospitales generales y/o atención ambulatoria.

Esto queda asentado en la *Ley 180* llamada *Ley Basaglia* promulgada en 1978 y actualmente vigente. Es la base de la legislación italiana en salud mental.

El *movimiento antipsiquiatría* cuestionó la hegemonía del saber médico psiquiátrico, dando lugar a la participación de nuevos actores (antropólogos, psicólogos, lingüistas, psicoanalistas, trabajadores sociales, etc.) produciendo un nuevo campo político, epistemológico y de intervención clínica efecto del entrecruzamiento de discursos, disciplinas y prácticas que no sólo comenzaron a delinear nuevos objetos y nuevas políticas públicas sino que dejaron en claro que el sujeto concreto de intervención no es sólo un

enfermo sino un individuo multidimensional, biológica, social y psíquicamente constituido. (Galende, 1990)

Para Basaglia, *inventar la salud* no es sólo intervenir técnicamente: se trata de abarcar todas las dimensiones constitutivas del sujeto de las que la dimensión social se revela como protagonista. (Nota: utilizaremos el término *sujeto* como equivalente de individuo considerando su multidimensionalidad constitutiva y su posición deseante. Cuando se utilice en sentido psicoanalítico, es decir, como efecto del significante, se aclarará debidamente.)

Todas estas perspectivas que comienzan a ponerse en juego se sustentan en una concepción de sujeto de derechos, autónomo, capaz, socialmente activo. (de Souza Campos, 2021)

De esta manera comienzan a diseñarse diferentes dispositivos de intervención que tienen como factor en común la atención ambulatoria, la desinstitucionalización y el suministro de los sistemas de apoyo que el paciente necesite para ejercer sus derechos adecuada y autónomamente.

Basaglia introdujo una nueva lectura del espacio social, asilar y terapéutico. Evidenció que la transformación del campo de la salud mental requiere no solo nuevas prácticas, sino la construcción de un nuevo espacio de intervención.

Intentaremos en el siguiente punto formalizar cómo se constituye y delimita el campo donde operan estos dispositivos de acompañamiento.

III / TODOS SOMOS EL CAMPO...

En cuanto a salud mental, si se lograra definitivamente la “normalización” de la atención del paciente psiquiátrico tradicional y la integración de las acciones de salud mental en las acciones generales de salud, el objetivo por el cual nacieron las políticas de salud mental habría culminado con éxito. Tal éxito sería, simultáneamente, su extinción como campo específico para integrarse en prácticas sociales y de salud que incorporen la dimensión de la subjetividad.

Alicia Stolkiner, “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental : la articulación entre dos utopías”, 2007

¿Dónde intervino Basaglia? Esta pregunta nos precipita, nos exige definir de alguna manera su campo de intervención para no caer en malentendidos o contradicciones.

El trabajo de Pierre Bourdieu nos servirá como punto de apoyo. El autor fue más allá de la lucha de clases como fundamento de la dinámica social. Se interesó en los mecanismos de reproducción social destacando la acción de los agentes que participan y que logran imponer cierta estructura y dinámica de funcionamiento. Su idea de Campo hace referencia a una compleja red de relaciones entre posiciones ocupadas por agentes que, con ciertos recursos (a los que engloba bajo el concepto de Capital) pugnan por conservar o transformar esa misma relación en beneficio propio (Fernandez Cuevas, 2020). Así planteado, el Campo queda definido por las relaciones y el Capital puestos en juego.

Son los campos entonces, los espacios sociales (metafóricos, virtuales) de articulación histórica y estructuración de las prácticas sociales de cierto grupo. Una característica muy interesante de los campos es que pueden anidarse entre sí, formando *subcampos* que heredan pautas de funcionamiento y agregan otras que los distinguen de otros subcampos.

Habiendo definido Campo, podemos definir el concepto que consideramos más útil a los fines del presente ensayo: el *hábitus*.

Un concepto complejo que da cuenta del modo en que estructuras sociales objetivas son internalizadas produciendo estructuras subjetivas que operan como sistema de percepción, de pensamiento, de acción, de apreciación. La internalización de las mismas las invisibiliza simultáneamente.

Alicia Gutierrez en el prólogo a *El sentido social del gusto* expresa: "Producto de la historia, el hábitus es lo social incorporado, estructura estructurada, que se ha encarnado de manera duradera en el cuerpo como segunda naturaleza, naturaleza socialmente constituida. [...] Hablar de hábitus es plantear que lo individual, lo subjetivo, lo personal, es social, es producto de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas." (Bourdieu, 2010, p.17).

Foucault (2007) propuso el concepto de *biopolítica* para explicar el salto del control del cuerpo individual al cuerpo social. Byung-Chul Han (2015) fue más allá y dió cuenta del salto siguiente e inverso: el control internalizado en el sujeto y convertido en deseo: la *psicopolítica*.

En tanto analizador institucional, el hábitus evidencia las prácticas en términos de estrategia y su *natural coherencia* para asignar ciertas posiciones a ciertos agentes en su campo de pertenencia.

¿A raíz de qué citamos a Bourdieu, Foucault y Han? Nos parecen de suma utilidad para leer la escena con la que se encontró Franco Basaglia y con las que nos encontramos nosotros actualmente en nuestra práctica clínica.

Basaglia visibilizó esas estructuras. Y cambió las posiciones relativas de los agentes ya que transformó el capital el juego. Creemos, siguiendo a Stolkiner (2007), que la propia existencia de un campo diferenciado de la Salud en general, evidencia la división del mismo. El éxito de un plan de políticas públicas en salud se verificaría con la desaparición del campo de la Salud Mental como tal. Expresaría que la Salud como concepto es un continuo que abarca todas las condiciones de existencia de la persona, y ésta a su vez, entendida como sujeto de derechos.

Marco, una metáfora en acto.

En 1973, Franco Basaglia impulsó una acción simbólica poderosa: la construcción colectiva por *pacientes y trabajadores* del manicomio de Trieste de una escultura en papel maché y pintado de color azul, del caballo del hospital, Marco. El caballo, originalmente usado para transportar ropa y desechos, fue resignificado como símbolo de la libertad y la subjetividad al ser representado y luego sacado del hospital tras derribar un muro.

