

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

TITULO: *“PRESENCIAS QUE TEJEN LAZOS. LA CLÍNICA DEL ACOMPAÑAMIENTO
TERAPÉUTICO ENTRE-TANTO LA DESMANICOMIALIZACIÓN”*

Carrera: Psicología

Modalidad de escritura: Ensayo

Autora: Cian, Lucia. C-2870/3. DNI 34.821.417

Docente responsable: Barrionuevo Sol

AGRADECIMIENTOS.

A mi familia por brindarme la posibilidad de estudiar y acompañarme a lo largo de estos años.

A mis amistades que fueron refugio, risas y empatía infinita en este camino.

A mi compañero que supo ser sostén y alentarme con confianza en cada desafío.

A los docentes que me han acompañado en esta escritura y a la Universidad Pública. Siento enorme alegría y orgullo de ser parte de la UNR.

INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
DESARROLLO	
1. En la conquista de los derechos.....	8
2. El acompañamiento terapéutico como dispositivo.....	12
3. Una clínica que habilita el lazo.....	15
REFLEXIONES FINALES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

RESUMEN:

En el presente ensayo se aborda el dispositivo clínico de acompañamiento terapéutico en los procesos de externación de personas que han transitado internaciones prolongadas en instituciones manicomiales. La práctica del acompañamiento terapéutico se inscribe en el campo de la Salud Mental y, en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (2010), busca garantizar el abordaje interdisciplinario del padecimiento subjetivo en el marco de los derechos humanos. En ese sentido, se sostiene la hipótesis de que la intervención del acompañante terapéutico puede generar cambios subjetivos en términos clínicos frente al sufrimiento del sujeto y, a su vez, contribuir a la restitución del lazo social frecuentemente fracturado por los años de internación, la vulneración de derechos y la estigmatización social. Por ello, a lo largo del escrito se analizan conceptos fundamentales relacionados a la especificidad de esta práctica desde el marco teórico del psicoanálisis, los cuales permiten el abordaje de la singularidad desde la particular condición de paridad y atendiendo al vínculo transferencial en que se gesta. Asimismo, se consideran las cuestiones éticas que atañen al dispositivo al momento de su inicio hasta el cierre del mismo. Entre las conclusiones a las que se arriba, se destaca que, dado que el acompañamiento terapéutico permite una intervención en territorio, en el espacio cotidiano compartido con otros, el AT puede ofrecerse como una presencia activa que favorece la autonomía progresiva de la persona en la transición desde el hospital hacia la construcción y habilitación de nuevos lugares en la trama social.

Palabras clave:

Acompañamiento terapéutico - Salud Mental - Desmanicomialización

INTRODUCCIÓN.

En el año 2010 fue sancionada en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, la cual establece un nuevo paradigma en materia de salud. Este marco normativo se orienta a la restitución de derechos de las personas en situación de padecimiento mental y sostiene una fuerte impronta antimanicomial. Desde esta perspectiva, se busca garantizar una atención integral y humanizada de la salud basada en el respeto por la dignidad y la autonomía de quienes atraviesan situaciones de sufrimiento subjetivo, priorizando alternativas de tratamiento menos restrictivas que favorezcan su inclusión social.

Uno de los ejes centrales de la ley es considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter excepcional, siendo lo más breve posible y justificada solamente cuando otras estrategias hayan resultado insuficientes. En caso de ser necesaria, deberá realizarse en hospitales generales, acompañando así el proceso de transformación y cierre progresivo de los hospitales monovalentes.

Este enfoque cobra especial importancia frente a las trayectorias de aquellas personas que han permanecido institucionalizadas durante largos periodos, no tanto como consecuencia de su condición clínica, sino por la ausencia de redes vinculares o recursos materiales que posibilitaran una externación viable. Durante décadas, en nuestro país, muchas internaciones en salud mental se prolongaban en el tiempo debido a criterios médicos que no siempre eran revisados, o por ausencia de redes de contención que permitieran sostener un espacio propicio para la recuperación y el cuidado de la salud fuera del hospital. En otros casos, las internaciones continuaban dando respuesta a problemáticas sociales más que sanitarias, como la falta de vivienda en contextos de desamparo y pobreza (CELS 2008).

Si bien la ley proporciona un marco regulatorio para el desarrollo de un modelo de atención de la salud mental comunitario, el cual incluso ya venía gestándose con anterioridad en nuestro país, aún persisten obstáculos significativos en su implementación, a pesar de los numerosos esfuerzos institucionales, profesionales y sociales que se han ido desplegando en los últimos años.

Como hace referencia Galende (2008), cuando una persona lleva muchos años internada, dejamos de ver tanto a la persona como a la enfermedad que la llevo hasta ahí. La internación prolongada en una institución manicomial produce una subjetividad particular, en la medida en que instala procesos de disciplinamiento y aislamiento que, progresivamente, privan al sujeto de su lugar en la trama social. La permanencia sostenida en el tiempo dentro de estas instituciones implica para las personas no solo un cambio de hábitos, sino también la pérdida de vínculos afectivos, de lugares de pertenencia y de

capacidades para ser y estar con otros. Así, se adquieren costumbres propias de una lógica asilar, generando una pérdida de autonomía y mayor dependencia de la institución.

En este contexto, pensar un proceso de externación está marcado por múltiples variables, ya que no se limita solamente a la salida física de la institución, y debe de ser entendida y abordada en términos de desmanicomialización.

