

Entre puentes y abrigos

Herramientas para el
Acompañamiento Terapéutico



Esta publicación se realizó con el apoyo
de la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) de la Universidad de la República

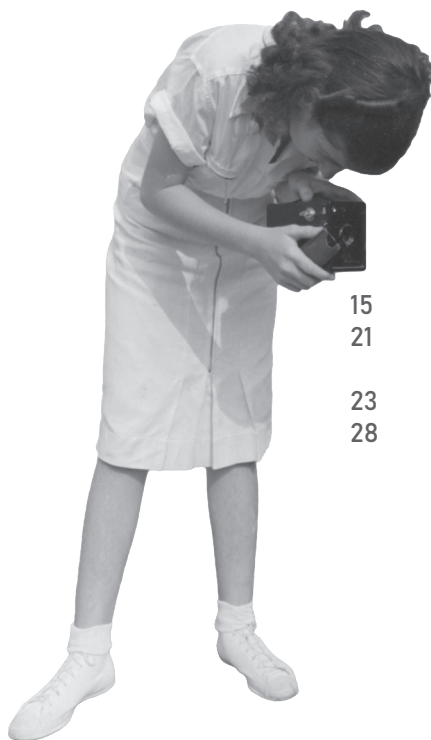
2023

Autoras
Cecilia Baroni, Noel Sosa,
Agustina Nowinski, Josefina Ongay, Milenne Khoury
Mariana Martinez



9 ¿qué es cuidar? y ¿acompañar?

	Créditos
1	Introducción
2	Presentación



15	Trazos históricos del AT
21	AT desde una perspectiva antimanicomial y de derechos humanos
23	Aportes feministas al campo del AT
28	AT desde la formación universitaria desde una perspectiva integral

contenidos

38	¿Cómo nos cuidamos las que acompañamos?
44	Etapas del proceso del AT
47	Campo de inserción Algunos escenarios posibles Herramientas
54	Entre puentes y abrigos



59 Bibliografía

64 ANEXOS

65	Informe inicial acompañamiento terapéutico
66	Informe de seguimiento acompañamiento terapéutico
67	Planilla de registro semanal de encuentros



Estamos al tanto que la formación de la tecnicatura es para personas, pudiendo ser le, o el técnico. Para visibilizar el androcentrismo del lenguaje, en este trabajo empleamos las formas gramaticales femeninas como marca de lo genérico. Hablaremos entonces de la acompañante terapéutica, en tanto mayoritariamente quienes desempeñan este lugar en la actualidad son mujeres.

ATherramientas

Esta publicación surge en el marco del proceso de implementación de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico (en adelante TAT) en la Facultad de Psicología (en adelante FP), con el objetivo de colaborar con la formación didáctica y pedagógica de los docentes que estuvieran a cargo de las distintas unidades curriculares.

El plan de estudios de la Tecnicatura fue aprobado en 2019 y durante el 2022 un equipo de dirección, aprobado por el Consejo de la FP, se enfocó en proponer posibles modos de implementación de la TAT. Dicho equipo conformado por Prof. Adj. Dra. Cecilia Baroni y las Asist. Dra. Noel Sosa González y Mag. Dulcinea Cardozo elevó distintas propuestas a consideración del Consejo de la FP. Es durante ese proceso que se concibe el proyecto “Herramientas teórico-metodológicas para la producción de contenidos didácticos en el campo del acompañamiento terapéutico” financiado por la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. El mismo dió lugar a esta publicación considerando la demanda de docentes de FP y ampliándose a otros docentes del campo teórico y de intervención del Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT), para que incorporen herramientas teórico-metodológicas en los cursos que actualmente ofrecen o en los que se propongan a futuro.

Aunque hasta el momento la Tecnicatura no ha iniciado su propuesta por decisión del Consejo, en tanto no se cuenta con presupuesto para hacerlo, el equipo ha entendido que es posible y relevante continuar colaborando con una formación interdisciplinaria, que recoja los valiosos antecedentes de la Facultad y de la Universidad en general y que siga generando condiciones para la futura implementación del plan de estudios de la TAT. Este texto busca ser un recurso más para acompañar la cursada y formación de estudiantes a futuro.

La existencia de un Plan de Estudios de la TAT condensa un largo proceso previo y abre nuevos desafíos. Uno de ellos es el de la visibilización y profesionalización de una figura poco reconocida a nivel académico pero con buena inserción laboral, otro, es garantizar a la población acerca de la calidad de la formación técnica y humana de las acompañantes terapéuticas (en adelante at).

La at deberá contar con una caja de herramientas que le permitan potenciar las capacidades de las personas más allá de la situación de dependencia en la que se encuentren. Intervendrá en distintas etapas de la vida y en los distintos espacios por los que transita quien es acompañadx, es decir: en lo laboral, lo educativo, el barrio o la casa. Acompañará situaciones dentro de los distintos procesos vitales y contextuales, por lo tanto, es importante la mirada multidisciplinaria.

Este texto fue elaborado mientras se desarrolló el curso “Herramientas teórico metodológicas para la producción de contenidos didácticos en el campo del acompañamiento terapéutico” en los meses de setiembre a noviembre del año 2023 y en el que se incorporaron las Asistentes Br. Agustina Nowinski, Lic. Josefina Ongay y Tec. Milenne Khoury y la Ayud. Lic. Mariana Rodríguez. El mismo es fruto de los talleres teórico-prácticos bajo la consigna de elaborar, junto a lxs participantes del curso, diversos recursos didácticos con el objetivo de colaborar con los equipos docentes que estén receptivos a las inquietudes de estudiantes de diversas formaciones.

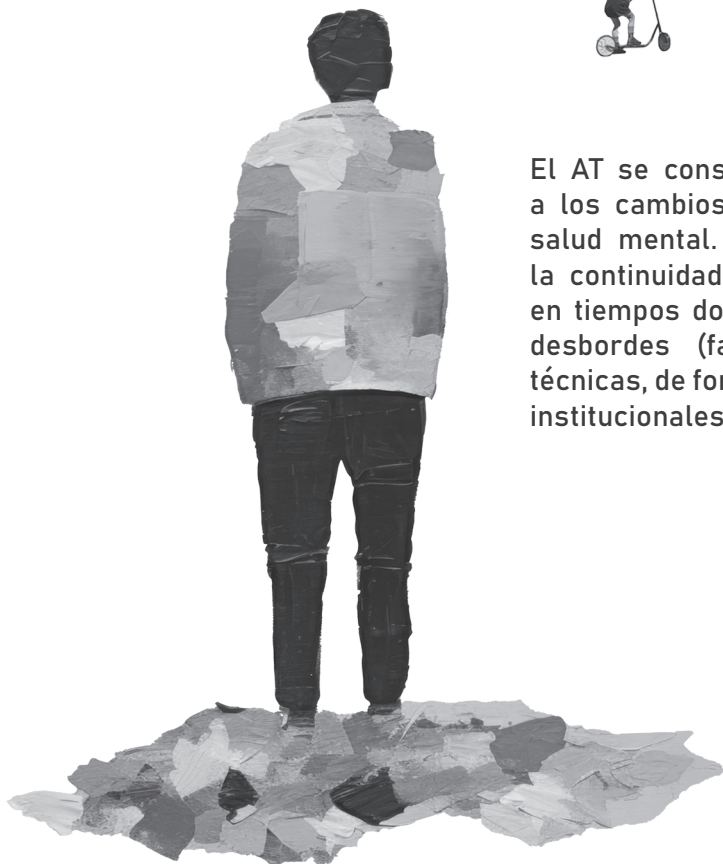
1. Utilizamos el lenguaje inclusivo a modo de visibilizar la diversidad de pronombres que eligen para sí las distintas personas acompañadas.

A partir de la modalidad de taller se buscó problematizar la enseñanza en el campo de los cuidados, trabajar desde la horizontalidad y colaborar con un modelo pedagógico participativo. Las viñetas clínicas fueron el recurso más utilizado para analizar las posibles intervenciones en el campo del AT. A lo largo del curso se trabajó con un documento colaborativo de formato digital en el cual el equipo docente fue dejando narrativas de lo trabajado clase a clase. Allí las estudiantes compartieron resonancias y aportaron distintas situaciones en el ámbito de la salud y la educación, que permitían pensar estrategias posibles de intervención que incluyeran el AT. Agradecemos especialmente a las estudiantes Barbara Burwood, Carolina Phillips, Elisa Bianco y Gabriela Lisboa que se comprometieron con el curso y aportaron a la escritura de las narrativas colectivas que están integradas en este texto.

En este proceso, además de trabajar desde una concepción de la docencia que tenga énfasis en los procesos críticos y reflexivos de las estudiantes, pusimos foco en contenidos específicos que aporten a un cambio de paradigma en clave de derechos humanos. Guiarán este texto, una perspectiva antimanicomial, despatologizante y feminista del AT.



El AT se construye históricamente como respuesta a los cambios en los abordajes en el campo de la salud mental. Este es pensado y configurado para la continuidad de los cuidados en la vida cotidiana en tiempos donde no hay tiempos y hay, sobre todo, desbordes (falta de paciencia, de herramientas técnicas, de formación, reformas educativas, recursos institucionales insuficientes para el tratamiento, etc).





En este sentido, la figura de la at, es una agente de la salud mental que opera como mediadora entre la persona a acompañar y sus diferentes redes vinculares. Esta mediación puede ser: entre la persona acompañada y su familia/instituciones/diferentes profesionales a las que acude/sus proyectos. Esto implica que cada AT es singular e irremplazable, y en cada encuentro la at utiliza diversas herramientas según los objetivos planteados en el marco de un proyecto terapéutico.

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO



Pensar la práctica del AT implica entender que la principal herramienta del trabajo es una misma, y con otrx que marca el ritmo tanto de los encuentros como del proceso general. El estar con un otrx significa transitar territorios: caminar, salir a pasear, profundizar y ampliar redes vinculares y sociales. Por lo tanto, acompañar es literalmente poner el cuerpo e ir construyendo una presencia como experimentación vital lo cual implica “explorar prácticas (...) abocadas a intervenir los modos de relación, a crear aproximaciones a otros mundos o, por lo menos, a garabatear espacios posibles para invenciones de otros ‘estares en común” (Fiumara en Percia et al., 2017, pp. 92-93).

Construir una presencia significa encontrarse disponible para la irrupción del otrx: sin respuestas a priori y trabajando con lo inesperado que puede surgir en la construcción de un vínculo, en este caso, terapéutico. Al trabajar desde la concepción de un encuadre móvil el campo se compone en diferentes contextos lo que implica poder ser flexible de acuerdo a las necesidades, intereses y deseos del acompañadx.

En esta labor se dispone el cuerpo como soporte de tensiones y ansiedades que se generan en la vida cotidiana. Poner el cuerpo implica poder sostener una presencia desde un registro general de la situación, del otrx y de una. Como también sostener las irrupciones del acompañadx, acompañar en una crisis, ser auxiliar y muchas veces poner límites físicos que ofrecen refugio.