Este acto, más que anecdótico, condensa la operación política y subjetivante que proponía Basaglia: trasladar el sufrimiento del encierro al espacio público, restituyendo la voz de los pacientes y desdibujando fronteras entre lo terapéutico, lo disciplinar y lo político.

Marco Cavallo dejó de ser un mero objeto para volverse significante. Su imagen sigue siendo un emblema de la desmanicomialización y de una práctica clínica centrada en el lazo, el deseo y el derecho a habitar el mundo. Una invención situada, como lo es cada dispositivo de acompañamiento en su contexto actual.

Basaglia, como todos, fue hijo de su época. Así, en el convulsionado mundo de fines de los '60 con revoluciones, dictaduras, atentados y guerras, el 13 de mayo de 1978 se aprueba la Ley 180 o Ley Basaglia, que reestructurará el sistema de salud mental en Italia y que hoy continúa vigente.

Habían pasado cinco años de la caminata con Marco, el caballo azul de papel maché que, dicen, se había rellenado con los deseos de los pacientes.

Esta experiencia es sólo un efecto impensado de las ideas de Basaglia, cuyo fuerte contenido clínico y político cambió las posiciones relativas de los pacientes, profesionales, autoridades y comunidad sobre la salud y la enfermedad y consecuentemente las responsabilidades sociales que a cada uno le concernía.

El desafío siguiente será lograr que las distintas disciplinas dialoguen y producir un objeto que las trascienda. Para eso, es necesario interrogarnos por los agentes que habitan el complejo campo de relaciones que hemos definido y que exige a su vez tensionar más aún el espacio interdisciplinario.

IV / MÁS ALLÁ DE LA INTERDISCIPLINA

“... cada disciplina, cada especialidad está en tensión con sus propios imperativos específicos, que pueden muy bien devenir en imperativos de goce en los que se pierde el registro del sujeto, y se obtura, en consecuencia, su condición deseante.”

Gabriel Pulice. Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura.

Uno de los núcleos conceptuales de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (MSN, 2010) es la interdisciplinariedad. La experiencia italiana ha demostrado la eficacia y la potencia del encuentro como intervención. Podríamos decir que dispara una reacción en cadena tanto en lo social como en lo terapéutico. Y no es necesario investigar

demasiado para encontrar infinidad de experiencias pasadas y actuales en donde el intercambio con otras disciplinas profesionales o actores ajenos a la propia no sólo ha redundado en un beneficio para el esbozo de una intervención, sino más aún, en una condición *sine qua non* para que ésta sea la más adecuada. No planteamos aquí solamente la interconsulta que correspondería a un esquema multidisciplinar. Proponemos un verdadero diálogo no sólo entre disciplinas sino entre los agentes involucrados, el profesional concreto, de carne y hueso. Creemos que diferenciar una disciplina del agente que la encarna y representa, es fundamental a la hora de convocar y diseñar una intervención.

Sin embargo, nuevamente encontramos ciertas dificultades a la hora de delimitar el campo, en este caso, el interdisciplinario.

Aquí aparece algo muy interesante. La interdisciplina como encuentro, cruces, choques de discursos “no lo tenemos que inventar, es el agua en que nadamos, el charco del que surgimos, y nuestro pan de todos los días.” (Pulice, 2021, p.74)

El soporte que otorga una red interdisciplinaria es de valor inestimable tanto para el sujeto padeciente como para el equipo que lo asiste. Destaco la palabra *red* ya que planteamos al equipo profesional como integrante de ella. Esa red es el campo interdisciplinar.

Preferimos hablar aquí de *sistemas de apoyo*, tal como lo menciona la Ley N° 26994, el Código Civil y Comercial de la Nación, (MJDDHHN, 2014) en su artículo 43 respecto de los instrumentos posibles para favorecer y sostener la autonomía de una persona. Hacemos referencia explícita a recursos como talleres de manualidades, cuidadores, animales (por ej.: equinoterapia), actividad física, etc., que estimulen y coadyuven al esquema terapéutico planteado por el equipo tratante.

Todo esto deja en claro que no alcanza con sólo incluir distintas disciplinas o actores en la escena clínica, se trata de vincularlos entre sí, de establecer un diálogo. No se trata como algunos plantean, de encontrar una que logre dar cuenta de todas las variables implicadas ni desdibujar los límites e identidades en juego. Se trata de otra cosa.

Para Alicia Stolkiner (1999), ese juego, esa dinámica interdisciplinaria debe producir algo, algo que exceda a sus partes. Nos agrada pensarlo de esa forma, un producto que transgreda las fronteras sectarias: un producto transdisciplinar. Un producto transitorio, un momento.

Ejemplifica el concepto con una orquesta, en la que cada instrumento puede y debe tocar cierto fragmento en cierto momento. Fragmentos que escuchados aisladamente no definen nada. Pero al sonar en conjunto, sincronizados, aparece *algo* que no se explica por la simple suma de los instrumentos. *Algo* que desaparece al finalizar la obra, aunque los instrumentos y sus músicos sigan ahí. Ese *algo* sería el producto transdisciplinar. Eso es

transdisciplina. "Es una situación en construcción continua, no un estado. La tensión entre diferenciación e integración no se resuelve nunca de manera acabada y reaparece frente a cada problema a abordar." (Stolkiner, 1999)

No sería justo no mencionar aquí el concepto de pensamiento complejo desarrollado por Edgar Morin (2005), ya que ese producto nuevo se integra como nueva variable, desdibujando los límites entre productor y producto, causa y efecto. Se trata de una espiral, no de un círculo.

Volviendo a la orquesta, el director, ¿tiene instrumento? Se nos ocurre que ocupa un lugar privilegiado desde donde puede ver a todos y cada uno de los músicos y gracias a eso es capaz de sincronizarlos y aprovecharlos. Ése es su instrumento, su posición, su situación. Me es difícil no ver similitudes con la posición del dispositivo de AT y su agente por ejemplo, en un equipo interdisciplinario. Debemos destacar en este punto que existen áreas que no necesariamente se relacionan con otras, por ejemplo los vecinos del barrio que habita el sujeto son una parte importante del entorno cotidiano del mismo, no obstante no tienen necesariamente vinculación con el psiquiatra tratante, sin embargo otra vez encontramos a un agente del dispositivo articulando de una forma u otra ese vínculo.