Resulta fundamental acompañar a la persona en la construcción de un proyecto de vida por fuera del dispositivo asilar, promoviendo la posibilidad de establecer y reconstruir nuevos lazos, de hacerse de un lugar propio para compartir con otros. En este sentido desinstitucionalizar implica para esas personas la recuperación de derechos, una atención digna y de respeto hacia su intimidad y singularidad. Como bien señala Galende (2008), en este sentido, el cierre del hospital psiquiátrico es el resultado de este proceso nunca puede ser el comienzo.

Para llevar a cabo este proceso de desmanicomialización, han surgido diversos dispositivos como alternativas de reformas al modelo asilar. Entre ellas, se inscribe la práctica del acompañante terapéutico (AT) que adquiere cada vez mayor relevancia ante la complejidad de los escenarios que lo convocan. Si bien esta figura existe desde hace varias décadas, en los últimos años ha adquirido mayor relevancia en distintos ámbitos de intervención. Rossi (2007) hace referencia al acompañante terapéutico como figura propicia para intervenir en situaciones donde el lazo social aparece en conflicto, y donde la cronificación del padecimiento va dejando huellas o empieza a inscribirlas, volviendo indispensable un trabajo en red.

El AT se incluye en el espacio cotidiano, en un dispositivo de trabajo pensado en la singularidad. No se implica como un actor aislado, sino como parte de un equipo, en el marco de un abordaje interdisciplinario.

En este contexto surge preguntarse ¿Qué posición asume el acompañante respecto del sujeto que acompaña? Sostenemos la hipótesis de que el armado del dispositivo puede generar efectos verdaderamente transformadores, en la medida en que se oriente en una práctica centrada en la restitución de derechos y en la recuperación de las capacidades sustraídas durante los años de encierro.

Por esto, es necesario mantener un ejercicio ético que no derive en una reproducción de un dispositivo de control o supervisión que termine replicando lógicas que precisamente, se busca interrumpir. Como plantea Percia (2013), no se trata tanto dispositivos impuestos bajo formas de reinserción o rehabilitación en lo vincular, sino de generar espacio en el entramado social para habilitar la palabra; espacios donde la persona pueda tomar su lugar a modo de nombre propio en el lazo con otros.

Desde esta perspectiva consideramos el acompañamiento como un modo de prestar presencia desde un lugar de semejante, sin desconocer la particularidad del vínculo

en que se gesta esta paridad, ni los lineamientos que posibilitan en el dispositivo un devenir terapéutico.

Es por todo ello que este trabajo integrador final (TIF), ateniéndose a las áreas problemáticas de Acompañamiento Terapéutico, Salud Mental y Psicoanálisis, invita a reflexionar sobre el dispositivo clínico de acompañamiento terapéutico en procesos de externación de personas que han transitado internaciones prolongadas en instituciones manicomiales.

La práctica clínica del acompañamiento terapéutico, desde una lectura psicoanalítica, invita a repensar los términos que la instituyen como tal. En este sentido, se irán articulando conceptos que permitan abordar el dispositivo en sí, la demanda de acompañamiento y el encuadre como fundamentos necesarios para sostener una clínica de la singularidad. Habilitar la práctica en términos de presencia y disponibilidad nos lleva a considerar nociones como transferencia y la abstinencia del AT, conceptos que deben ser revisados de manera permanente para sostener una posición ética y preservar la especificidad de la práctica.

Para desarrollar los fundamentos de la temática elegida, la modalidad de escritura será la del ensayo, porque permite dar lugar a la cita, como se hace lugar en el dispositivo; *darse /a/ la cita* como hace referencia Marcelo Percia (2025), como el deseo de compartir un hallazgo que no reside en un mero recorte de un texto, sino en saber que se está pensando con otras escrituras, con otros autores. Esto no implica ajustarse a las citas como en lo ya establecido, sino, por el contrario, darse a ellas como *“la posibilidad de asomarnos a lo que no sabemos o a la oportunidad de traspasar el umbral de lo ya pensado”*. (p.243)

DESARROLLO:

I. En la conquista de los derechos.

*“Pensar supone, entre otras cosas,
interrogar amorosamente nuestra relación con la lengua.
Pensar para llegar a hablar una lengua clínica que nos guste”*
Marcelo Percia.

La historia de la locura a lo largo de siglos fue una historia contada y atravesada por el estigma, la exclusión y el aislamiento de las personas que padecían sufrimiento mental. Con el tiempo las formas de nombrarla han ido cambiando, por ende, se ha ido modificando el tratamiento y la clínica que nos implica como profesionales de la salud mental. Muchos de estos cambios se realizaron a fuerza de luchas sociales que hoy día nos han traído hasta aquí y han permitido gestar marcos regulatorios con los cuales contamos en nuestro territorio argentino, pero también han permitido repensar *amorosamente* las formas de abordar el padecimiento mental, los modos de nombrar y dar tratamiento.

La psiquiatría asilar clásica construyó el concepto de sujeto como sujeto enfermo, no consciente de sus actos y al cual era necesario contener por medio del encierro institucional, por lo tanto, muy asociado a la peligrosidad que representaba para la sociedad (Galende, 2017). En la actualidad, ya no hablamos de un sujeto enfermo, sino de una persona con padecimiento mental, un semejante que, como tal, merece ser tratado con dignidad. Es decir, la forma en que se nombra un sujeto en el campo de la salud mental es importante, ya que tiene efectos directos en la subjetividad, en las prácticas clínicas que sostenemos como profesionales de la salud y también en los derechos de las personas que reciben atención. Hablar de salud mental implica repensar con qué concepto de sujeto estamos trabajando.