El AT implica ofrecer un “yo auxiliar”, especialmente en situaciones de desborde (Duarte Barreto, 2013). Para ello, poner el cuerpo, prestar palabras y gestos para lo que no se entiende (un abrazo, una sonrisa, una palabra alentadora para cuando la angustia desborda) permite bordear el sufrimiento, el enojo, el cansancio o el aburrimiento del acompañadx, colaborando a simbolizar angustias y conflictos de la vida cotidiana. En momentos como este, la at como figura de cuidado, habita las tensiones de ese otrx que demanda y ofrece el cuerpo como un híbrido-puente entre el límite y el sostén.

Como agente de salud, la at dialoga con el ambiente y trabaja el vínculo social del acompañadx, favoreciendo la creación de lazos sociales a través de nuevas modalidades vinculares con el entorno y del sujeto consigo mismo. De esta manera, se elaboran movimientos afectivos y nuevas representaciones simbólicas que hacen generar nuevos vínculos, facilitando la socialización.

Se ofrece y construye otro lugar posible en el cotidiano que se co-construye entre at y acompañadx, instalando otro tiempo y espacio estable con un sentido para la persona y su proceso. Este nuevo orden de vida se realiza buscando favorecer los recursos subjetivos de quien es acompañadx y estando la at disponible para prestar palabras, cuerpo y sentido a esos nuevos cambios, que generalmente se presentan como un gran desafío del proyecto terapéutico. Para ello es de suma importancia generar un clima de trabajo que posibilite que dicho proceso tenga lugar, recepcionando necesidades, intereses y deseos que configuran la demanda del acompañadx.

Lograr todos estos objetivos, de la mejor forma posible y con todos los recursos que se mencionan, supone fundamentalmente ubicarse en función de una cercanía óptima que permita "cuidar el suficiente grado de afección que uno tiene con las situaciones y los sujetos involucrados, para poder intervenir" (Nieto, 2017, p.1).

Es preciso acercarse sin temor a perder la perspectiva, involucrarse sin experimentar que la proximidad pone en peligro la tarea a realizar. Generar vínculos con límites y presencia activa, que recepcionen, que contengan, que configuren espacios de cuidado, centrados en la tarea y atravesados por la realidad pero con variables estables que permitan potenciar elementos que en situaciones cotidianas no son posibles.

Comprender que la intervención es necesariamente pedagógica. Que las palabras, la forma de vincularnos, de escuchar, de trabajar con otros es un momento educativo, dialógico y moldeable (Nieto, 2017).

Es importante registrar el proceso, para un posterior análisis de los encuentros, de una misma y para los requerimientos de terceros como por ejemplo: informes. Es también necesario establecer un contrato y acuerdos de trabajo (horarios, lugar, encuadre móvil, comunicación, encuentros con la familia, referentes profesionales y/o institución responsable) y dar seguimiento a los cambios permanentes para poder reencuadrar la figura y especificidad de la at, ya que no es lo mismo que una cuidadora, o una asistente personal.



RESUMIENDO

El AT surge como una herramienta que aparece como respuesta a los cambios en los abordajes en el campo de la salud mental. La figura de la at opera como mediadora entre la persona a acompañar y sus diferentes redes vinculares, considerando el ambiente social y familiar de la persona, y la contención cotidiana desde una concepción de derechos humanos, en un encuadre móvil y flexible contemplando las necesidades, intereses y deseos del acompañadx. Dicha figura colabora en generar un proyecto terapéutico con doble direccionamiento de las intervenciones: hacia la persona acompañada y hacia el mundo social (Frank, Costa, y Hernandez, 2016). Lugar que se moldea según el contexto, las demandas y la problemática de la persona con la que va a trabajar, sabiendo que no siempre sus herramientas provienen del campo psi. Implica disponibilidad, flexibilidad, trabajo de sí misma y trabajo de equipo.



¿Qué es cuidar? y ¿Acompañar?

En términos pedagógicos, este capítulo da cuenta de las preguntas que nos hicimos en torno al cuidar y el acompañar durante el curso, a los efectos de ir paulatinamente integrando de manera más precisa la especificidad del AT. Para ello, tomamos algunas de las narrativas que dan cuenta de las experiencias de las estudiantes del curso: profesionales en el ámbito de la enfermería y magisterio. De la puesta en común, juntas, compartiendo dudas y demorando respuestas absolutas, fueron surgiendo muchas preguntas en torno a cómo cuidar sin descuidarse. Surgieron cansancios y angustias, pero también alivio de ponerse en contacto con las vicisitudes de cada experiencia, visibilizando y colectivizando un malestar que en un principio estaba aislado, lejos de la conversación entre pares referentes. Así fueron surgiendo algunas respuestas posibles en relación al acompañamiento, al cuidar y al cuidarse que dejamos aquí como horizonte reflexivo, y que se retomará posteriormente al integrar la perspectiva feminista para pensar el campo del AT:



“Para un trabajo invisible, un reconocimiento invisible”: “Qué trabajo invisible se ha hecho para que el señor X tome una ducha al fin y se cambie de ropa sin entrar en pánico, o para que la señora Y se siente a la mesa, o para que fulano no reaccione con violencia, o para que mengana se anime a salir de la cama? Ese trabajo, claramente, es subrepticio. Difícil de advertir, de cuantificar. Muy opaco. Vamos, por lo tanto, a describir esto invisible, que no se presta a la vista”.

(Norgeu,A.
2022. p.26)

El castillo de quienes buscan sentidos

Anne-Marie Norgeu -



Pensar en el AT implica problematizar los trabajos de cuidado, las tareas que tienen como objetivo la conservación de la vida. Estos roles de cuidado han sido históricamente ocupados por mujeres, por lo tanto y no ingenuamente invisibilizados y subestimados. Podemos pensar el cuidado como un acto instintivo, de reconocimiento de la fragilidad, también del reconocimiento de un peligro inminente, que se presenta en forma de amenaza, poniendo en riesgo la supervivencia del otrx protegidx. Cuidar la vida, al decir de Dufourmantelle (2022), está ligado desde el inicio de la humanidad a la dulzura, por lo tanto, prácticas realizadas pensadas y realizadas desde allí son reparadoras para los seres humanos. En tal sentido, podemos asociar la dulzura con la ternura y el “buen trato”, los cuales son constituyentes del accionar terapéutico (Ulloa, 1996).

El AT, es un trabajo artesanal que no ofrece resultados lineales ni necesariamente se trasladan las estrategias caso a caso, lo que no implica que no se recurra a saberes previos o que no sea posible realizar reflexiones teóricas durante y posteriormente al proceso. Todas las situaciones tienen en común el objetivo de resguardar una existencia. ¿Qué tipo de conocimientos se puede producir desde el acompañamiento de un otrx en su fragilidad? ¿Qué conocimientos se pueden construir desde el afecto y qué lecturas se pueden generar con el cuerpo?

Como se mencionó previamente, la herramienta principal de la at es su cuerpo, sus lecturas y registros, las reflexiones pre y posteriores a los encuentros. Parte del diálogo con las maestras y enfermeras que asistieron al curso implicó reconocer que existe una intención en generar una separación radical entre el saber académico/ intelectual y el cuidado. Por lo tanto, los saberes que se producen en estas instancias quedan en los ámbitos más íntimos de la vida cotidiana. ¿Cómo abandonar esta tensión separatista para alcanzar los saberes que son producto del sentir, el cuidar, del dar y recibir afecto, a fin de cuentas, del acompañar?

Existe una enorme necesidad de descomprimir y extender a otros ámbitos la complejidad y las consecuencias que implica cuidar. Se hace necesario desenmascarar los malestares que estos trabajos traen consigo para visualizar el estado de sobrecarga con el que cargan en general las mujeres y a que lógicas que eso responde.

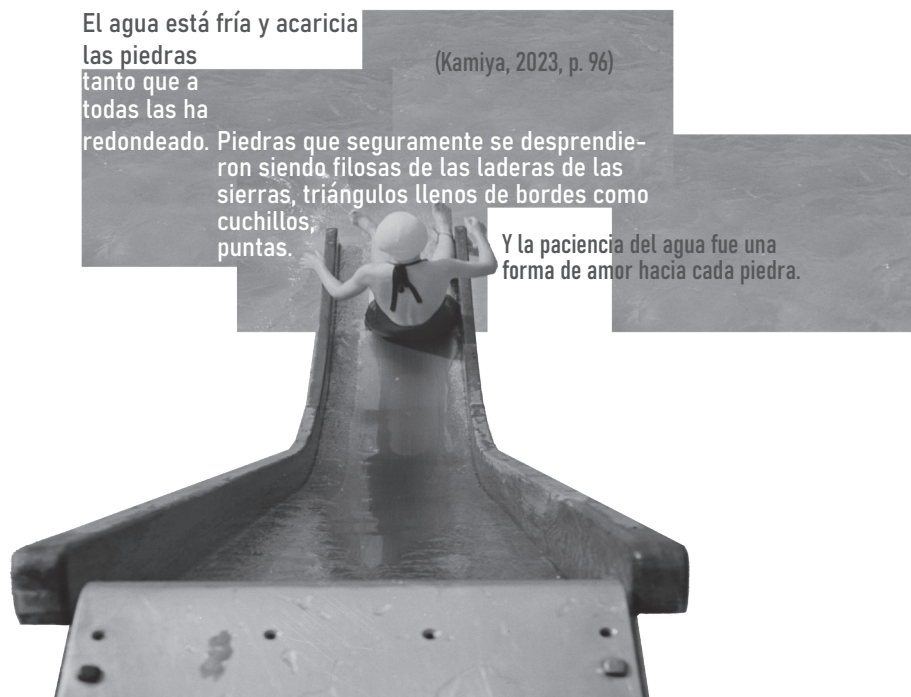
Asimismo es preciso distinguir que hay diversos ejercicios de cuidado de un otrx. Como mencionamos, gran parte del rol del at es cuidar, pero no se debe confundir este con el de un familiar, una cuidadora o un asistente personal. Diversos tipos de cuidado y acompañamiento buscan colaborar con la autonomía de la persona, pero no tienen especificidad terapéutica.

Existen ciertos elementos esenciales para comprender las dimensiones del AT en tanto se necesita formación específica en el área. Acompañar no es el apoderamiento del otrx ni el control sobre este, se trata de cuidar sin vulnerar los derechos desde una concepción ética que contemple el principio de autonomía. Esto no implica que la at deba convertirse en un actor pasivo ante el encuentro, sino que al estar acompañando terapéuticamente la profesional debe actuar desde su lugar como referente en salud mental. Por lo tanto, debe contar con la elaboración de un abordaje especializado que se construye más allá del contexto en el que se inserte. El mismo se compone de estrategias, intervenciones, objetivos y supervisiones.