Ya Galende menciona el concepto en Psicoanálisis y Salud Mental aclarando que no se trata de superar en modo alguno el saber de cada campo disciplinar sino integrar cada enfoque pero conservando la heterogeneidad, una suerte de *familia* que apunte a generar un producto que no será igual a la suma de sus partes. Un objeto complejo. Un producto de la dinámica que aparece por la acción simultánea de distintas miradas. En este sentido, lo transdisciplinar y lo disciplinar no son conceptos antagónicos sino complementarios (López Ocáriz, 2017).

La gran cuestión aquí es la coordinación del equipo interdisciplinario ya que debe facilitar y generar marcos comunes entre las disciplinas. Quizás la respuesta sea que este lugar lo encarne una función y no una persona. Una función que pueda desplazarse por el equipo según las demandas. Una función que circule.

La transdisciplina es un momento, no un estado. Un efecto de lo interdisciplinar. Así nos agrada pensar la dirección de la cura. Una utopía hacia donde dirigirnos. Un momento en el que ese sujeto que nos demandó un saber sobre su padecer ya no nos necesite.

Pero antes de articular un espacio interdisciplinario debemos crearlo, construirlo.

Frecuentemente, los profesionales que intervienen no se conocen ni dialogan. Cada uno emite un informe evolutivo (en el mejor de los casos) que va engrosando la historia clínica del paciente. Eso es un espacio multidisciplinario. Podemos estar hablando de dispositivos y disciplinas hasta el fin de los tiempos pero siempre, al final de la cadena, encontraremos una persona concreta que encarna la función. Y aquí también se juega lo que López Ocáriz (2017), al reflexionar sobre los modos vinculares que aparecen en el

dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, desdobra en dos posiciones posibles y simultáneas: cómo el acompañante se ofrece al lazo y cómo es tomado en él.

Esto es válido también hacia el interior del equipo y hacia todos los actores involucrados en este proceso Salud-Enfermedad-Cuidado. Destaco una vez más la necesidad de provocar la conexión cuando no surge espontáneamente. Funda y moviliza una nueva estructura.

Hay excepciones, pero es muy habitual que cada actor permanezca cómodamente en su lugar, se trate del psiquiatra en su consultorio o de la pareja en su hogar. La provocación, la interpelación de esos lugares es vital para transformarlos. Provocar es intervenir. Siempre desde el no saber. Y esto es praxis psicoanalítica. Como tal, es una apuesta. Apuestas pensadas, encuadradas, dialogadas, pero apuestas al fin, nada está garantizado, excepto el deseo puesto en juego. El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico irrumpe en la escena diaria y moviliza saberes formales e informales: materializa los principios de la clínica ampliada en los territorios cotidianos del sujeto.

V / UNA CLÍNICA AMPLIADA, UNA PRÁCTICA SITUADA: EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

*“Es decir, no limitado a un aspecto aislado, “lo psicológico”, sino a la multiplicidad de factores que inciden en la vida de las personas produciendo sufrimiento o efectos negativos en su salud o procesos vitales.”
Cecilia López Ocariz. Desafíos y debates en el Acompañamiento Terapéutico*

Pensar el acompañamiento en salud mental nos exige salir del perímetro de la clínica tradicional. Nos interpela a concebir una clínica ampliada, situada en los escenarios donde transcurre la vida cotidiana y en tensión con los dispositivos de control y medicalización hegemónicos. No se trata solo de nuevas técnicas, sino de nuevas formas de estar con otro, de habilitar un lugar para la palabra, el afecto y el deseo.

Esta clínica ampliada se despliega a través de diversos dispositivos que intervienen en situaciones singulares: desde el acompañamiento a testigos en procesos judiciales por delitos de lesa humanidad, hasta redes comunitarias barriales, talleres de expresión, o intervenciones domiciliarias que restituyen un lazo donde había silencio o fragmentación. Cada dispositivo condensa un acto político-clínico que se inscribe en un campo social atravesado por múltiples determinaciones.

En este contexto más amplio, el Acompañamiento Terapéutico (AT) aparece como un dispositivo emergente particularmente desarrollado, con anclaje clínico y una lógica transferencial que lo vincula al campo del psicoanálisis. Su especificidad reside en su despliegue en los entornos cotidianos del sujeto, atravesando lo familiar, lo comunitario, lo laboral, y habilitando allí un lazo donde pueda producirse subjetivación.

El AT se sustenta en una posición de cercanía no institucional. Esta particularidad favorece el surgimiento de una transferencia distinta, una *asimetría vacilante* que exige al acompañante sostenerse en la abstinencia, pero también en la disponibilidad afectiva y ética que habilite la emergencia del sujeto. La asimetría necesaria en la relación analista/analizante también debe ser parte del esquema de trabajo, pero en el Acompañamiento Terapéutico esta asimetría a veces, digamos, vacila, dada la posición de paridad en que se ofrece el acompañante al lazo y que lo diferencia claramente del lugar del analista (López Ocáriz, 2017). Con *asimetría vacilante* hacemos referencia a las tensiones contratransferenciales que, en situación de paridad, el acompañante debe soportar sosteniendo simultáneamente la lectura transferencial y en abstinencia.

Es fundamental comprender que el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico altera, siendo éste uno de sus aspectos eficaces, el entorno y la vida cotidiana del paciente. No sólo por participar de ella físicamente, sino, fundamentalmente, por no poseer las insignias del saber ni el brillo de la institución.

Lo específico del dispositivo no es sólo su forma, sino el modo en que altera el campo de intervención. Su presencia o ausencia puede adquirir valor de acontecimiento. Como bien señala Esteban Levin (2024), el acontecimiento en la vida de un sujeto puede ser un gesto, un silencio, una mirada que inscriba algo nuevo en la trama simbólica de su existencia. Lo cotidiano, si no está impregnado del deseo del otro no devendrá en acontecimiento. En este sentido, el acompañamiento no busca resultados clínicos inmediatos, sino que apuesta al lazo, a la apertura del deseo y al trabajo colectivo del equipo.