Por ello, resulta fundamental historizar ciertos procesos que permitan reflexionar, a la luz de un paradigma de restitución de los derechos, los marcos normativos vigentes y los cambios necesarios para su implementación. En particular, apuntamos a lo relevante que es considerar el impacto que las internaciones prolongadas han tenido en aquellas personas que han pasado gran parte de su vida en establecimientos psiquiátricos y como esto ha implicado, en muchos casos, la pérdida de su individualidad y el ejercicio pleno de sus derechos como ciudadanos.

Toda institución, como tal, implica una organización en torno a las relaciones que en ella se tejen; así establece normas que gestan y regulan espacios comunes de

pertenencia. Galende (2008) menciona que ciertas instituciones son formadoras de subjetividad ya que permiten espacios de intercambio creativo e intelectual, fomentando la capacidad de pensamiento y autonomía. Sin embargo, otras resultan profundamente devastadoras, porque tienden al aplastamiento del ser como sujeto social.

Goffman (1972) describía particularmente a establecimientos con estas últimas características como instituciones totales, entre las cuales mencionaba el hospital psiquiátrico. Se refería a este como un lugar de residencia donde los internos conviven por un tiempo prolongado, aislados de la sociedad y donde comparten una rutina diaria. Lo central de estas instituciones es una ruptura con lo que Goffman considera como el ordenamiento social básico, caracterizado por la diversidad de espacios en los que una persona se desempeña socialmente, tales como el lugar de trabajo, estudio o residencia. En situaciones de encierro, todos los ámbitos quedan sometidos a un mismo orden, bajo la misma autoridad y compartiendo con otros individuos la misma situación de subordinación.

Como consecuencia, en estadías prolongadas, la persona termina incapacitada para volver a ejercer sus roles en los distintos espacios comunitarios fuera del hospital. El despojo es tan profundo que no solo implica a sus afectos, sino también sus pertenencias y todo aquello que constituye una parte esencial de su identidad.

Por lo tanto, en momentos de fragilidad subjetiva donde se ve comprometida la posibilidad de sostener espacios habituales de socialización, trabajo o estudio, la condición de encierro no hace más que reforzar esta ruptura. Es decir, el manicomio termina intensificando el aislamiento en lugar de preservar y favorecer la reconstrucción del lazo. Al mismo tiempo, se suma la impronta que dejan las rutinas impuestas, ya que aspectos cotidianos vinculados a la autonomía personal como ser la higiene, tareas diarias como cocinar o hacer las compras, quedan supeditadas a la asistencia que en muchos casos provee la institución.

Todo esto contribuye a que un proceso de externación resulte aún más complejo, y hablar de un proceso de desinstitucionalización implica un cambio mucho más profundo que el hecho de salir del manicomio o cerrar la institución; es necesario lograr cambios en una dimensión subjetiva y en el contexto social que acompaña. Las personas precisan reconstruir su vida por fuera de la institución, recuperar habilidades sociales y reinsertarse en espacios comunitarios, lo cual, en la actualidad, representa un desafío aún mayor.

Para llevar esto adelante es necesario, por un lado, que el Estado pueda garantizar derechos básicos de atención y generar las condiciones necesarias para la inclusión social mediante prácticas respetuosas y no estigmatizantes. Asimismo, es fundamental considerar el trabajo de los profesionales involucrados en el campo y en la participación de la sociedad civil, ya que no es posible hablar de inclusión y restitución de lazos sin

acompañar el proceso mediante el cual estas personas logran volver a vivir en comunidad. Para ello es imprescindible diseñar estrategias que permitan desandar los años de institucionalización y atender el daño que eso ha implicado para el sujeto.

A la luz de movimientos reformistas que han tenido lugar en varios países de Europa, y lograron hacerse eco en Latinoamérica, como antecedentes de lo posible en el tratamiento de la salud mental, han comenzado a gestarse en nuestro territorio políticas orientadas a abordar el padecimiento subjetivo desde un enfoque comunitario e intersectorial de la salud mental.

Las transformaciones implementadas han permitido modificar el abordaje tradicional, rompiendo con el paradigma clásico de la lógica asilar que, al estar íntegramente basado en una concepción reduccionista de la salud, trataba el padecimiento subjetivo exclusivamente desde la clínica psiquiátrica sin reconocer la influencia de otros factores lo que afectan.

Han existido ensayos, en distintas provincias, de políticas apuntadas en esta dirección. La provincia de Santa Fe cuenta, desde 1991, con la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772. En ella se contempla la búsqueda de alternativas de tratamiento que restrinjan lo menos posible la libertad de la persona, promoviendo la conformación de dispositivos de admisión en los hospitales y fortaleciendo el trabajo interdisciplinario y territorial a través de estrategias de atención primaria que permitan abordar la salud sin alejar a la persona de su núcleo familiar y social.

La ley logró reglamentarse el año 2007 con un anexo que detalla las condiciones y acciones necesarias para su implementación. En el artículo 18, se proponen numerosos dispositivos orientados a la descentralización del hospital psiquiátrico, con el objetivo de promover una atención integral y comunitaria de la salud. Entre ellos, se mencionan las casas de medio camino, centros de día, propuestas de talleres de capacitación y oficios tendientes a la inclusión laboral y social. También menciona el Acompañamiento Terapéutico como uno de los dispositivos posibles en el marco de una clínica ampliada.