A modo de ejemplo, en un AT dentro de un hogar la at puede comenzar ayudando a la persona a preparar las comidas, pero con el objetivo final de que gradualmente lo pueda hacer por sí sola. A diferencia de un referente familiar, la at puede tomar en cuenta las dificultades características de la sintomatología de la persona en el proceso de adquirir esta autonomía.

Otro ejemplo, en un AT a un niño en una institución educativa, en la que suele ser colocado en el lugar del “problemático”, la estrategia de la at supondría ser mediadora del comienzo de un proceso comunicativo entre la familia, los referentes de la escuela y el niño. De manera de construir conjuntamente situaciones en la que el/la niño/a sea entendido/a más allá de las dificultades que pueda estar generando. Se trata entonces de visualizar los elementos que componen el problema.

El cuidado en el AT implica no arrasar con las intervenciones que se realizan, no sobreponerse ante el deseo y las necesidades de la persona a acompañar, ni hacer las cosas por el/la otrx en tanto no sea absolutamente imprescindible. Cuidar tiene que ver con saber que hay procesos que llevan tiempo, con la paciencia, con la demora, así con la dulzura y con el amor. Acompañamos intentando unir diferentes ritmos existenciales sin anular ninguno, intentando generar un diálogo para no quedar por fuera.





La necesidad de aclarar el campo y la especificidad del at ha sido parte del propio proceso histórico de configuración en la formación universitaria dentro del campo psi. El AT aparece como respuesta a los cambios en los abordajes en el campo de la salud mental a mediados de la década del sesenta en Argentina. A partir de las década del 80 ha tenido un importante desarrollo en Latinoamérica, principalmente en Brasil (González, Frank, Guzmán, Moreira, 2020). Por ejemplo, en Porto Alegre aparece esta figura en comunidades terapéuticas de Vila Pinheiros en los 70 cobrando mayor relevancia en Sao Paulo con la confluencia de exiliadxs argentinxs en los 80 (Duarte Barreto, 2005). Por su parte, en Uruguay, comienza a forma parte de los debates universitarios de manera más reciente, a inicios de la década del 2000.

Existen de manera reciente varios autores que han intentado recoger los trazos históricos del AT en la región, especialmente en Argentina. Desde una perspectiva feminista nos interesa abrir preguntas sobre el problema del olvido de mujeres del campo psi presentado falsamente como ausencia (García Dauder, 2019), de modo que en este apartado estaremos atentas a no reiterar una historia en la que aparecen mayormente las teorizaciones masculinas y se invisibilizan o borran los aportes de las mujeres y disidencias. En ese sentido, un elemento relevante es considerar que los primeros textos sobre el AT en términos teórico-clínicos desde finales de los 70 e inicios de los 80 fueron realizados por mujeres: Alicia Donghi, Susana Kuras de Mauer, Silvia Resnizky, y Beatriz Dorfman Lerner.

Gustavo Rossi (2013) señala que aunque hay coincidencia de que como tal el AT tiene sus orígenes en Argentina, obviamente hay experiencias similares previas y en otras latitudes. Lo que se va historizando como surgimiento de AT refiere a una nominación y una concepción particular. Siguiendo estas pistas podemos señalar que los inicios están ligados a la clínica psiquiátrica desde sus desbordes, desde las críticas a su saber y sus procedimientos, siendo parte de una apertura a lo comunitario como parte de los abordajes terapéuticos. En tal sentido Gabriel Pulice (2016) señala al AT como una una herramienta clínica que surge de la búsqueda por subvertir los lineamientos imperantes arraigados en el modelo manicomial.

Entre las distintas influencias que dio el impulso a nuevos modos de abordaje pueden rastrearse la Psiquiatría dinámica, la antipsiquiatría y el psicoanálisis, con la intención de avanzar en tratamientos para padecimientos psíquicos severos. Se comenzó a cuestionar que las internaciones estaban alejadas de objetivos terapéuticos, problematizándose la institución psiquiátrica como modo de control social, en especial la lógica asilar. Algunas referencias tempranas en tal sentido son la de Maud Manonni en Francia de la escuela experimental Bonneuil 1969 o la experiencia de Trieste en Italia. En este caso es relevante señalar que se conoce mayormente el aporte de Franco Basaglia, pero que la experiencia triestina incluye los aportes de Franca Ongaro y de todo un movimiento de desmanicomialización.

Revisando antecedentes locales previos, tanto Rossi como Pulice encuentran algunas pistas en la creación del Servicio de Salud Mental, que llevó a cabo Mauricio Goldemberg, en 1956 en el Hospital General de Lanús, con una mirada más comunitaria. Se data allí un pasaje de la asistencia psiquiátrica a la atención en salud mental. Desde este modelo de intervención se abre camino la propuesta de pasar del encierro institucional (hospital, casa familiar) a un enfoque promotor del lazo social, de acceso a derechos, promoviendo la salud integral de las personas. Este cambio de paradigma implica, por un lado, un movimiento reformista orientado hacia procesos de desinstitucionalización, de revisión de las intervenciones, las teorías y las prácticas en salud mental. Por el otro, un cambio de perspectiva orientado a los derechos humanos: asistencia a la comunidad, integración de trabajo interdisciplinario, implementación de recursos de tratamiento alternativos, el trabajo en Hospitales de Día, en la comunidad Terapéutica, en internaciones domiciliarias, entre otras.

Algunas referencias, incluso anteriores, son la del caso Renée, llevado a cabo en 1947 por la Doctora Secheyay en Suiza, que incluyó el acompañamiento de un paciente realizado por una enfermera bajo las coordinadas terapéuticas de la psiquiatra. Este caso fue sistematizado por Beatriz Dorfman Lerner. Las tareas enfocadas en acompañar a los pacientes en las actividades dentro y fuera de la clínica han tenido

distintas nominaciones. En España se llamarón “monitor de tiempo libre” y de manera más reciente se trabaja en lo que se denomina “continuidad de cuidados”. En Francia existe la figura de “animateur”, en Canadá se introdujo la figura del “interviniente clínico”. En Inglaterra y Bélgica se crearon los “dispositivos de enlace”. En la región, por ejemplo en Brasil fueron nominados como “auxiliares psiquiátricos” o “atendente terapéutico”. En Argentina apareció inicialmente la figura del “amigo cualificado” que luego se denominó Acompañante Terapéutico. Esa misma nominación y andamiaje conceptual asociado también es el marco de referencia para el Acompañamiento Terapéutico en Brasil en la actualidad.

Durante muchos años hubo más prácticas que textos que dieran cuenta de las figuras, su nominación y especificidad, es decir, eran escasas las publicaciones teórico clínicas sobre AT si se lo compara con la amplia inserción en lugares y situaciones de dicho campo en lo práctico. Dirá Rossi (2013) que la sistematización fue lábil, y que no hay coincidencias plenas en los trasfondos teóricos de los distintos abordajes, y que eso es parte de las dificultades de la inscripción académica, que recién comenzó a finales de los 90.

En 1979 Alicia Donghi publicó en Buenos Aires el texto “El acompañamiento terapéutico: una aproximación teórica” en la revista “Actualidad Psicológica” N° 49. Allí señala que la función del AT es un recurso terapéutico descubierto en el horizonte de tratamiento comunitario de la psicosis. Indica que surgió de la empiria, no desde fundamentos teóricos. En 1984, también en Buenos Aires, Beatriz Dorfman Lerner escribió “Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el acompañamiento terapéutico” texto que fue publicado en la revista Acta psiquiatrica y psicologica de America Latina, N° 30 (Rossi, 2013; Pulice 2016).

El texto que se volvió de referencia o que fue más citado posteriormente fue el histórico libro de Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky, relatando la experiencia de trabajo con el Dr. Eduardo Kalina “Acompañantes Terapéuticos y pacientes psicóticos”, publicado por Ediciones Trieb de Buenos Aires en 1985.

Estos textos tienen en común que dan cuenta de estos primeros abordajes, ligados a la psiquiatría, al campo de pacientes psicóticos. Estos abordajes múltiples fueron inicialmente con familias de mayores recursos económicos y en el ámbito de la clínica privada. En los años 80 se va consolidando en Argentina, junto al desarrollo y consolidación de las carreras de Psicología. En esos años, el AT no siempre se realizaba con marco de trabajo en equipos, sino cubriendo vacíos, en muchos casos ejercido desde estudiantes avanzados de dichas carreras. En estos mismos años, se amplía a mayor población, se incluye en algunos casos en el marco de recursos públicos, aunque mantiene hasta la actualidad dificultades en la institucionalización del rol, el reconocimiento legal e inscripción académica (Rossi, 2013).

Será en la década del 90 que se realiza el Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico en Buenos Aires y de manera más reciente hay formación universitaria específica en varias ciudades de Argentina. A propósito de este nuevo momento de consolidación del campo, Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky (2005) en los textos escritos para la reedición en 2002 del libro inicialmente publicado en 1985, dirán que pensaron en reescribir el texto desde la actualidad. Las autoras coinciden en que es necesario visitar el origen pero pensando en el porvenir en los próximos 30 años, reconociendo el alcance y las aplicaciones actuales y colaborando en la institucionalización de la formación y la regulación profesional del AT.

En Uruguay, uno de los primeros trabajos presentados sobre la temática fue en las V Jornadas de Psicología Universitaria de la Facultad de Psicología en el 2000. Allí, los psicólogos Andrea Demestoy y Antonio García (2000), presentaron el artículo Acompañamiento Terapéutico: un rol en construcción que unos meses más tarde compartieron en la II Jornada Nacional de Acompañamiento Terapéutico: "Formación y Práctica: Problemas Actuales en el Tratamiento de las Patologías Graves de la Vida de Relación" organizado por la Universidad de Buenos Aires. Ese mismo año, comenzó a funcionar la pasantía opción Servicios por el proyecto comunicacional participativo: Vilardevoz, la cual es llevada adelante hasta la actualidad por la

Prof. Adjta. Dra. Cecilia Baroni, y que dada la problemática en torno a las políticas de desinstitucionalización, en el marco de la reforma sanitaria, previó desde el vamos la realización de acompañamientos psicológicos así como el desarrollo de intervenciones que requieran la adecuación a las necesidades de las personas a acompañar. Unos años después, de la mano de docentes de nuestra casa de estudio como Alejandra Gutierrez y Mónica Rossi, se comenzó a realizar la pasantía opción Servicios denominada “Intervenciones a partir del Hospital psiquiátrico” donde se realizaba “acompañamiento de un paciente durante el año lectivo comenzando en la internación del mismo y durante el post-egreso se realiza el seguimiento domiciliario” (Domínguez, Facchín, Gómez, Tabeira, Ventura y Gutierrez, 2003, p. 353). En los años recientes se han ido generando nuevos encuadres para la práctica psicológica que son terreno fértil para fortalecer la figura de AT, con diversas estrategias que buscan desplegarse en la bisagra de los procesos de desinstitucionalización y descronificación de los efectos de las instituciones totales en los cuerpos singulares, conformándose como una herramienta para la construcción y el sostenimiento de propuestas sustitutivas al manicomio y a otras formas de encierro.