Ahora bien, el AT no agota la lógica del acompañar. Es uno entre varios modos posibles, con características propias, pero situado dentro de una constelación de prácticas más amplia que también incluye formas comunitarias, institucionales, jurídicas y educativas, entre otras. Todas ellas comparten un horizonte ético común: resistir la mercantilización del padecimiento, sostener al sujeto en su dimensión deseante, y abrir espacios de enunciación allí donde el discurso hegemónico ha producido silencio o exclusión.

En este marco, el AT no se presenta como modelo, sino como efecto de la intersección entre disciplinas, contextos y políticas públicas. Su eficacia clínica y política no reside en su normatividad, sino en su capacidad de inventar, junto al otro, una nueva escena posible. Sin embargo, un marco normativo es requerido para asegurar su continuidad y legitimidad. La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26659 fue el acto que transformó estas prácticas emergentes en políticas públicas estables.

VI / ASEGURANDO LA ENUNCIACIÓN: POLÍTICAS PÚBLICAS. LA LEY N° 26657

*“Y así logró vivir cuarenta años,
si no sumergido en el mundo de los hombres,
al menos en los límites del mismo.”
Ken Kessey, Alguien voló sobre el nido del cuco*

En el punto anterior ha quedado claro cómo un dispositivo de acompañamiento ha funcionado exitosamente como articulación entre varios discursos. El discurso jurídico se vio impactado fuertemente tanto como el psiquiátrico. Una dinámica compleja se disparó y generó nuevas preguntas, nuevos lugares y nuevos sentidos.

Otra vez, la noción de complejidad nos resulta indispensable para pensar y problematizar la dinámica del dispositivo, ya que cada acción induce un cambio que al asimilarse a la estructura provoca una reacción que ajusta y adapta su funcionamiento. Un circuito que es relanzado infinitas veces.

Este movimiento está fuertemente fijado en una pregunta, una interrogación constante sobre la praxis propia y ajena. Una búsqueda permanente de respuestas a preguntas que se renuevan y que interrogan la dirección de la cura emprendida en equipo, interdisciplinaria, lo que implica y asegura un intercambio natural, sin forzamientos (Stolkiner, 1999).

Estos movimientos que comenzaron como apuestas, asumiendo riesgos, en distintas épocas y escenarios llegaron hasta aquí e impactaron no sólo la escena judicial sino la jurídica.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, sancionada el 25 de noviembre de 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año, no sólo marcó un cambio de paradigma frente al padecimiento mental y hacia quien lo padece sino que representa ese impacto directo en la ley de las prácticas y conceptualizaciones que hemos expuesto en estas líneas. Percibimos que la teoría aquí se ha nutrido de la práctica.

Efectivamente, aportó un marco legal, normativo, regulatorio a prácticas que ya se realizaban pero que no contaban con el soporte jurídico necesario, no sólo para generalizar las prácticas y darles un encuadre común, sino para asegurar su continuidad en el tiempo. Y en este punto es donde distinguimos claramente la dimensión política que adquieren las prácticas emergentes del dispositivo.

Con dimensión política queremos hacer referencia a los efectos que el dispositivo produce, no ya sobre los procesos de salud-enfermedad-cuidado que impactan directamente en la subjetividad, la cotidianeidad y el padecimiento del paciente, sino en el campo social en el que se despliega.

Prueba de ello son algunos artículos del Código Civil y Comercial de la Nación, Ley N° 26994 (MJDDHHN, 2014), cuyos artículos 22 y 23 suponen las capacidades de derecho

y de ejercicio respectivamente, de la persona humana enfatizando luego la necesidad de promoverlas y sostenerlas (CCyCN, 2014, art. 22-23) .

Efectivamente, en el artículo 43 se definen los *sistemas de apoyo* necesarios para sostener las capacidades citadas, entendiendo como tal “cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.” (CCyCN, 2014, art.43)

Consideramos que la Ley N° 26657 (MSN, 2010) está totalmente atravesada por los mismos ejes que los dispositivos de acompañamiento: equipo interdisciplinario, abordaje ambulatorio y capacidad presunta de la persona.

Arriesgamos la idea de que estos dispositivos son un producto transdisciplinar dada la cantidad de voces a las que su letra les da lugar. Las resistencias y críticas de algunos sectores conservadores hacia su implementación revelan el carácter subversivo de esta norma y la constante defensa que esos sectores han hecho y hacen de sus intereses, de los que los económicos son los más importantes como siempre.

El largo proceso de utilización biopolítica de la medicina en general y la psiquiatría en particular no sólo ha permitido concentrar poder mediante el control de las poblaciones y sociedades en conjunto, sino que ha logrado convertir la salud en un bien de consumo, sometiéndola a las lógicas de mercado y a sus agentes: laboratorios, clínicas, aseguradoras, médicos, etc. El propio enfermo es transformado en un cliente/consumidor. No podemos menospreciar el hecho de que la salud es una de las más importantes y lucrativas industrias hoy y eso la transforma en un campo de batalla económica que ha capturado la vida cotidiana a través de su medicalización absoluta.

El neoliberalismo y su producto estrella, la globalización, promueve e impone la lógica de lo individual, lo privado y lo personal contra las dimensiones de lo público, lo comunitario, lo intersubjetivo (Ojeda y Suesnábar, 2023). Los procesos que propone el orden neoliberal son de objetivación no de subjetivación. Están ligados a la autogestión de la vida, la *meritocracia*, y a la negación simultánea de lo colectivo.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (MSN, 2010) con sus sistemas de apoyo y los modos ambulatorios que propone queda situada en la *vereda de enfrente* de esta avanzada arrasadora de la subjetividad proponiendo prácticas e intervenciones, una *clínica de la vida cotidiana*, citando a Leonel Dozza (1999), que rescatan al sujeto de esa captura mercantilista.