Estos movimientos a nivel estructural y social se formalizaron en el año 2010 con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, que rige para todo el territorio argentino y cambia conceptos claves con los cuales se venían trabajando.

Como plantea Tatiana Moreno (2011), la ley, por medio de su letra, permiten la construcción de determinado campo, en este caso el campo de la Salud mental, ya que permite nombrar y definir los actores que intervienen, organizar las relaciones de poder que al interior se tejen y regular las prácticas habilitadas para el tratamiento de la salud mental. La autora afirma que el lenguaje no es neutral, sino que la manera en que se nombra a un otro define el lugar que se le da en el campo simbólico y reviste una posición política e ideológica.

Es necesario resaltar que el concepto de sujeto se modifica, y esto es fundamental ya que, no resulta lo mismo hablar de “*enfermo*” o “*paciente*” que de “*persona con padecimiento mental*” como reza en la Ley vigente. Esto último implica que la persona requiere atención y tratamiento en determinado momento de su existencia sin que eso suponga una definición en la lógica del ser. El cambio radica en que toda persona en este contexto es considerada sujeto de derechos y no ya como objeto de tutela o asistencia (Moreno, 2011).

En la misma línea, también es importante destacar que el padecimiento mental ya no se sostiene como un estado inmodificable; en consecuencia, la salud mental pasa a entenderse como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales biológicos y psicológicos (Ley 26.657 Art 3, 2010). Esta perspectiva desplaza la hegemonía del tratamiento psiquiátrico, en la medida en que impide concebir la salud desde una lógica reduccionista y exige una perspectiva interdisciplinaria capaz de atender a la multiplicidad de factores.

Consecuentemente, para el resguardo y el cumplimiento de estos derechos, la ley establece en el capítulo 10 la creación del Órgano de Revisión conformado de manera multidisciplinaria que apunta al control ético en la atención de los pacientes, tanto dentro como fuera del hospital. En los casos de internaciones involuntarias, se prevé la asignación de un defensor público cuando la persona no cuente con los recursos necesarios, quien deberá velar porque las condiciones de internación se ajusten a lo establecido por la ley.

En suma, podemos decir que la normativa acompaña un proceso que viene dándose en el país como lucha de diferentes colectivos y profesionales hace ya varios años, aún con dificultades para lograr materializarlo. Resulta importante hacer lugar a escenarios en que los derechos humanos se logren traducir en prácticas concretas en la vida cotidiana de las personas, apuntando a promover conciencia en la población sobre la importancia de construir espacios comunitarios que resulten inclusivos, que favorezcan la participación y garanticen el lugar de cada individuo como ciudadano.

A raíz de esto, se vuelve necesario pensar dispositivos clínicos que acompañen de manera situada e integral, atendiendo a la singularidad y a la práctica en territorio. Galende (2015) plantea que ningún trastorno de la salud se limita únicamente a los síntomas que el sujeto presenta, ya que su incidencia compromete de manera amplia las distintas dimensiones de la vida social. En este sentido, aclara que la enfermedad produce una desorganización de la existencia, de modo que el proceso de curación implica, entre otras cuestiones, la posibilidad de restituir cierto orden en la vida del sujeto. Esto atiende necesariamente a la complejidad del proceso, en tanto supone no sólo la revinculación con lugares cotidianos - la familia, los amigos - sino también la participación en espacios de

intercambio culturales y social. Por encima de ello, se trata en definitiva de que el sujeto pueda reinscribirse a nombre propio dentro de la trama social.

Como se planteaba con anterioridad, la externación como parte de un proceso de desinstitucionalización demanda pensar intervenciones que promuevan la reorganización de la vida cotidiana en términos de autonomía progresiva y participación comunitaria. En este marco el dispositivo de acompañamiento terapéutico se presenta como una herramienta propicia para acompañar el armado de un proyecto de vida fuera de la institución y en los pasos para una inclusión social efectiva. No se trata de un dispositivo establecido de antemano, sino que se va tejiendo y organizando como una alternativa flexible, que permite atender a la singularidad, aunque contemplando un encuadre definido de trabajo conjunto.

Se esperaba, para el año 2020, el cierre total de las instituciones asilares. Sin embargo, hoy en día muchas de ellas continúan en funcionamiento y muchas personas aún están a la espera de una estrategia para su externación. Percia (2025) hace referencia al dolor que implica los manicomios que *todavía* no terminan, y a la necesidad de inventar modos de habitar las orillas. Estar ahí, sin reproducir lógicas heredadas, supone armar redes con otros, ensayar nuevas formas de trabajo y revisar las prácticas clínicas para poder pensar en conjunto y sostener abordajes de las Salud Mental en comunidad.

II. El acompañamiento terapéutico como dispositivo.

“Al final- no sabemos dónde ni cuando- cada partícula de saber se transpondrá en un poder hacer, también un poder hacer terapéutico”

Sigmund Freud

El acompañamiento terapéutico no ha sido, ni es, un lugar fácil de definir. Es más sencillo de ubicar en términos de un recorrido que ha ido *haciendo-se* lugar como práctica emergente, incluso urgente en algunos casos, por lo que muchas veces sigue confundiéndose con otros roles.