**anti-
manicomial**
y de derechos humanos



El AT, desde la perspectiva que aquí presentamos, asiste a un nuevo paradigma de reconocimiento de la diversidad y de lo transgeneracional en los espacios de convivencia. Dicha concepción de derechos entiende la diferencia como inherente al ser humano, lo que significa que en esa diferencia también cada unx puede estar, decidir, desear y poner en común. Como plantea Derrida (2008), alojar al otrx radicalmente en tanto otrx distintx a unx mismx, nos exige darle lugar a lo desconocido, dejarlo estar desde su diferencia. De eso se trata la hospitalidad radical y absoluta, de existir de distintas formas.

¿Qué aporta la perspectiva antimanicomial y de derechos humanos al campo del acompañamiento terapéutico? En primer lugar, es útil para visibilizar que las expulsiones, desigualdades de clase, falta de recursos, tanto como la desinformación y la falta de formación de quienes intervienen en el campo, entre otras tantas cosas, hacen a un enorme problema de accesibilidad y de integración social, vulnerando derechos básicos. En este sentido, la at se presenta como figura que aloja radicalmente al acompañadx y al hacerlo contribuye a garantizar el cumplimiento de derechos que le son inherentes. Es, asimismo, una alternativa al encierro institucional o a las llamadas “encerronas trágicas” según Fernando Ulloa (1996), promoviendo la inclusión en la comunidad y el acompañamiento en la vida cotidiana.

El AT es un modo de acompañar contemplando condiciones dignas de existencia, donde el acceso a la comunidad es parte imprescindible de la transformación vital de la persona. Esto implica el pasaje del ser objeto de estudio de las disciplinas (y el estigma del contexto) a sujeto de derechos como protagonista de su propia historia, a partir de los intercambios intersubjetivos con otrxs que decida hacer parte. De esta manera, la at acompaña e interviene en esa posibilidad de denunciar y enunciar, retomando el poder de la voz del acompañadx.

La transformación vital refiere a una reapropiación del proceso de salud-enfermedad de unx mismx. La adaptación activa (y creativa) a la realidad refiere a la recuperación de la autodeterminación, del ser capaz de decidir el cómo, el cuándo y el con quién. Este modelo centrado en la autonomía requiere modificaciones en las prácticas en

el campo de salud mental. Pensar en términos de desmanicomialización implica realizar prácticas inclusivas que se construyen como respuesta alternativa a las instituciones asilares y monovalentes y por lo tanto al encierro de las diferencias (Baroni,2019). Es una propuesta contrahegemónica al modelo manicomial, a la sobremedicación y aislamiento de la comunidad (Sampayo, 2005). Cuestiona, desde distintos saberes, la modalidad asilar como método de cura de las personas.

De este pasaje a un modelo integral de atención en salud mental, que favorece la prevención y posibilita la creación de redes sociales y vinculares de contención extramuros (Sampayo, 2005), también surgen otras figuras y roles profesionales insertos en la comunidad. El AT como parte del proceso de desmanicomialización, genera estrategias de intervención cuidadosas que empoderan a partir de la acción, reafirmando singular y colectivamente otros modos de existencia que son generalmente oprimidos y silenciados.

Pensar el AT como un medio transformador, conmovedor y productor de subjetividad es no desconocer su carácter político. En el acto de acompañar se generan nuevos lazos sociales (Nunes de Freitas y Bastos, 2019) que parten de la persona acompañada para consigo y establece nuevas relaciones con el mundo, desde un espacio que ya no es aislado sino que visibiliza la vida social, el malestar y la lucha. Todos estos aspectos “nos provocan a fijar puntos de encuentro, territorios comunes, espacios próximos de circulaciones posibles” (De los Santos, 2014, p.129). La at, colabora en darle un sentido a la existencia a través de la presencia que aloja, reafirma y traza el deseo que por tanto tiempo estuvo capturado en lógicas manicomiales (Moffat, 1988).

De esta actitud de hospitalidad absoluta, emergen nuevas formas de investigar el mundo: desde la corporalidad que habla, que grita, que narra una historia propia. El “desviadx, rarx, distintx”, que por tanto tiempo quedó por fuera de la comunidad, puede reconstruir y hacer su lugar en primera persona.



APORTES FEMINISTAS al campo del acompañamiento terapéutico

Dirá Dau García Dauder (2019) que aunque desde sus orígenes parece que la psicología construye a la mujer y a lo femenino, desde entonces y en cada nuevo momento de luchas feministas, se ha reconstruido y transformado la psicología. Retomando esta provocación resulta interesante dejar abierta la pregunta ¿Qué puede aportar la teoría feminista al campo del acompañamiento terapéutico?

De las luchas feministas resulta pertinente recuperar aquellos antecedentes de formas colectivas de politizar los malestares de las mujeres, y reflexionar sobre aquello que pueden aportar esas estrategias que incluyen un potencial terapéutico. En la actualidad, en el marco de los feminismos renovados (Grabino y Furtado, 2018; Sosa y Menéndez, 2021) existen nuevos colectivos como la Red de Psicólogas feministas y numerosos cursos en la Facultad de Psicología sobre epistemologías feministas y aportes feministas al campo Psi.

En momentos anteriores, por ejemplo en las luchas feministas de los años '70 y '80 en los Estados Unidos y Europa, bajo la consigna "lo personal es político", se denunció el carácter patriarcal de ciertas miradas psicoanalíticas en salud mental. Los propios grupos de autoconciencia fueron formas colectivas de politizar los malestares, en los que las mujeres



hablaron de su sexualidad, de las injusticias en la carga de trabajo, de los mandatos sobre su cuerpo y comportamiento, canalizando colectivamente las angustias y desde allí realizando denuncias y accionando movilizaciones sociales. Los grupos de autoconciencia, explicaban, no se trataba de terapia (Hanisch, 1969, Sarachild, 1978) sino de espacios colectivos no terapéuticos en su concepción, aunque algunas reconocían que sí tenían ciertos efectos terapéuticos en tanto empezaron a ser escuchadas de un modo no revictimizador o culpabilizador. Algunas terapeutas feministas de esos años tomaron los grupos de concienciación como inspiración para pensar nuevos modos de la psicoterapia.

Existe en la década del 70 una serie de interpelaciones feministas a la psicología de manera más explícita a nivel teórico, especialmente considerando los modos específicos de la “locura femenina” y los condicionantes sociohistóricos de la salud mental de las mujeres. En Italia, en dialogo con el movimiento feminista de esos años, aparecen diversos textos de Franca Ongaro, cuya primer publicación en español de “Mujer, locura y sociedad” comienza a circular en México y luego en el Rio de la Plata en los años 80, realizando valiosas conexiones desde los feminismos para pensar las luchas antimanicomiales. Parte de las denuncias y cuestionamientos a la American Psychological Association son relatadas por Phyllis Chesler en su famoso texto “Woman and madness” de 1972. Este es el primer texto que incluye explícitamente la dimensión patriarcal como categoría de análisis en un texto sobre psicología, en el que se relatan diferentes violencias de las instituciones psiquiátricas como modo de control social de las mujeres. Será en esos años que también aparecerá “Por nuestra cuenta: alternativas al sistema de salud mental controladas por pacientes” de Judi Chamberlin, publicado

originalmente en inglés en 1978, dando cuenta de los movimientos y activismos en salud mental en primera persona y desde una mirada feminista.

En el Río de la Plata, en la década de los 80, durante la reapertura democrática hubo un fuerte movimiento de mujeres que tuvo entre sus consignas principales “Democracia en el país y en la casa” (de Giorgi, 2021; Sosa, 2021). En esta década, el movimiento de mujeres además de sostener luchas en distintos planos, abrió debates feministas en diversas áreas de estudios. Particularmente en Buenos Aires, los estudios de la mujer tuvieron debates específicos sobre salud mental desde la confluencia de psicoanalistas que integraban el Centro de Estudios de la Mujer. En esa generación están los valiosos aportes de Ana María Fernández, Mabel Burin, Emilce Dio Bleichmar, entre otras. Fueron ellas quienes realizaron por ejemplo una mirada crítica a la subjetividad femenina, usando la idea de “malestar femenino” (Burin, 2002) para ir más allá de las dualidades sano-enfermo/ normal-patológico, integrando el problema de la violencia contra las mujeres como un tema del campo psi. Desde los estudios de la mujer en Argentina se abordó la “depresión del ama de casa”. La depresión femenina (en ese momento era el doble en mujeres que en hombres) era uno de los temas preocupantes y fueron las intelectuales del campo psi las que analizaron este malestar desde una lectura de género. Dio Bleichmar, señalaba que lo que deprimía a las mujeres eran las consecuencias derivadas de la forma en que debían vivir su feminidad (1991). Varias autoras se dedicaron a estudiar los malestares de los distintos modos del ser de otrxs y para otrxs (Basaglia, 1983 y Lagarde, 1997). Existen los tempranos aportes de Ana María Fernández (1986, 1992, 1993), Eva Giberti (1989) o Silvia Tubert (1988) para incluir una mirada de género y feminista al psicoanálisis. De esos mismos años hay trabajos que mostraron los efectos psicológicos de lo que se llama patriarcado del salario (Federici, 2013), como el trabajo de Clara Coria (1987) que teorizó sobre los problemas emocionales asociados a la dependencia económica.

Como fue señalado en los apartados anteriores, es en la década del 80 que varias mujeres comienzan a sistematizar la experiencia de AT en Argentina. En esos textos no aparecen menciones a lo que en el contexto histórico se señalaba como la condición de la mujer ni aparecen referencias explícitas a los debates feministas en salud mental. Sin embargo, desde este presente es preciso recuperar la larga trayectoria de debates feministas en el campo de la salud mental para nutrir el campo del AT, insistiendo en una mirada crítica e invitando a mantener abierta la pregunta sobre los posibles aportes desde los feminismos en las estrategias teórico clínicas y en la renovada lucha antimanicomial. Retomamos los aportes de Chesler (2019) en los que señala que existen numerosos sesgos clínicos que afectan la posibilidad de tratamientos adecuados para las mujeres y disidencias, como los diagnósticos erróneos, la patologización del trauma por violencia patriarcal, las reiteraciones de violencias sexuales en espacios terapéuticos, la falta de tratamiento oportuno de enfermedades por considerarlas parte de la sintomatología psiquiátrica, entre otras.