El consenso de muchos sectores que votaron por su aprobación legítima ampliamente el carácter desmanicomializador que posee, proponiendo modalidades de

intervención que transforman la tradicional y hegemónica visión hospitalocéntrica y asilar sobre el padecimiento mental y el respeto por los derechos humanos.

Destacamos cuatro núcleos conceptuales que atraviesan el cuerpo de la Ley N° 26657 (MSN, 2010): Derechos Humanos, Interdisciplina, Abordaje ambulatorio y Capacidad supuesta. Efectivamente, los artículos de la misma reconocen y aseguran, algunos en forma específica y otros redundantemente estos ejes. Se establecen los tratados y declaraciones internacionales tomados como fuente, que nuestra práctica sostiene como principios básicos, presumiendo siempre la capacidad de la persona y su consentimiento informado para todo tipo de intervenciones (art.10), siempre promoviendo la integración familiar, comunitaria y laboral, eligiendo siempre las opciones de tratamiento menos restrictivas de las libertades y promoviendo siempre la restitución o sostenimiento de lazos sociales bajo una mirada estrictamente interdisciplinaria.

El concepto de riesgo cierto e inminente es una de las marcas que caracterizan esta Ley, cambiando el antiguo, vetusto y deshumanizante paradigma de peligrosidad que tantos servicios le ha prestado a las políticas de control social.

Es de destacar la recursividad e insistencia de estos conceptos que atraviesan el texto de la Ley. Cada capítulo y artículo alude a aspectos diferentes pero siempre los ejes que los definen son los mismos, que en muchos casos se vuelven redundantes, permitiendo que solamente teniendo presentes estos núcleos conceptuales es posible adecuar las prácticas e intervenciones.

Las prácticas de acompañamiento siempre deben ser planteadas de modo holístico, debe contemplar simultáneamente el estado actual del sujeto, su contexto y su devenir histórico y vital. El informe sobre la salud en el mundo de la OMS (2008, p.6) expresa: “Sin una perspectiva global de la persona, atenta al contexto familiar y comunitario, se pierden de vista aspectos importantes de la salud que a primera vista no encajan en las distintas categorías de enfermedad”, es decir, se reduce al sujeto a una entidad patológica, fragmentado su existencia.

Es interesante relevar algunos programas de externación propuestos que pretenden alcanzar los objetivos de reinserción social, abordajes ambulatorios, potenciar lazos sociales y autonomía como el Programa Casas de Medio Camino. Otro ejemplo lo encontramos en el Programa de Acompañamiento para el Egreso de jóvenes sin cuidados parentales (P.A.E.) garantizado por la Ley Nacional N° 27364 (MJDDHHN), sancionada en 2017. Su objetivo es “garantizar su plena inclusión social y su máximo desarrollo personal y social” (Art. 1), y definiendo el acompañamiento personal en su sexto artículo como “...una/un referente que tiene por función acompañar a cada adolescente/joven sin cuidado parental en el fortalecimiento de su autonomía...”.

Estos dispositivos de acompañamiento se ubican como mediadores idóneos incluso con áreas aparentemente alejadas de la propuesta terapéutica como la justicia o al acceso a una vivienda. Una vez más encontramos al dispositivo situado en una encrucijada interdisciplinaria e intersectorial, facilitando pero simultáneamente habilitando, empoderando, emancipando al sujeto. Fortaleciendo sus capacidades y dando lugar a un acontecimiento novedoso quizás para ese sujeto. Un acontecimiento que lo reconozca como tal.

La experiencia compartida del acompañar, va mucho más allá del marco legal que la regula. Es un acontecimiento vital que pugna por la subjetivación, por el encadenamiento a una serie genealógica e histórica que aloja y nombra a un sujeto. Un ejemplo de ello es el caso que exponemos a continuación y que consideramos un paradigma que evidencia la eficacia de estos dispositivos en inscribir un nombre, aún cuando el trauma, en este caso, no sólo ha arrasado un sujeto sino al colectivo social en su totalidad.

VII / DE INVENCIONES, APUESTAS, RIESGOS Y TERNURA

*“En la mortificación de “lo cruel”, la ética queda reducida a una ética abstinerente, atenta a lo que no se debe hacer, pero sin que aparezca el imperativo de advertir y accionar sobre las condiciones socioculturales y políticas que originan y sostienen esa situación mortificada.”
Fernando Ulloa. Pensar el dispositivo de la crueldad.*

En este apartado, deseamos destacar un hito histórico que consideramos que conjuga y verifica la eficacia de los conceptos y ejes sostenidos en este trabajo, y simultáneamente los excede por los efectos producidos.

La Ley de Punto Final N° 23492 fue promulgada el 24 de diciembre de 1986, y estableció la paralización de los procesos judiciales iniciados en 1985 contra los militares imputados como autores penalmente responsables de haber cometido el delito de desaparición forzada de personas durante la dictadura militar.

La Ley de Obediencia Debida N° 23521 fue dictada el 4 de junio de 1987, consideraba que no eran punibles por haber actuado en virtud de la denominada obediencia debida, un concepto militar según el cual los subordinados se limitan a obedecer las órdenes de sus superiores.

La histórica decisión de derogar esas leyes por parte del Presidente Néstor Kirchner y dar luz verde a un proyecto que se convirtió en ley en el Senado el 21 de agosto de 2003 y que fue promulgada doce días después, el 2 de septiembre de 2003, habilitó reabrir las causas interrumpidas y abrir otras, muchas, demasiadas, nuevas.

Este cambio de escenario generó la emergencia de múltiples dispositivos de escucha, desde el *Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia Integral a querellantes*

y *testigos víctimas del terrorismo de Estado*, en el 2006, hasta el posterior *Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa*, en el 2010. Esta iniciativa no sólo articuló prácticas de acompañamiento a nivel nacional, provincial o municipal, sino que extendió éstas a nivel latinoamericano, surgiendo en Brasil el *Proyecto Clínicas del Testimonio* (dependiente del Ministerio de Justicia, como aquí), en Uruguay *Equipos de Acompañamiento* (desde la Facultad de Psicología) y en Chile el *Programa de Reparación Integral en Salud* (Rousseaux, 2023). El impulso de estos espacios tiene su explicación en la lógica represiva que sufrió la región a través del Plan Cóndor implementado por las dictaduras regionales.