Como desarrollábamos anteriormente, la lucha por los derechos de los usuarios en el campo de la salud mental y la discapacidad fue generando en la trama social las condiciones para la emergencia de ciertos dispositivos que comenzaron a desplegarse y a instalarse en la sociedad. En este contexto, pueden rastrearse los inicios del acompañamiento terapéutico en el país entre finales de los años sesenta y principios de los setenta (Pullice, 2018), periodo en que empieza a consolidarse como herramienta

clínica. Si bien esta práctica surge ligada a movimientos de desmanicomialización, en la actualidad su campo de acción ha ido extendiéndose a otros contextos y ámbitos.

En términos generales, el acompañamiento terapéutico se trata de una práctica propia del ámbito de la Salud Mental que se encuentra orientada al trabajo sobre el padecimiento subjetivo. Por lo tanto, se vincula a todo aquello relacionado a la vida anímica del sujeto como así también con las situaciones derivadas de la vulneración de sus derechos, dimensiones diferentes, pero indiscutiblemente relacionadas. Desde esta perspectiva, la tarea del acompañante no se limita únicamente al abordaje terapéutico en situación, sino que también, en tanto estrategia de intervención en el campo de la salud, favorece la incorporación progresiva del paradigma de derechos humanos (López Ocariz, 2018). Diferentes autores la han definido en determinados momentos como auxiliar ligado al modelo médico hegemónico; en otros como recurso terapéutico y, en ocasiones, como lo consideramos en estas líneas, como parte de un dispositivo de trabajo en conjunto con otros profesionales.

En lo que respecta al marco regulatorio del ejercicio profesional, no se ha logrado avanzar a nivel nacional; sin embargo, varias provincias han establecido cierta formalización de la práctica. En la provincia de Santa Fe, se sancionó en el año 2020 la Ley Provincia N° 13.970, que define al acompañante como un agente de la salud y habilita su intervención en el ámbito sanitario, integrando un equipo interdisciplinario en el marco de un proyecto terapéutico.

En relación a esto, resulta importante diferenciar entre la profesión de acompañante terapéutico y la función clínica que implica el dispositivo de acompañamiento terapéutico, ya que esta última requiere un desarrollo en profundidad y se va construyendo en el hacer propiamente dicho. Es decir, convocar a un AT no garantiza por sí solo que el trabajo clínico pueda desplegarse; al mismo tiempo si no se consideran adecuadamente las condiciones en que se enmarca el trabajo, corremos el riesgo de que estas interfieran en el mismo. Por ende, la práctica debe necesariamente contemplar el espacio de supervisión.

La consideración del acompañamiento terapéutico como un *dispositivo* se puede rastrear desde diferentes autores. Kuras de Mauer y Renisky (2017) recuperan la lectura de Gilles Deleuze y lo describen haciendo alusión a un ovillo: una madeja que en su conjunto de fibras heterogéneas y desparejas habilitan múltiples destinos posibles. Delimitado de esta manera, es necesario considerar dos cuestiones: por un lado, el potencial terapéutico que ofrece como modalidad de intervención y, por otro, que la trama (haciendo referencia al ovillo) no está dada de antemano. En este sentido, el dispositivo constituye *un abrigo en potencia*, es decir que implica un recorrido que no es lineal, marcado por avances y retrocesos en función de las posibilidades que emergen del vínculo mismo que se va tejiendo.

En lo que respecta a la especificidad de la práctica, el AT se diferencia de otros actores involucrados en el tratamiento por la particularidad de desempeñar su trabajo en diversos espacios y, a la vez, por su inserción en la cotidianidad de las personas a las que acompaña. Los escenarios se vuelven diversos y de allí surgen complejidades intrínsecas, por lo que “la territorialidad con perímetros imprecisos y cambiantes define la identidad del acompañamiento terapéutico” (Kuras de Mauer, Resnizki, 2017, p. 29).

Referirnos a lo cotidiano implica considerar la temporalidad y la manera en que el día a día se organiza mediante ciertas rutinas, ya que esto permite sostener alguna regularidad y un espacio común con otros. Sin embargo, dichas rutinas son siempre singulares de cada quien, por lo que resulta indispensable atender al contexto y las condiciones materiales de a quien se acompaña. Esto supone pensar una clínica situada en el territorio, donde el acompañante transita junto con la persona lugares propios, como el hogar, las instituciones que habita, el barrio, etc. Freud (1994) señala que, si bien la psicología individual concierne al sujeto en su singularidad en tanto que busca alcanzar la satisfacción pulsional, a su vez el individuo difícilmente puede prescindir del vínculo con otros. De allí radica la relevancia de restablecer el lazo social, dado que el otro ocupa siempre un lugar en la trama subjetiva, de diversas maneras como sea tomado en la dinámica psíquica del sujeto, ya sea como modelo, objeto, enemigo, etc. Es por esto importante el trabajo del acompañante orientado a la inclusión del sujeto en el entramado social, no de manera impuesta, sino en la convocatoria a participar de ella, a tomar lugar propio en relación a otros.

En el marco de trayectorias de externación, el dispositivo estaría orientado a acompañar clínicamente ese proceso, en un abordaje que únicamente puede darse en el caso a caso, en el que la pertinencia, el tiempo de intervención, y las condiciones del encuadre se irán gestando progresivamente. Estas dimensiones deben ser evaluadas considerando si la persona cuenta con redes de sostén familiar o social y si se encuentra comprometida la posibilidad de gestar lazos o desarrollar habilidades sociales.