Retomando esta larga trayectoria y desde los aportes de los feminismos renovados, es necesario retomar una mirada crítica sobre las relaciones de género que se establecen tanto en la formación como en la práctica profesional. También es preciso prestar especial atención a las diferencias sexo-genéricas de los procesos de enfermar (Basaglia, 1983; Burin, 2002). Una perspectiva feminista colabora en estar atentas a las necesidades diferenciales en las situaciones cotidianas y a problematizar las tareas de cuidado invisibilizadas y desvalorizadas que históricamente realizan las mujeres y disidencias. Esta reflexión aplica tanto para pensar la cotidaneidad de quien es acompañadx y las dinámicas familiares, como para las situaciones que se generan para las at en el ámbito profesional.

Tal como fue señalado es necesaria la construcción de relaciones que no promuevan la dependencia técnica (en relación al acompañamiento y de otros profesionales) sino una clave de interdependencia que habilite la construcción de procesos de autonomía para las personas en una trama de cuidados. En ese sentido son fértiles los aportes feministas para pensar la trama de cuidados (Draper, 2018; Vega, 2018). Por otra parte, es importante tener una perspectiva crítica a la esencialización de

las diferencias, los dualismos de sexo/género y la patologización de la diversidad. Una perspectiva feminista habilita además realizar procesos respetuosos de la diversidad de identidades de género y en especial posibilita estar atenta y alerta a las diversas situaciones de violencia especialmente aquella que se ejerce contra las mujeres y disidencias. Otra clave feminista que resulta crucial es lo que refiere a los cuidados, en tanto es necesaria una desnaturalización de los roles y sentidos hegemónicos del cuidado que han constituido lo femenino, al mismo tiempo que una posición ética y política que potencie la ampliación del entramado de cuidados colectivos y comunitarios y prácticas de cuidado de sí.



AT^{desde} la formación universitaria desde una perspectiva in- tegral

A nivel de la Universidad de la República, la Facultad de Psicología (FP) se ubica como un actor clave que puede dar respuesta a una demanda social importante en relación a elaborar propuestas de formación específica. Estas colaborarán en un cambio de concepciones sobre las personas, sus capacidades y posibilidades de inserción social que, como ya se adelantó, se cruzan con la aprobación y la implementación de diversas leyes (de discapacidad, salud mental, violencia doméstica, etc) y programas que marcan el rumbo, entre otras cosas, de los intervenciones a realizar.



Esto posiciona a la FP como un actor que va tomando cada vez mayor relevancia y que por lo tanto tiene que ser capaz de dar respuestas a las diversas demandas y necesidades en torno a la formación. Para la FP implementar una Tecnicatura implicaría brindar otras propuestas de formación acordes a las necesidades del momento (carreras cortas, inserción laboral, profesionalización de prácticas, etc), atendiendo a las diversas demandas de formación existentes. Es menester remarcar que la formación universitaria, permite, a partir del desarrollo de una perspectiva crítica sobre las prácticas, diseñar las mismas de forma que estén articuladas con las funciones de extensión e investigación, permitiendo no sólo recepcionar demandas sociales sino producir conocimiento específico.

Es relevante, asimismo, distinguir y aportar especificidad a la disciplina ante la múltiple nominación en torno a la diversidad de figuras de cuidado: asistente, cuidadora, educadora, operadora terapéutica, operadora laboral, entre otras. Las mismas responden a múltiples demandas que precisan de la implementación de políticas públicas por parte del/los prestador/es (BPS, MIDES, ASSE, etc.) vinculadas a dificultades de inclusión social, de aprendizaje, crisis vitales, crisis específicas, etc. Esto garantizaría los derechos de las personas a estudiar, disfrutar, llevar una vida digna y con la mayor autonomía posible.

La actualización de los marcos jurídicos existentes, tanto a nivel nacional como internacional así como, por ejemplo, las políticas impulsadas a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), tienen por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia (Ley No 19.353, Art. 2). Con la aprobación de la Ley de Salud Mental en el 2017 se plasman por primera vez los derechos de la persona usuaria de salud mental, en tanto debe “Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud” (Ley N°19.529, Art. 6, inciso C). Todos estos aportes, fruto de diversos recorridos de personas, familiares, organizaciones sociales y científicas, obliga a la Udelar a aportar, a través de la formación y la producción de conocimiento, los recursos humanos que deberán cumplir con estos mandatos sociales.



estrategias intervenciones objetivos

El proyecto terapéutico se construye en tanto se genera una estrategia de intervención con objetivos específicos, y un seguimiento basado en la coordinación del equipo. El equipo de trabajo debe ser en el mejor de los casos multidisciplinario, idealmente conformado por profesionales de distintas áreas para enriquecer la mirada y los alcances del quehacer clínico de la at.

Se interviene con el objetivo de acompañar en los diversos ámbitos de la vida de la persona, contemplando sus posibilidades y fortalezas, y estableciendo un vínculo de confianza para facilitar el proceso de autonomía. Dado que ningún acompañamiento es igual a otro y los contextos suponen adaptar las estrategias a la situación, se interviene según la singularidad del caso. Por esta razón, los objetivos del proyecto terapéutico deben responder a tiempos que no siempre son los lógicos y/o cronológicos, existe un ordenamiento que no involucra tiempos en tanto linealidad y evolución del tratamiento sino tiempos que son parte de procesos (fluctuantes) del AT.

Para esto es necesario que la at esté en contacto con la diversa grupalidad de vínculos que se genera entorno al acompañadx (amigxs y grupo de pares, familia, vecinxs, maestras y figuras de referencia, profesionales en general), para poder realizar intervenciones que se extiendan más allá de la persona. La siguiente viñeta clínica es un ejemplo que da cuenta del trabajo coordinado que realiza la at con el entorno del acompañadx:





Guadalupe es una joven adulta sin un diagnóstico específico, pero con base psicótica (pensamiento concreto y literal, delirio auditivo e ideas persecutorias) y trastorno del desarrollo. El AT inicia como recomendación de la psicóloga a los padres. Los padres se contactan con la at y en la primera entrevista se plantean un montón de dificultades respecto a los hábitos y habilidades de Guadalupe.

A partir de los primeros encuentros entre la at y Guadalupe, se observan algunos de los elementos que traen los padres (entre ellas, las habilidades cognitivas y sociales debilitadas), pero la at se decide a conocerla antes de cerrar el sentido de lo que presentan, para generar una estrategia que se adapte de la mejor manera posible a sus posibilidades (más allá de la demanda de los padres), en coordinación con la psicóloga.

La estrategia coordinada en equipo entre la at y la psicóloga consistió en poder acompañar esas limitaciones (en lo cognitivo y lo social) para que ella no pierda los recursos que le permiten una vida más autónoma. Esto supuso la implementación de ejercicios para la estimulación cognitiva, un cuaderno de actividades/cancionero, entre otros registros que se iban adaptando a sus intereses. A su vez, el desarrollo de habilidades sociales (salir sola, trabajar la voluntad, reconocer y ampliar redes) a través de medios digitales y la búsqueda de redes por fuera del hogar (plazas, bibliotecas, taller de pintura, facultades).

Durante el proceso de AT, Guadalupe fue desarrollando el manejo de su autonomía respecto a la movilidad y autorregulación en espacios públicos (calles, transporte público, espacios grandes), pudiendo incluso manejarse sola para ir y volver a su casa. Además, el AT implicó fortalecer sus redes vinculares (intentando fortalecer y conocer nuevos vínculos) y el aspecto físico, entre otros. Esto fue fruto del trabajo coordinado (familia, liceo, psicóloga, at), de la comunicación y la escucha para con Guadalupe.

El pasaje de una concepción del abordaje (abordar como los piratas: saquear, vaciar de sentido) a una del alojamiento (alojar como hospedar, cobijar, acoger) implica, como menciona Andrea Silvana Patrignoni: “alojar el sufrimiento creando otro escenario posible, una alternativa”, en la viñeta se trata de alojar sin cerrar otros sentidos posibles a los que trae la familia. De esta manera, la at trabaja recepcionando e incluso negociando las demandas de todas las partes para construir junto al acompañadx una estrategia que contemple su demanda y los imprevistos. Para ello, se hace necesaria, al decir de Moreno (en Frank et al., 2016) la espontaneidad trabajada, que

consiste en la creatividad aplicada para el reconocimiento de los procesos internos (elaboración, insight) con los que cuenta el acompañadx y la posibilidad de trabajar con los imprevistos del día a día con inventiva y perspicacia.

Esto requiere creatividad y paciencia por parte de la at, quien elabora una estrategia de intervención que también contemple el estar alegre. Es decir, el at facilita nuevas posibilidades simbólicas para que no sea solamente la dificultad lo que prime en la vida de la persona, sino que haya también espacio para la risa, el disfrute, la alegría (Longoni en Percia et al., 2017).

Teniendo en cuenta que intervenir es transformar algo del sentido o de dirección, del pensamiento o de la acción, una de las estrategias de intervención es el uso de mediadores. Los mediadores son herramientas que le permiten a la at trabajar junto al acompañadx su adaptación activa a la realidad, estimulando la creatividad como estrategia de integración psíquica y como espacio de catarsis. Son recursos que permiten, como dice la palabra, mediar entre el mundo y la persona, generando nuevas condiciones de existencia (interna y externa) en el proceso vital. Estos pueden ser plásticos, (dibujar, pintar, trabajar con plasticina) como también musicales, literarios, entre otros. Asimismo, la at es en sí misma un mediador entre la persona y el mundo.

Intervenir, por lo tanto, puede ser habilitar un espacio para materializar con pintura lo que no puede ser puesto en palabras, ayudar a que algo nuevo ocurra, ser mediador de un proceso a través de consignas que respondan a los objetivos del proyecto terapéutico.