Es necesario destacar que estos espacios emergieron naturalmente como interdisciplinarios dada la multiplicidad de discursos y prácticas que demandan y que los caracteriza simultáneamente. Se necesitó crear un espacio intermedio entre los diferentes actores del proceso judicial, de forma tal que cada uno adquiriera cierta conciencia de los objetivos y variables puestas en juego por el resto para poder dirigir el proceso en el mismo sentido.

Al mismo tiempo, no podemos olvidar la activa participación que el campo de la salud mental ha tenido en las luchas sociales de los '60s y '70s, que por supuesto no fue sin consecuencias tremendas como la desaparición de profesionales y estudiantes pero también la férrea convicción de sostener al principio y reconstruir luego el lazo social arrasado como eje fundamental de sus prácticas. Esta militancia permite comprender fácilmente la deriva de prácticas que se formalizaron como políticas públicas de acompañamiento (Calmels, 2023) .

En este punto es imprescindible recordar que Fabiana Rousseaux, fundadora y ex directora del Centro Ulloa y coordinadora del Plan Nacional, es categórica al distinguir el dispositivo de acompañamiento a testigos víctimas de un dispositivo de acompañamiento terapéutico. En este último se trabaja con *pacientes*. En el Plan se trabaja con *testigos*.

La intención es claramente distinguir el objetivo terapéutico (que supone algún trastorno psicopatológico) de la situación traumática de brindar testimonio ante un Tribunal de hechos sucedidos treinta años antes (Stolkiner, 2010).

Nos parece sumamente importante distinguir y resaltar esta diferencia, pero al mismo tiempo no parece que la cuestión vaya más allá de eso.

La misma Rousseaux expresa que “conceptos como duelo, trauma, alucinación, paranoia, cobraron otro estatuto, porque el impacto que la desaparición produjo obligó [...] a considerar las estructuras clínicas y los efectos del terror desde marcos conceptuales totalmente novedosos [...] Este eje terapéutico (por buscar una denominación amplia y compleja) no fue menor.” (Rousseaux, 2015, p.96)

Entonces, si bien el dispositivo fue adaptado a las necesidades exclusivas del proceso en marcha, en absoluto se dejan de tener en cuenta los efectos traumatizantes que ha producido la experiencia concentracionaria, por lo que si bien el objetivo explícito del dispositivo no fue terapéutico, la praxis y el efecto de la misma indudablemente lo fueron.

No vemos más diferencias. Si bien fue un gran invento, por supuesto, creemos que es la confluencia de discursos y prácticas que en diferentes momentos y lugares muchos han apostado y arriesgado siempre a un sujeto que padece. Un sujeto víctima, a veces, del Estado y otras de sí mismo.

Y una vez más, un dispositivo de acompañamiento produciendo equipos, grupos, subjetividades, que interpela lo sabido, que lo cuestiona, que habilita nuevos lugares. En este punto (y en tantos otros) cabe mencionar a Silvia Bleichmar (2010) cuando expresa que la producción de subjetividad es del orden político e histórico, por lo tanto social y atado a su época. El concepto hace referencia a la construcción de sujetos capaces e integrados, lo que no asegura que esto sea esencialmente emancipador. Esto último dependerá siempre de la ética subyacente al colectivo social. Esas variables en juego quedaron evidenciadas en el proceso social, histórico y político descrito en este apartado. Diferentes emergencias en diferentes contextos. Lo arrasador y lo emancipatorio. Un dispositivo represivo. Un dispositivo de enunciación subjetiva.

Estas líneas la articulamos con el concepto anteriormente aludido de transdisciplina, planteado como una emergencia de grupo, de equipo en nuestro caso, un verdadero *sujeto de grupo* en palabras de René Kaes (2006), emergente de ese conjunto intersubjetivo que en determinado momento y frente a ciertas demandas, coincide en tiempo y espacio y construye, produce un nuevo lugar de enunciación, un espacio entre significantes, ni más ni menos que eso. Tan potente y volátil como eso.

VIII / CONCLUSIONES

*¿Qué vida podrían tener los caídos en los hospitales de locos si no estuvieran allí?
Las locuras mezclan amores estallados y amistades perdidas,
pobrezas y exclusiones, sustancias baratas y desechos.
Están ahí porque todavía no los mató la policía, el alcohol, una cuenta sin pagar,
un coche al cruzar la avenida, el hambre o el frío.
Marcelo Percia, Locuras actuales, 2010.*

Este recorrido por las prácticas de acompañamiento como dispositivos éticos, políticos y clínicos permite arribar a varias consideraciones que trascienden el ámbito estrictamente clínico.

En primer lugar, hemos demostrado que el *acompañar* constituye mucho más que un acto de presencia o apoyo técnico. Desde la experiencia fundacional de Basaglia hasta las modalidades contemporáneas, estas prácticas se revelan como máquinas de hacer ver y hacer hablar, capaces de transformar las posiciones subjetivas y los campos de intervención donde se despliegan.

El análisis del campo interdisciplinar evidenció que la eficacia de estos dispositivos no reside en la suma de disciplinas, sino en su capacidad de producir emergencias transdisciplinares, momentos donde surge algo nuevo que excede a sus componentes. Esta dinámica, ejemplificada en el Acompañamiento Terapéutico, demuestra cómo la clínica puede ampliarse hacia los territorios cotidianos sin perder su especificidad transferencial.

La traducción de estas prácticas en políticas públicas, cristalizada en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (MSN, 2010), marca un hito donde la dimensión política de los dispositivos logra institucionalización sin burocratización. Los conceptos de interdisciplina, abordaje ambulatorio y capacidad presunta que atraviesan la ley son la formalización jurídica de principios que estas prácticas venían sosteniendo en sus intervenciones concretas.

El caso del Plan de Acompañamiento a Testigos y Víctimas del Terrorismo de Estado ilustra paradigmáticamente cómo estos dispositivos pueden inventar espacios de enunciación subjetiva aún en contextos donde el trauma ha producido efectos arrasadores. La distinción entre *testigos* y *pacientes* que propone Rousseaux no elimina la dimensión terapéutica de la experiencia, sino que amplía el horizonte de lo clínico hacia lo jurídico y lo social.