Cuando las internaciones se prolongan en el tiempo, uno de los principales desafíos clínicos es trabajar en la recuperación de la identidad. Como señala Galende (2008), durante estos procesos la persona va poco a poco siendo olvidada, perdiendo gran parte de su historia personal y los lugares de pertenencia que tienen dentro de la comunidad. Todo sujeto potencialmente se reconoce en un oficio, con habilidades prácticas que sabe desarrollar y con vínculos que pueden ser significativos en el espacio comunitario que habita. Sin embargo, muchas personas durante la internación terminan siendo trasladadas lejos de su lugar de origen, o bien, debido a las mismas condiciones de crisis, terminan migrando hacia otros lugares. En consecuencia, muchos al salir del hospital ya no cuentan con un hogar para habitar, ni con una red vincular que los aloje.

Esto supone, por un lado, acompañar en la construcción de una escena cotidiana para establecer y constituir nuevos lazos, mientras que, a su vez, es un esfuerzo por recuperar aspectos significativos de la vida de la persona de los que ha sido despojada por el tiempo de internación. Así las condiciones de externación variarán necesariamente según la singularidad y las posibilidades de cada usuario. Para algunos sujetos, en función de su edad o estado general, resultara más viable el ingreso a una institución de cuidados que, si bien responde a una modalidad asistencial diaria, no priva a la persona de la posibilidad de salir ni de compartir espacios comunitarios. Otros podrán acceder a dispositivos intermedios como ser casas asistidas en programas de inclusión garantizados por el Estado mientras que, en algunos casos, se podrá gestionar una vivienda o el reencuentro con algún familiar o vínculo mediante el cual puedan ser alojados.

Cada situación imprimirá una dinámica particular a la construcción del dispositivo terapéutico destinado a acompañar el proceso en su singularidad. En este sentido, sostenemos que el proyecto terapéutico se irá configurando en el marco de un trabajo conjunto interdisciplinar, ya que implica del esfuerzo común de múltiples actores y una planificación anticipada en relación a los recursos con los que se cuenta.

En función de lo planteado, resulta relevante este pasaje de un cotidiano marcado por las dinámicas institucionales a un territorio por fuera que comienza a habilitarse luego de una externación. Chauí Berlinck (2017) presta especial atención a esta relación de la cotidianeidad y el vínculo en el acompañamiento terapéutico, ya que plantea que el AT puede brindarse como “una pausa en el espacio-tiempo del cotidiano” (p.15). En este sentido, retoma el concepto de espacio transicional de Winnicott que refiere a una zona intermedia que puede ofrecer un lugar con potencia transformadora solo si “proporciona al acompañado el encuentro de su propio día a día, su propia organización, su propio espacio y tiempo, su autonomía, o sea, su propio ritmo” (p.16).

Desde esta perspectiva, el acompañamiento terapéutico puede pensarse como una intervención transicional que no se limita solamente a transitar con la persona nuevos lugares fuera de la institución, sino que acompaña la elaboración subjetiva que ese pasaje conlleva. Podemos pensar que esa zona intermedia permite ensayar diferentes modos de estar y habitar el territorio común de manera progresiva, sin que ello resulte una experiencia abrumadora y en soledad. En este sentido, el AT se ofrece al lazo como una presencia confiable que puede interceder si es necesario y generar condiciones para que la persona pueda probar sus propios modos de hacer y compartir con otros.

III. Una clínica que habilita el lazo.

*“El enunciado estar ahí no alude a una disponibilidad.
Darse al estar ahí expresa redundancia del don: dar dándose al estar.”*

Marcelo Percia

Si bien hemos ido desarrollando diversas cuestiones específicas de la praxis, resulta necesario abordar la particular relación que se construye en el dispositivo de acompañamiento entre la persona acompañada y el AT. En tanto práctica clínica con orientación psicoanalítica, es fundamental considerar la relación transferencial que allí se gesta, aunque no se trate de los mismos términos que para el psicoanalista. La forma de estar y de prestar presencia no es la misma, la frecuencia con la que se comparten encuentros tampoco. Por lo tanto, el encuadre es un aspecto que debe plantearse desde el inicio sin que eso condicione su flexibilidad.

Marcelo Percia (2025) plantea que hay lenguas que no distinguen entre *el ser* y *el estar*. A partir de esto, propone imaginar lecturas clínicas que, en ciertos momentos, puedan desprenderse del *yo soy* para poder *darse al estar*, es decir darse en presencia en términos transferenciales. En este sentido, estar ahí no tiene que ver meramente con el lugar que uno ocupa físicamente, porque en ese caso compañía podría prestar cualquiera, sino que implica ofrecerse y sostener una disponibilidad para que algo acontezca. Desde esta perspectiva, el *estar* y *prestar presencia* no deben entenderse simplemente como una conducta o como un hábito, sino como una forma de deseo que orienta y moviliza el trabajo del AT.

En esta línea, López Ocariz (2017) conceptualiza la disponibilidad libidinal con la que el AT se ofrece en el dispositivo, lo que le permite abordar el sufrimiento del sujeto desde una posición de *paridad* que favorece a la restitución de la dimensión de semejante en el lazo. En la práctica, esto implica que el lugar del AT no está previamente definido, sino que se produce en el encuentro. Por lo tanto, la lectura en situación de ciertos puntos de identificación permite situarse como par para la persona que se acompaña, lo cual resulta una condición necesaria para sostener el vínculo. Desde esta perspectiva, la especificidad de la práctica del AT radica en habilitar una modalidad de presencia que haga posible esa dimensión de semejante en el espacio compartido, sin desconocer que el vínculo está atravesado por la dinámica transferencial. Por esto, no es posible anticipar los devenires de ese acontecer en relación a lo que se reedita en el lazo, pero si podemos estar advertidos y retrabajar sobre los efectos que produce.