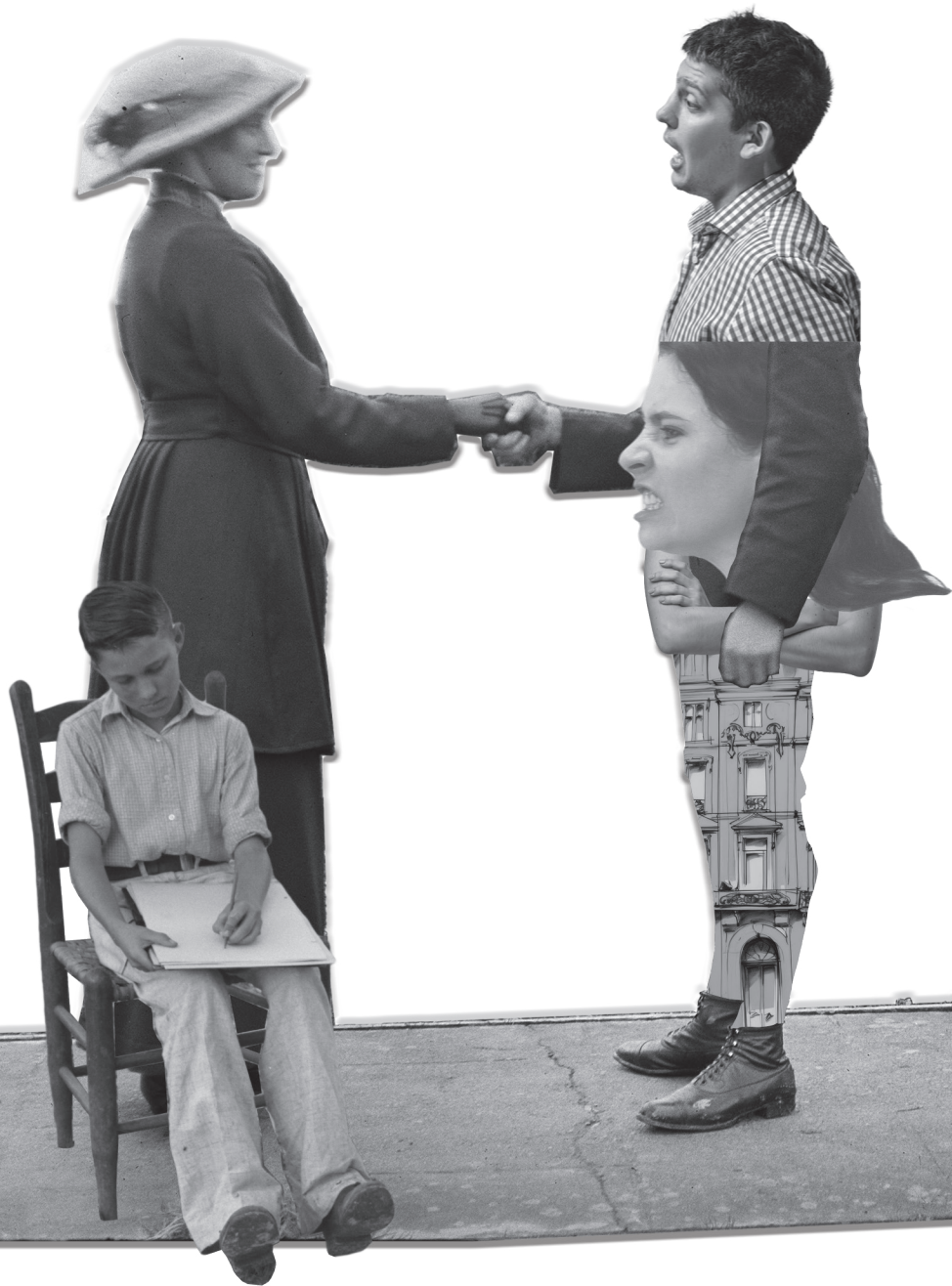


Demanda

En el AT aparece la gran dificultad de recibir diferentes demandas vinculadas a un mismo caso. Esto tiene que ver con que en las demandas se ponen en juego no solo las diferentes perspectivas/miradas de la situación, sino los distintos intereses de los diferentes actores involucrados.

A continuación ilustramos una situación/viñeta de un acompañamiento en una institución educativa que da cuenta de lo antes planteado.

Cuando la at asiste a la reunión con la institución, los referentes le comentan que este niño tiene un historial de violencias dentro del colegio. Le cuentan que desde primero de escuela violenta física y verbalmente a sus compañeros y a las maestras. Se escapa de las clases, rompe cosas, etc. Cuentan que en 1er año de escuela le quebró el brazo a una niña por lo cual empezaron a pensar en un tratamiento con psicofármacos como requisito para su participación. La clase de Matías cuenta con una maestra y una auxiliar que contratan debido a los disturbios en la dinámica, los cuales, según los referentes, la mayoría tenían que ver con Matías. Desde la institución se le exige a la at que el acompañamiento necesario sea “cuerpo a cuerpo” ya que “lo dejas de mirar un segundo y le clava un lápiz en el ojo a alguien”. Por lo tanto, lo que se pretendía era que la at estuviera todo el tiempo y en todas las situaciones pegada cuerpo a cuerpo con el niño, a modo de prevención. A su vez, ante cualquier inconveniente “Matías debía irse a su casa” esa era la medida tomada por los referentes de la institución. Muchas de las decisiones que tomaba la institución las hacían en base a las necesidades y demandas de los otros padres, por lo tanto, también era tomado en cuenta lo que los niños opinaban y manifestaban sobre la situación de Matías, sin atender a las necesidades de él. Por su parte, los padres entendían que el niño se comportaba así porque estaba “de vivo” y que la prioridad era que pudiera rendir académicamente.



Es importante entender que las at no pueden quedarse en la demanda de lo que los otros actores exigen, sino que es necesario un plan de trabajo que negocie con todas las partes y que encuentre objetivos propios dentro de lo que es el proyecto terapéutico para Matías.

En la viñeta planteada anteriormente, podemos ver como los intereses de la institución se centran en que el niño no interfiriera con la dinámica del aula ni del colegio. De esta manera, las dificultades que pudiera estar atravesando el niño debían quedar por fuera del proceso grupal y de la institución misma. Este tipo de estrategias se basan en prevenir cualquier manifestación agresiva medicando y custodiando “cuerpo a cuerpo” la existencia usando como mediador un at.

Es claro que en algunas situaciones se vuelve complejo llegar a puntos en común entre las distintas demandas. Esto es debido a la implicancia de los intereses de las partes puestas en juego que muchas veces no priorizan el bienestar del acompañadx o que el mismo ejerza sus derechos como lo es el acceso a la educación. En ese sentido, la estrategia debe apuntar a visualizar cuales son las posibilidades de transformar la situación mediando entre las distintas demandas y construyendo una estrategia que incluya a la familia y a la institución.

Al insertarse en la cotidianidad del sujeto acompañadx se le pide a la at que “haga algo”, que cambie rápidamente la situación o los comportamientos de la persona porque “no es lo que debería ser”, apareciendo la exigencia de que alguien lo corrija (de la Aldea, 2014). Ante las múltiples demandas por “magia” o “milagros” a las las at, es preciso preguntarse el cómo y para qué realizan el acompañamiento, ya que estas interrogantes son las que guían la práctica y las diferencian como profesionales del AT.

La práctica de la at supone criterio profesional y su autonomía para ejercerlo. De esta manera, es importante realizar un acercamiento que permita observar y analizar la situación a partir de lo que puede observar desde su rol.

¿Cómo nos cuidamos las que acompañamos?



El AT es una responsabilidad ética profesional, la cual implica una especialización en diferentes áreas del acompañamiento y una formación específica. Parte del rol es aprender de qué manera cuidarse (puesta de límites, generar cercanías óptimas, asistir a supervisión, colectivizar el malestar) y saber que el registro de las sensaciones enriquece la lectura de la situación, a la vez que cuida al sujeto con el que se trabaja. Como ya mencionamos, las at son su propia herramienta de trabajo, por lo tanto deben intentar prevenir situaciones que pueden dejarlas expuestas a lógicas violentas. Es esencial que la misma encuentre modos de desahogarse, por un lado generando espacios en donde poder dialogar con otras y pensar en conjunto, y por otro, encontrando tener instancias donde poder liberar las sensaciones con la que se carga para pensar con claridad y desahogar los excesos. Algunas de las herramientas que puede utilizar son los cuadernos de campo y las bitácoras personales.

En el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el cuaderno de bitácora está definido como un “Libro en que se apunta el rumbo, velocidad, maniobras y demás accidentes de la navegación.” (Real Academia Española, s.f.). En el ámbito del AT (como en otros), la escritura en el cuaderno de campo y el registro personal-íntimo, brindan la perspectiva necesaria para el trabajo y el cuidado. ¿Qué tipo de anotaciones se realizan? Todas aquellas que tengan que ver con el proceso de AT. Anotaciones de datos concretos, sensaciones, recordatorios, regalos del acompañadxs hechos carta o dibujos, lecturas, películas, fotos, hipótesis, descripciones de personas, hechos y espacios, reporte de avances, ideas y los obstáculos que se van presentando en el ejercicio del rol, entre otras cosas.

Así, como a los navegantes, la bitácora orienta y organiza la práctica de la at que se encuentra ante el arduo trabajo de lo inmediato siendo necesario poder contar con una herramienta específica que instale cierta demora ante la urgencia subjetiva de los acompañadxs. Al decir de Percia (2023, p.23): “Un común naufragio necesita imaginaciones insumisas ante las crueldades derivadas de todos los pánicos. Necesita debilidades amorosas que agiten dulzuras animosas”.

En definitiva, la bitácora se considera un resguardo de la memoria del AT que luego podrá ser revisada y trabajada tanto para el trabajo clínico del at como para rearmar el caso o producir conocimiento sobre la práctica. Estos registros, a su vez, habilitan que en el proceso de la at se genere un espacio y un tiempo para el análisis de su implicación, con uno de los objetivos primordiales de evitar un posicionamiento heróico u omnipotente. Esto produce una subjetividad heróica donde “no hay dificultad que no pueda solucionarse con buena voluntad y esfuerzo, todo problema puede y debe ser resuelto” (de la Aldea, 2014, p.10).

En el AT siempre aparecerán dificultades que sobrepasan la voluntad y la posibilidad de la at. Tal como plantea Percia (2023), se trata de pensar en términos de medios y no de fines absolutos, dando cuenta de que no todo es pasible de ser resuelto. En este sentido, el AT se presenta como “incapacidad meditada, insuficiencia aprendida, falta invocada, ilusión desencantada” (p.209). Este no saber del todo no significa no



hacer nada, por el contrario, es en esa posición que se ponen en marcha infinitas insurgencias que sostienen la reflexión y el impulso creativo de quien acompaña. Como planteamos anteriormente, el AT desafía constantemente a mantenerse en un estado reflexivo, el cual es crucial ante situaciones que impliquen decisiones y rediseño de la estrategia terapéutica. Para dar cuenta de lo anterior y a modo de ejemplo, se presenta un fragmento de escritos de una at:



Me encuentro ante un acompañamiento con gran exigencia física y mental; el cual pone en riesgo la integridad del acompañado, como la mía. Dadas las situaciones de riesgo en el ámbito escolar, evalúo que es mucha exigencia la cantidad de horas en clase para el chico y esto era un posible desencadenante de las repetitivas crisis. Como estrategia planteo a la familia, ya coordinado con la dirección de la institución educativa, un recorte de materias y/o de días de asistencia; destacando que es mucha exigencia para él, siendo así que no está pudiendo lograr ni un proceso educativo, ni mantener un estado favorable para su proceso terapéutico. La familia no accede a dicho cambio, por lo que decido no continuar con el caso ya que considero de suma importancia actuar en base al bien mayor del chico.