En todos estos casos, los dispositivos de acompañamiento operan como *máquinas de hacer ver* (Deleuze, 1989) que no son otra cosa que analizadores institucionales que visibilizan las estructuras de poder, las lógicas de exclusión y las posibilidades de transformación. Su eficacia no se mide por resultados inmediatos sino por su capacidad de transformar lo cotidiano en un acontecimiento subjetivo.

Frente a las lógicas neoliberales que promueven la fragmentación, la patologización y la mercantilización de la salud, estas prácticas se constituyen en resistencias micropolíticas que reivindican el lazo social como eje terapéutico. No ignoran el carácter disruptivo del padecer mental, pero se niegan a reducir al sujeto a su síntoma o a su condición de víctima.

Por último, la conceptualización de estos dispositivos como invenciones que operan en zonas de frontera entre lo individual y lo social, lo clínico y lo político, lo público y lo privado, permite comprender su potencia transformadora. Son inventos situados que se nutren de su propia práctica, producen teoría en acto y se validan únicamente por sus efectos subjetivantes.

Acompañar es, finalmente, una apuesta política por el deseo y el lazo social. Una práctica que, más allá de su eficacia clínica, resiste la objetivación del sujeto y sostiene su dimensión deseante. En tiempos donde las lógicas de control social se sofistican, estos dispositivos se revelan como espacios de libertad - no porque eviten el conflicto, sino porque lo alojan y lo transforman en oportunidad de enunciación.

Por último, citando a Deleuze, “los dispositivos son [...] máquinas para hacer ver y hacer hablar. [...] Cada dispositivo tiene su régimen de luz, la manera en que esta cae, se esfuma, se difunde, al distribuir lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella.” (Deleuze, 1989, p. 155)

Ampliando la clínica e iluminando las sombras.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Barros, M. (2023). *El sinthome desde una perspectiva freudiana*. 1a.ed. Olivos: Grama Ediciones.
- Basaglia, F. (1972). La utopía de la realidad. Buenos Aires: *Revista Topía* Nro. 52, Julio de 2008. <https://www.topia.com.ar/articulos/la-utop%C3%AD-de-la-realidad>
- Besson, M. (2019). *El Acompañamiento Terapéutico como práctica situada*. 2da.ed.revisada. Rosario: Talleres Fervil
- Bleichmar, S. (2010). *El desmantelamiento de la subjetividad: estallido del yo*. 1ra.ed.-1ra.reimp. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Bourdieu, P. (2010). *El sentido social del gusto: elementos para una sociología de la cultura*. 1ra.ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina S.A.
- Cabrera F. y Marzocci M. (2017). Políticas reparatorias y Salud Mental. El Acompañante Terapéutico en los procesos de Memoria, Verdad y Justicia. *La PlazAT Revista digital de los Acompañantes Terapéuticos* Nro.2. https://www.facebook.com/notes/335430537550657/?locale=es_LA
- Caramelo G., Picasso S. y Herrera M. (2016). *Código Civil y Comercial de la Nación comentado - 2da. ed.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Infojus. [http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo-comentado/CCyC_Comentado_Tomo_I%20\(arts.%201%20a%20400\).pdf](http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo-comentado/CCyC_Comentado_Tomo_I%20(arts.%201%20a%20400).pdf)
- Carmona Parra, Jaime A. (2010). *¿Qué es el Grupo Operativo?*. Ex-Alumnos de la Escuela Superior de Psicología Social. <https://pichonitos.wordpress.com/2010/01/17/%C2%BFque-es-el-grupo-operativo/>
- Chemama, R. y Vandermersch B. (2010). *Diccionario del Psicoanálisis*. 2da. ed., 1ra. reimp. Buenos Aires: Amorrortu.
- Colovini, M. (2022). *Construir un colectivo con singularidades*. Diario Página 12, 08/12/2022. <https://www.pagina12.com.ar/505712-construir-un-colectivo-con-singularidades>
- De Miguel y Canuto, J. C. (2014). Teatro y antipsiquiatría en Italia: el caso de Marco Cavallo (1973). *Quaderns De Filologia - Estudis Literaris*, 19, 65–83. <https://doi.org/10.7203/qf-elit.v19i0.5200>
<https://turia.uv.es//index.php/qdfed/article/view/5200>
- Deleuze, G. (1989). *¿Qué es un dispositivo?*. Barcelona: Ed.Gedisa. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/prac

[ticas_profesionales/812_clinica/cursada/archivos/deleuze_que_es_un_dispositivo.pdf](#)