A partir de esto, se vuelve fundamental observar cómo el AT es percibido en el dispositivo: como figura de apoyo, como alguien con autoridad, como un amigo, entre tantas posiciones posibles. Cada uno de esos lugares en el entramado transferencial

habilita lecturas diferentes de la situación y, si esta dinámica no es tomada en cuenta, el acompañante puede interpretar como personales ciertas experiencias que en realidad son producto propio del vínculo. En este punto, resulta importante recuperar el concepto de abstinencia que trae a consideración todo lazo terapéutico de estas características y mencionar la importancia de espacios de supervisión y el análisis personal del AT, para que esto no haga obstáculo en el trabajo terapéutico. Por lo tanto, se trata de abstenerse de aceptar condiciones que lleven a conflictuar la relación o a suponer que cuestiones atribuidas por el acompañado son a términos personales. En este sentido, la horizontalidad en la que se teje el vínculo puede dar lugar a cierta empatía, incluso de rasgos amistosos o de fraternidad, sin embargo, esto no implica la aceptación de esos lugares como tal, sino el sostenimiento de una posición que preserve la distancia necesaria para el trabajo en un marco ético.

Desde este lugar de cercanía y de escucha activa, el AT puede recuperar cada iniciativa del sujeto que lo vaya acercando a la posibilidad de restablecer aspectos de su identidad que han sido afectados por la hospitalización. En la dimensión cotidiana, pueden aparecer como simples intereses, usos del tiempo libre, preferencias, o gustos entre tantas otras cuestiones que han quedado solapadas en el aplastamiento subjetivo que implica la internación.

Si bien no es viable pensar estas intervenciones a modo de una técnica que aplica para cada situación por igual, sí es posible derivar propuestas acordes a la especificidad del contexto. Entre ellas, puede mencionarse el uso del tiempo mediante actividades planificadas y acordadas conjuntamente, orientadas a desarmar y flexibilizar los ritmos rígidos que estructuraban la vida hospitalaria. Asimismo, el acompañamiento en el proceso de apropiación del nuevo espacio de residencia resulta central, incluyendo tareas básicas de organización y mantenimiento del hogar. A esto se suman actividades en el entorno barrial - con recorridos que es necesario afianzar y sostener frente a las dificultades que se presenten - de modo que esos espacios progresivamente se conviertan en lugares de referencias significativos, donde la persona pueda desenvolverse con mayor autonomía.

De esta manera, el AT puede ir señalando y habilitando escenas donde se pongan a jugar otros roles posibles, que permitan romper con las identificaciones arraigadas al hecho de ser paciente del hospital y dar lugar a otras formas de ser nombrado: ser vecino, participante de un taller o cliente en el negocio del barrio.

Con estas consideraciones, puede plantearse que, brindando su presencia, el AT contribuye a recrear condiciones de sostén en la transición del hospital al entorno social. Winnicott (2015) desarrolla la capacidad de estar a solas como un indicador en el proceso de maduración emocional, entendida no como aislamiento sino como la posibilidad de estar en soledad incluso en presencia de otros, lo que resulta posible en tanto el sujeto cuenta

con la seguridad de una base estable. En este sentido, el AT por medio de sus intervenciones puede gestionar un ambiente suficientemente estable y previsible en situaciones concretas de la vida cotidiana, facilitando un proceso de adaptación progresiva al entorno. Actividades como conseguir un trabajo o recuperar un oficio, comprar en un supermercado, cocinar o solventar cuestiones que resultan básicas del vivir, suelen ser situaciones muy difíciles de abordar para alguien que durante mucho tiempo estuvo privado de ellas.

Sin embargo, el acompañamiento no implica suplir las carencias de la persona sin más, ya que el AT - si se rige por el principio de abstinencia propio de la transferencia - no reproduce lógicas de asistencia ni ocupa el lugar de las amistades o los vínculos familiares. Por ende, sostener una posición ética implica poder recrear esas condiciones de sostén en determinado momento con miras a que el acompañado progresivamente pueda prescindir de él.

Entendemos que el cierre del acompañamiento es inherente al dispositivo, no solo porque toda relación terapéutica se inscribe en un tiempo delimitado, sino también porque de lo contrario se perderían las condiciones de lazo habilitante de un tiempo y espacio de transición, lo cual devendría en una relación de dependencia. En este punto, la ausencia del AT forma parte de la estrategia terapéutica en tanto habilita la emergencia de nuevos movimientos subjetivos. Cada proceso singular de externación implica, al momento de organizar el dispositivo de acompañamiento, determinar los objetivos que orientarán la intervención. Por lo tanto, es necesario que una vez establecidos, el AT pueda generar condiciones para su retiro, sin que eso signifique una discontinuidad del tratamiento.

En esta línea, además de la disponibilidad libidinal de la que referenciábamos en un principio, López Ocariz (2024) hace mención a la importancia de lo que denomina una disponibilidad territorial del AT en el sistema de salud. Por un lado, esto supone que las intervenciones estén articuladas con el equipo tratante y los efectores de salud correspondientes a los cuales la persona quede referenciada cuando el acompañamiento concluya. Por otro, implica la construcción conjunta del entramado territorial, los lugares de referencia simbólicos, espacios de contención, vínculos significativos, que hacen a lo que denomina *experiencia de lo comunitario*, y en relación al potencial que implica el auxilio de un otro.