Ante esta situación, a grandes rasgos, la at consideró dos caminos a tomar en función de las características del AT: seguir con la visión de la familia (que la at consideraba perjudicial para la salud del acompañadx) o mantener una postura que defienda las necesidades del acompañadx. La primera opción responde a una concepción asistencial del at que exige la adaptación del niño para que este sea como los demás niños. Esta postura evidencia la necesidad de producir un indicador de “normalidad” (hace lo mismo que los demás), negando la sintomatología y las diferencias que culminan generando mayor sufrimiento así como obstaculizan la integración social. La segunda opción, en donde se toman en cuenta las características del niño, se asesora el ajuste de horarios y un recorte de materias como parte de la estrategia terapéutica. La misma surge no sólo por la observación y el resguardo de la integridad del acompañadx, sino del conocimiento sobre las características de la sintomatología que se presenta, la etapa vital y respetando su forma singular de estar en el mundo y que tiene derecho a estar en él. También de un análisis ético de la práctica que, en esta situación, llevó a la culminación del AT por parte de la at.

Consideraciones éticas

Si bien Uruguay no cuenta con un Código de Ética del Acompañamiento Terapéutico, sí podemos establecer algunos de los principios éticos que acompañan y guían el quehacer de la at, considerando que su lugar implica el trato hacia otro sujeto de derechos.

En este sentido, las acompañantes terapéuticas:

Propician para el ser humano y para la sociedad en que están inmersos y participan, la vigencia plena de los Derechos Humanos, la defensa del sistema democrático, la búsqueda permanente de la libertad, la justicia social y la dignidad como valores fundamentales (...) (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Bahía Blanca, 2010, p.2).

Con respecto a los derechos de la at, si bien tampoco hay nada legalmente documentado en nuestro país, podemos tomar los aportes del Código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Argentina (AATRA, 2010), la Legislación de Río Negro (2011), Córdoba (2016) y Neuquén (2018) con respecto al AT. Estos orientan a la at para el buen desempeño de su labor estableciendo sus derechos y deberes, siendo los primeros:



- La at debe de tener honorarios acorde a la tarea a realizar.
- Para el resguardo de at y acompañadx, se pacta previamente un acuerdo por escrito donde se detallan honorarios, horarios, objetivos, duración, vacaciones y todo aquello que necesite ser descrito para evitar conflictos a futuro.
- Al inicio de un AT, la técnica tiene el derecho de recibir un informe/documentación por parte de los profesionales involucrados, en el caso de que haya, para el beneficio mayor de tratamiento del acompañadx.
- La at no debe ejercer tareas no acordes al rol, por ejemplo, cuidadora de mascotas/familiares, limpieza del domicilio o institución donde se encuentre trabajando, tareas domésticas tales como cocinar, lavar u otra tarea específica del hogar.
- Los gastos que involucran al AT ya sean transporte, salidas y/o cualquier actividad con fines terapéuticos serán pagas por parte del contratante.
- La at no se hace responsable de acciones del acompañadx fuera de su horario laboral establecido en el acuerdo de partes.
- Si los sujetos involucrados en los AT autorizan mediante un consentimiento informado, la at puede usar la información de este para una investigación, publicación o cualquier escrito de esa índole.
- La at tiene derecho a renunciar al caso si se perciben situaciones que puedan poner en riesgo su integridad física y/o psíquica.
- La at debe ser escuchada, resguardada y respetada dentro del equipo de técnico referente.
- La at tiene el derecho de crear y/o unirse a un gremio y/o cualquier otro tipo de organización que vele por sus derechos y los de sus colegas.
- La at tiene derecho, si así lo desea, de ejercer la docencia y/o actividades académicas de cualquier índole.



Etapas del proceso del AT

Aunque el desarrollo del AT varía acorde a muchos factores, ya sean características del acompañadx o de contexto, podemos encontrar etapas en común en lo que respecta al proceso.



Establecimiento del vínculo

Al comienzo del AT, en la etapa de generación del vínculo, la principales herramientas que utiliza la at son el respeto y la capacidad de comprensión que se tenga de la situación a alojar. En esta etapa es de suma importancia ayudar a historizar al otro sobre su propia vida siendo los acompañadxs los que guían en el establecimiento de vínculo.



El vínculo entre at y acompañadx tiene una dimensión de intimidad afecta a las dos personas. Siendo esto un desafío que implica involucrarse, disponerse a lo nuevo, cultivar cercanía y realizar acuerdos. Ese vínculo es particular, porque incluye un conocimiento mutuo de ambas personas, pero la at no explicita ni comparte todas las dimensiones de su vida, aunque se disponga al vínculo, en tanto se trata de un vínculo terapéutico. Es además un vínculo difícil de poner en palabras, ya

que el lenguaje no siempre alcanza a dar cuenta. En palabras de Kuras de Mauer y Resniky (2005), se trata de una experiencia intersubjetiva, en la que la at propone una “disponibilidad móvil”, un disponerse a escuchar para ver que puede resultar terapéutico de ese vínculo.

Redes con actores involucrados

Las personas/instituciones que se encuentran involucradas en el caso, normalmente se encuentran desarticuladas y fragmentadas. Parte del trabajo de la at es propiciar estrategias favorecedoras para construir una red de apoyo para el proceso terapéutico.

De esa manera se puede establecer una estrategia de trabajo en conjunto acorde a la particularidad de cada caso, tejiendo recursos y reconociendo personas que son parte del proceso del acompañadx.

Adecuación de técnicas/estrategias de intervención

La at cuenta con el conocimiento que le permite utilizar diversas estrategias para ir elaborando conflictos, situaciones traumáticas o de discriminación. En este marco, la utilización de algunas técnicas (dibujo libre, expresión escrita, expresión corporal) generan la apertura a otro espacio en donde el at ofrece una presencia



terapéutica en la cotidianidad del acompañadx. El AT es como un traje a medida, el cual implica una etapa de observación participante que delimita qué tipo de abordaje se va a realizar en ese acompañamiento específico. Es decir, el acompañamiento se desarrolla, se adapta a las características, necesidades y situación de cada sujeto a acompañar.

Desenlace

La at es parte de un momento en la vida del acompañadx, donde el objetivo principal es apuntalar a la máxima autonomía posible del mismx. En la vida de una persona pueden existir varias acompañantes y varios acompañamientos. Es así que la at se sitúa como el tramo de una trama vital, algo momentáneo en la vida de la persona, que puede desenlazar en una transición (de at a at) o a un cierre del proceso terapéutico.



Campos de intervención

El rol de at es uno que se amolda y adecua al contexto en el cual interviene, dicho contexto depende del tipo de acompañamiento y necesidades específicas que requiera el acompañadx. De esta manera, los objetivos planteados para el AT son acordes a las características del caso (edad, diagnóstico, manifestación de los mismos, internaciones previas, etc), y de la institución (educación, familia, etc) realizando un acompañamiento en la cotidianeidad del acompañadx.



Algunos escenarios posibles

Instituciones educativas

Uno de los escenarios habituales de AT son las instituciones educativas, en algunos casos solicitadas por la familia, pero mayoritariamente por referentes de la institución. La incorporación de la at, tendencialmente puede incluir una reflexión para todxs quienes son parte de esa institución, sobre la institución misma, más allá del caso para el que se solicita. En este sentido, tomamos algunas de las narrativas de maestras que fueron parte del proceso de formación, aportando desde su mirada específica:

La presencia de las acompañantes viene a romper con las lógicas más conservadoras (que aún se sostienen vívidamente) del aula y de la escuela, (...) esa figura “nueva” pone en discusión muchas determinaciones que se encuentran arraigadas en el formato escolar, sobretodo en el cómo entendemos que se puede enseñar y aprender, vienen a posibilitar otros lenguajes para transitar el mundo. (Narrativas colectivas del curso, 2023)

El AT en las escuelas implica un acompañamiento dentro y fuera del aula: recreos, comedor, actividades extracurriculares, etc. Dentro del aula se generan estrategias que permitan que el acompañadx pueda estar, estar a su ritmo y en caso de que no pueda sostener su presencia, más allá del motivo específico, la at y los referentes de la institución deben asegurarse de disponer de espacios a los cuales poder acceder cuando sea necesario. Las intervenciones cotidianas a la hora de comer, vincularse con pares, compartir materiales, hacer trabajos en equipo, participar en clase, son esenciales para el aprendizaje de la vida en común del acompañadx. Son aprendizajes que no quedarán únicamente en el ámbito de lo educativo sino que se interviene de manera que la persona pueda incorporarlo y actuarlo en otros ámbitos y momentos de su vida.

A su vez, el at puede interactuar con lxs otrxs niñxs para evitar que se genere una estigmatización sobre el niñx al contar con un at. Trabajar con las maestras y niñxs el lugar del at es fundamental para la integración social.

¿Qué pasa cuando hay niñeces que nos muestran la necesidad de reconfigurar las prácticas educativas, las dinámicas escolares e institucionales? ¿Cómo reciben las instituciones educativas los acompañamientos? ¿Qué redes se logran establecer? ¿alojamos o adaptamos? Qué estrategias se ponen en juego para lograr construir un espacio enriquecedor. “ ... “qué pasa cuándo las niñeces no responden a un único formato escolar? ¿cómo se aloja a las diferentes singularidades? ¿qué espacios se permiten transitar dentro de las instituciones? ¿cómo está pensado el espacio escolar? (Narrativas colectivas del curso, 2023)

Comunitario/ territorio / calle

La at cumple un rol social, pudiéndose insertar e intervenir en espacios de convivencia y tránsito social como pueden ser la calle, al aire libre, o en espacios comunitarios. Como en todos los ámbitos de inserción, la escucha es orientada hacia la singularidad y la particularidad de cada situación, partiendo de la voz de lxs protagonistas. En este tipo de AT, al ir habitando diferentes espacios de la comunidad, también se va concientizando sobre la situación a la sociedad.

El AT en el cotidiano, va a aparecer como el intercambio, el encuentro de la mirada de la realidad en la que vive el acompañadx, como también la oportunidad de realizar tareas que favorezcan a su autonomía. De esta forma, el AT colabora en el ejercicio al derecho a la ciudad y al acceso a incidir en las dinámicas del territorio. Implica apoyar el entorno social y familiar en las mejores condiciones posibles, mejorando la situación y calidad de vida de estos. La at realiza un trabajo de monitoreo de que sus derechos no están siendo vulnerados, evitando situaciones de marginalidad y abandono. Para ello se acompaña y apoya tanto en la gestión como en el proceso de vinculación del acompañadx a servicios tanto de salud como educativos, culturales y laborales.



Recomendaciones

Es importante llevar documento del acompañadx (o tener sus datos anotados) y los propios de la at, así como autorización de la institución o del profesional a cargo.

En caso de que el acompañadx esté tomando medicación, llevarla consigo (en la dosis justa, no los frascos) para administrar durante las horas que se encuentre fuera del hogar/institución.

Tener los teléfonos de adultxs/institución a cargo.

Hospital

El AT se realiza a pacientes ambulatorios, en hospitales de día. La labor del AT es planificar el tratamiento tanto dentro de la institución como fuera de esta. En este tipo de casos, surge la posibilidad de la planificación de actividades que requieren cuidados especiales: preacordar el objetivo de la salida, planificar previamente con el equipo a cargo las estrategias, las evaluaciones y los objetivos.