- Delgado, O. L. et al. (2015). *Consecuencias subjetivas del terrorismo de Estado*. 1ra.ed. Olivos: Grama Ediciones.
- Dozza de Mendonga, L. (1999). Lo social es un lugar que no existe. Reflexiones desde el AT en pacientes psicóticos. *Revista Papeles del Psicólogo*, Vol. 72. España: Consejo General de la Psicología. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=939#:~:text=De%20lo%20planteado%20se%20desprende,o%20de%20cualquier%20otra%20instituci%C3%B3n>.
- Duhalde, E. y Rousseaux, F. (2015). *El ex detenido-desaparecido como testigo en los juicios por crímenes de lesa humanidad*. 1ra. ed. Ciudad Autónoma de Bs. As.: Fundación Eduardo Luis Duhalde
- Fernández Cuevas, M. P. (2020). Campo, Habitus y Capital: Categorías sociológicas clave en el modelo de análisis interpretativo de la Práctica Social de Pierre Bourdieu. Mexico: *Divulgare Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan Publicación semestral*, Vol.7, No. 14, 1-7. https://www.researchgate.net/publication/342705735_Campo_Habitus_y_Capital_Categorias_sociologicas_clave_en_el_modelo_de_analisis_interpretativo_de_la_Practica_Social_de_Pierre_Bourdieu/fulltext/64c807e0b1baa70467f9ebd0/Campo-Habitus-y-Capital-Categorias-sociologicas-clave-en-el-modelo-de-analisis-interpretativo-de-la-Practica-Social-de-Pierre-Bourdieu.pdf
- Frank, A. M. (2017). Abordajes interdisciplinarios en lo cotidiano. *La PlazAT Revista digital de los Acompañantes Terapéuticos* Nro.2. <https://www.facebook.com/notes/368977484292702/>
- Frank, M., Costa M. y Hernandez D. (comp.) (2017). *Acompañamiento terapéutico : clínica en las fronteras*. 1a ed . - Córdoba : Brujas. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Libro-Acompa%C3%B1amiento-Terapeutico.pdf
- Galende, Emiliano (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Ed. Paidós. <https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2015/01/galende-emiliano-psicoanalisis-y-salud-mental.pdf>
- Goldenberg, M. (1984). *Lineamientos generales para el Plan Nacional de Salud Mental*. <https://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=52493>
- Kaes, R. (2006). *El grupo y el sujeto de grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. 1ra.ed. 1ra.reimp. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Kaplan, D. (2017). Co-laborar: el encuentro de la interdisciplina. *La PlazAT Revista digital de los Acompañantes Terapéuticos* Nro.2. https://www.facebook.com/notes/396182821546079/?locale=es_LA
- Lacan, J. (2018). *Seminario 23 "El sinthome"*. 1ra. ed. 7ma. reimpr. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2003). *Seminario 7 "La ética del Psicoanálisis"*. 1ra. ed. 8va. reimpr. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2014). *Escritos 2*. 1ra.ed.(especial). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Levin, E. (2024). *Plasticidad simbólica: la experiencia de ser niño*. 1era.ed. C.A.B.A.: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico. <https://es.everand.com/read/715796331/Plasticidad-simbolica-La-experiencia-de-ser-nino>
- López Ocariz, C. (2017). *Acompañamiento Terapéutico. Las tensiones de su clínica y la especificidad de su posición*. Tesis de Maestría en Psicopatología y Salud Mental. UNR. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de graduados. Acreditación CONEAU: Resol. 1157/15.
- López Ocariz C. y Fiocchi A. et al. (2024). *Desafíos y debates en el Acompañamiento Terapéutico*. 1ra.ed. Área de Acompañamiento Terapéutico, Colegio de Psicólogos de Santa Fe 2da.Circ. Rosario: Ed. Colegio de Psicólogos de Santa Fe 2da.Circ.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2009). *Ley Nro. 26.529 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2014). *Código Civil y Comercial Ley Nro.26994*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm#6>
- Ministerio de Salud de la Nación (2011). *Ley Nacional de Salud Mental Nro.26657*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2017). *Programa de Acompañamiento para el Egreso de jóvenes sin cuidados parentales*. Ley Nro. 27.364 <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/275000-279999/276156/norma.htm>
- Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. 8va.reimp. Barcelona: Editorial Gedisa. https://redpaemigra.weebly.com/uploads/4/9/3/9/49391489/morin_introduccion_al_pensamiento_complej.pdf

- Ojeda G. y Suasnábar F. (2023). *Estado y políticas públicas de salud: el Acompañamiento Terapéutico en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental No.26657*. En Urtubey E. et al. (coord.) *Aportes para la formación universitaria en Acompañamiento Terapéutico*. La Plata: Editorial Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/156026>
- Ormando, L. (2008). *Del pesimismo de la razón al optimismo de la práctica: a 30 años de la experiencia de Trieste*. Buenos Aires: *Revista Topía, Julio de 2009*. <https://www.topia.com.ar/articulos/del-pesimismo-de-la-raz%C3%B3n-al-optimismo-de-la-pr%C3%A1ctica-30-a%C3%B1os-de-la-experiencia-de-trieste>
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la Salud en el mundo 2008*. OMS. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008_resumen.pdf
- Pasquale, E. (2009). *La Reforma Psiquiátrica en Trieste, Italia*. Buenos Aires: *Revista Topía, Septiembre de 2009*. <https://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>
- Perez, A. y Simondi, C. (2011). *El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico y su inserción en los equipos interdisciplinarios en Salud Mental*. III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología (UNLP). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/45172>
- Pulice, G. O. (2021). *Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. 2da.ed. Buenos Aires: Letra Viva
- Quiroga, Ana. (2017). *Homenaje a Enrique Pichon Riviere*. *Revista Actualidad Psicológica Año XLII No.464*. Buenos Aires: Mundo Gráfico SRL
- Red de Instructoras, Instructores, Jefas y Jefes de Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental Comunitarias de la República Argentina (2025). *Comunicado*. Colegio de Psicólogas y Psicólogos de la Provincia de Santa Fe: Instagram, 16/04/25. https://www.instagram.com/p/DIgw-4mRIHq/?img_index=1
- Rodriguez Costa, L. (2025). *Breve historia de la RiSaM en el plano nacional y provincial. Los fundamentos y extravíos en la historia de la RiSaM en el espejo de las políticas en Salud Mental*. <https://risamheep.com.ar/la-residencia/historia>
- Stolkiner, A. (1999). *Interdisciplina II: lo transdisciplinario como momento o como producto*. Buenos Aires: EL CAMPO Psi. <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner1.htm>
- Stolkiner, A. et al. (2010). *La creación de un dispositivo de acompañamiento a testigos víctimas del Terrorismo de Estado*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -

- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-031/544>
- Stolkiner , A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental*. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf
- Stolkiner, A. et al. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Repositorio institucional CONICET. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/195112>
- Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires (2023). *Anudamos la práctica: equipos de acompañamiento y su experiencia en territorio bonaerense*. Compilación de Eliana Morrone. 1a ed. - La Plata: MEVEJU https://derechoshumanos.mjus.gba.gob.ar/wp-content/uploads/2024/05/Equipo-de-Acompanamiento_digital.pdf
- Vainer, A. (2003). Cuatro camadas y un funeral. La RISam en la capital. *Revista Topía*, Septiembre de 2003. <https://www.topia.com.ar/articulos/cuatro-camadas-y-un-funeral-la-risam-en-la-capital>