Esto resulta fundamental en tanto un trabajo orientado a recuperar capacidades y alentar procesos de reencuentro con lo propio no es posible sin otros. Por lo tanto, los entramados vinculares y la inscripción singular dentro de lazo social serán lo que sostenga al sujeto cuando el dispositivo de AT ya no esté: será esa red - construida y fortalecida en comunidad - la que haga posible la tan buscada autonomía.

REFLEXIONES FINALES.

A lo largo de este escrito, hemos podido retomar y ordenar cuestiones fundamentales respecto de la práctica del AT en el contexto de externaciones de personas que, luego de muchos años de internación, necesitan un acompañamiento particular para restablecer las condiciones básicas de una nueva cotidianidad. En este recorrido fue posible situar que la externación no implica únicamente la salida física de la institución, sino también enfrentarse a condiciones de vulnerabilidad que son secuela de los años de internación e implican, para la persona, un proceso complejo en términos subjetivos, vinculares y comunitarios.

En este marco, el acompañamiento terapéutico se configura como un dispositivo clínico que permite abordar la recuperación de aspectos de la vida cotidiana, la reconstrucción de referencias simbólicas y la posibilidad de nuevas inscripciones en el lazo social desde un lugar de cercanía y presencia sostenida que trabaja en calidad de semejante y en el terreno mismo que se busca conquistar. Nos referimos en todo momento a una práctica porque, debido a su especificidad, existen numerosas cuestiones que no pueden establecerse con antelación. Por lo tanto, si bien responde a cierto encuadre que regula condiciones básicas del trabajo, el acompañamiento implica un vínculo terapéutico que se construye en condiciones de paridad y en tensión con los devenires propios de la transferencia.

Actualmente en el país, el registro de personas a la espera de una estrategia de externación es numeroso y el presupuesto destinado por el Estado para avanzar en la implementación efectiva de la Ley Nacional de Salud Mental mediante dispositivos acordes a esta situación no logra responder adecuadamente a dicha demanda, ni permite pensar en el corto plazo el cierre total de las instituciones manicomiales. De todas maneras, la lucha incansable de profesionales, usuarios y familiares, junto con la posibilidad de recuperar estos espacios de reflexión, tanto desde la formación académica como en las calles, contribuye a sostener la defensa de los derechos conquistados y dificulta que estos puedan volver a ser vulnerados.

A lo largo de estos años se lograron grandes avances en materia de derechos y en la conciencia de la sociedad sobre la necesidad de promover la inclusión y la participación, desde el reconocimiento de que existen formas heterogéneas de habitar el entorno social y de que los dispositivos de aislamiento y control por medio de la privación no rehabilitan, sino que producen daños profundos y duraderos para los sujetos.

Por lo tanto, en tiempos tan complejos, resulta vital tejer lazos, fortalecerlos y encontrar en lo colectivo una forma de sostén, cuidado y cobijo mutuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2008). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas con padecimiento mental en Argentina*. Bs. As. Ed. Siglo XXI.

Chauí Berlinck, L. (2017). AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras. En M. L. Frank, M. Costa y D. Hernández (Comps.), *Acompañamiento terapéutico: Clínica en las fronteras* (pp. 13–20). Editorial Brujas.

Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis* Vol XXX, n° ¾, pp. 395-427. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf>

Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Bs. As. Ed. Lugar.

Galende, E. (2015). Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en salud mental. Recuperado en <https://www.youtube.com/watch?v=kT7ulaPrcXU>

Goffman, E. (1972). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Bs. As. Ed. Amorrortu

Frank, M. L., Costa, M. y Hernández, D. Comps. (2017). *Acompañamiento terapéutico: Clínica en las fronteras*. Editorial Brujas.

Freud, S. (1994). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras completas* Vol. XVIII. Bs As. Ed. Amorrortu.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) Boletín Oficial N° 32041. Bs.As. Argentina. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-162535>

Ley Provincial. (2020). Ley N.º 13.970. *Regulación del ejercicio del acompañante terapéutico*. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe. Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=2020/2020-02-03ley13970-2020.html>

López Ocariz, C. (2017). Paridad y transferencia: Reflexiones sobre un desnivel en el fundamento clínico del acompañamiento terapéutico. *La PlazAT*, Revista digital.

López Ocariz, C. (2018). Transformaciones en las prácticas: derechos humanos y acompañamiento terapéutico. *La PlazAT*, Revista digital. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/452057842/LOPEZ-OCARIZ-Transformaciones-en-las-practicas>

López Ocariz, C. y Fiocchi, A. (Comp.) (2024) Desafíos y debates en el acompañamiento terapéutico. Rosario. Colegio de Psicólogos Editorial.

Percia, M. (2013). Deliberar las psicosis. Bs.As. Lugar Editorial

Percia, M. (2023). Saberes para tiempos venideros. Recuperado en <https://www.revistaadynata.com/post/saberes-para-tiempos-venideros---marcelo-percia>

Percia, M. (2024). Darse a la cita. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=aE7DpsHWd4Y>

Percia, M. (2025). Darse al pensar. Bs.As. Ed. La Cebra

Pulice, G. (2018). Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Bs. As. Ed. Letra Viva.

Rossi, G. (2007). Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Bs.As. Ed. Polemos

Winnicott, D. (2015). Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Bs.As. Ed. Paidós