Cuando la persona está internada, la labor del AT es intentar integrar a la misma al medio y vincularla con el exterior, con actividades por fuera del hospital. El equipo debe estar siempre informado de los detalles de la actividad con la persona, ya que hay múltiples y constantes intervenciones. Los lugares donde se realizan las actividades son más acotados, pero pueden usarse variantes dentro de la institución, como diferentes ambientes, jardines o cafeterías.

Hogar familiar

Al trabajar con un acompañadx y su núcleo familiar, la at se enfrenta por momentos a intervenciones con la familia. Asimismo, en lo que respecta al núcleo familiar son los que cuentan con mayor información sobre el proceso, brindan información útil. La at se inserta en una dinámica vincular preestablecida. La observación participante es la principal herramienta para comprender dichas dinámicas y establecer modos que permitan tanto, contener situaciones intensas que suceden en la interacción de los sujetos, como colaborar en generar nuevas modalidades vinculares.

En ciertos casos, uno de los objetivos principales al momento de trabajar dentro de un hogar familiar es el reforzamiento de las redes familiares del acompañadx, ya que muchas veces estos vínculos se encuentran en tensión. Esto puede implicar construir nuevos modos de confianza que favorezcan la autonomía del acompañadx. En otros casos, la posibilidad de habilitar singularizaciones o de reconectar con otras personas de referencia.

Hay otros escenarios de acompañamiento: Actividades sociales y culturales - Club deportivo - Compras - Trámites - Trabajo

Y situaciones a acompañar: Padecimientos mentales (y de lo psiquiátrico) y del desarrollo en general - Procesos de desinstitucionalización (privación de libertad, hospitalizaciones, amparo) - Problemas de conductas alimenticios - Consumo problemáticos - Cambio de etapa vitales - Violencia de género

Herramientas

La at es su propia herramienta de trabajo, por lo que trabajar consigo misma y con otrx sus impresiones y sensaciones, también es parte del análisis y del cuidado para consigo y para el proyecto entero.

Asimismo, como mencionamos, el AT se enmarca dentro de una perspectiva antimanicomial como horizonte, lo cual implica que no se reproduzca la lógica de encierro y castigo, propendiendo a lo dialógico y la construcción de acuerdos con los acompañadxs. Esto supone que la at adquiera diferentes herramientas (informe inicial, informe de seguimiento, informe final, cuaderno de bitácora, etc.) que ayuden al análisis de la estrategia de intervención integral de la persona desde una mirada habilitadora.

Estas herramientas son un sistema de apoyo, no solo para el at sino para todo el equipo, ya que brinda información de la cotidianeidad de la persona. Al ampararse en el registro no solo se hace responsable por su trabajo sino que también cuida su propia persona (desde lo legal hasta lo emocional). La escritura como el respaldo que da cuenta de su quehacer profesional, y a su vez puede ser solicitado por instituciones (escolar, sanitaria, judicial, familiar).

Covisión

Es de suma importancia el agruparse y pensar con otras, compartir experiencias y conocimientos, generar espacios de interrogación y de desahogo ya que por momentos el AT se puede vivenciar como algo muy pesado. El agotamiento puede

impedir el cumplimiento de la función de la mejor manera posible; el mismo se traduce en enojo, irritabilidad, angustia y cansancio. Pensar en equipo ayuda a auto-evaluar límites y potencialidades y fomenta la creatividad para las intervenciones. Dentro de estos espacios compartidos se encuentra el espacio de supervisión.

Supervisión

La supervisión es una instancia de intercambio sobre el proceso del acompañamiento, con una supervisora profesional con experiencia en AT. En dicha instancia la at parte de brindar información del acompañamiento y la interacción de la at con su acompañadx para reflexionar sobre la estrategia realizada y a realizar. Pueden ser tanto grupales como individuales. El fin de la misma es ayudar a la at con los diferentes “casos” o “situaciones” para potenciar sus estrategias, y de esta manera, el bienestar del acompañadx. La supervisora, desde su lugar y experiencia brinda una mirada diferente del AT, ya que esta es externa al equipo tratante, conformando un lugar de terceridad. Propone materiales bibliográficos, estrategias o intervenciones acordes a la situación planteada.



En el marco del curso realizado y en diálogo con el libro “Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras” (Frank et al, 2016) presentamos algunas de las analogías propuestas en el texto y a partir de estas incluimos algunas nuevas para introducir el rol de la acompañante terapéutica.

El Acompañamiento terapéutico como un puente, en tanto el AT oficia como conector entre y se configura como posibilidad de mediación entre el mundo exterior y el interior para el acompañadx. Se introduce como mediación en el establecimiento y el reforzamiento de lazos, procurando posibilitar la construcción de mayores grados de autonomía y libertad.

Por otro lado, trabajamos el AT como un potencial abrigo, un abrigo que necesita tejerse (entre ambos at-acompañadx), a la vez que colabora en el aprender a abrigarse, protegerse. La analogía ayuda a precisar que al acompañar se necesita sutileza, algo que abrigue pero que no pese. Al decir de una compañera se necesita “un abrigo y no un camperón”; un abrigo que no arrase con su presencia, sino que sea un lugar seguro del que se puede entrar y salir. También para problematizar que “no todo lo que cubre abriga”,

Entre puentes y abrigos

es decir no toda persona que acompaña es at, ni se interviene de cualquier modo y “no cualquiera puede abrigar”, no todo acompañar es terapéutico. Más allá de las respuestas inmediatas, hay una estrategia clínica prevista, que se sustenta en diversos elementos teóricos. Es decir, el AT es también un recurso clínico. Así como para abrigarse hay que saber la temperatura y previsión climática, para acompañar también hay que leer el contexto y adecuar la estrategia acorde a ello.

El AT como camino permite recordar que se hace “camino al andar” respetando la organización psíquica y los recursos del acompañadx. Esto supone respetar y conocer el ritmo del otrx y regular el paso aunque a veces haya que apurarlo o aminorarlo.

También el AT como una red que articula con otrxs (grupo familiar/ institución/ acompañadx) lo cual genera una dinámica que incluye a muchas personas las cuales son potenciales sostenes en los procesos a acompañar. De aquí la importancia de que las at tengan la habilidad de trabajar y vincularse con otrxs.

¿Qué analogía se te ocurre?



Un desenlace posible a modo de cierre

La profesionalización de la práctica del AT nos ubica en la necesidad de problematizar las nociones del cuidado, en tanto su condición de construcción social e histórica, su condición relacional y por tanto las relaciones de saber-poder que se diagraman, recupera la clave de la interseccionalidad para ver estas relaciones de poder en clave antipatriarcal, anticapitalista y anticolonial. Es relevante recuperar las posibilidades de pensar el AT como parte de otros procesos que pueden fortalecer los entramados sociales y las redes para la vida, junto con equipos de salud, las familias y las redes comunitarias.

Todos los trabajos y tareas que giran en torno a la reproducción de la vida son invisibilizados, y muchas veces el malestar que estos generan son tomados por los saberes psi y patologizados por las mismas disciplinas. Por esta razón, es preciso generar fugas y algo de caos frente a tantas certezas que homogeneizan procesos generando más malestar y sufrimiento del que pensamos. Poner en común nuestras experiencias evidencian también la necesidad del cuidado entre nosotras, como mujeres profesionales. .

La potencia de pensar juntas nos permitió que ante el “no supe qué hacer” colaborar en visibilizar lo que si se hizo y detectar que debemos cuidarnos para seguir alojando diferencias. Formarse es parte de respetar y valorar una profesión que permite, entre otras cosas, que las personas que acompañamos puedan acceder a una mirada diferente sobre sí mismos que la que muchas veces le devuelven en su vida cotidiana. Potenciar procesos, habilitar otros espacios y formas de estar obliga a las at a intervenir en distintos niveles para generar cambios que redunden en vidas más amigables con las diferencias.

Bibliografía



- Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Bahía Blanca (2010). Código de Ética Profesional de AT.
- Baroni, C. (2019). Una historia de locos. Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay (1997-2017). (Tesis doctoral, Universidad de la República).
- Basaglia, F. (1983). Mujer, locura y sociedad. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.
- Burin, M. (2002) [1987]. Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Buenos Aires: Librería de las mujeres.
- Chamberlin, J. (2023) [1978]. Por nuestra cuenta: alternativas al sistema de salud mental controladas por pacientes. Buenos Aires: Coloquio de Perros.
- Chesler, P. (2019). Mujeres y locura. Madrid: Continta Me Tienes.
- Coria, C. (1987). Grupos de reflexión, dependencia económica y salud mental de las mujeres. En Mabel Burin (ed.), Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental (233-262). Buenos Aires: Librería de mujeres.
- de Giorgi, A. (2020). Historia de un amor no correspondido. Feminismo e izquierda en los 80. Montevideo: Sujetos editores.

- De los Santos, C. (2014). Composición entre Paisajes y Cuerpos. En: De León, N. (Coord.) Art. 2. Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. (pp.127-139). Montevideo: Psicolibros. Waslala.
- Derrida, J. (2008). La Hospitalidad. Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- Dio Bleichmar, E. (1991). La depresión en la mujer. Buenos Aires: Fin de Siglo.
- Draper, S. (2018). México 1968: Experimentos de la libertad. Constelaciones de democracia. México: Siglo XXI.
- Dufourmantelle, A. (2022). Potencia de la dulzura. Nocturna Editora.
- De la Aldea, E. (2014). Subjetividad heroica. En Gallini, C. (Coord.) Los talleres de cuidar del que cuida. Centro de Referencia Lomas de Zamora / Grupo Red-Salud Mental Centro de Formación en Psicología Social. Cuaderno n°1. Editorial los talleres. Año 1 No 1. Buenos Aires.
- Federici, S. (2013). El feminismo y las políticas de lo común en una era de acumulación primitiva. En Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas, 243-206. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fernández, A. (1993). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. (1992). Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias. Buenos Aires: Paidós
- Fernández, A. (1986) ¿Historia de la histeria o histeria de la historia? Revista Argentina de Psicoanálisis, N° 37.

- Frank, M.L, Costa, M y Hernandez, M. (2016). Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras. Zaragoza: Editorial Brujas.
- García Dauder, S. (2019). La teoría crítica feminista como correctivo epistémico en psicología. Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas, 2019, 4, 1, 117-150.
- Giberti, E. & Fernández, A. (1989). La mujer y la violencia invisible. Buenos Aires: Sudamericana.
- González, F & Moreira, G. (2020). Formación en acompañamiento terapéutico. Antecedentes e inserción formal en ámbitos universitarios. Revistas de la Universidad de Córdoba. Año 2020, Vol. 5, N°1, 133-147. ISSN 1853-0354.
- Grabino, V. & Furtado, V. (2018). Alertas feministas: lenguajes y estéticas de un feminismo desde el sur. Observatorio Latinoamericano y Caribeño, n°2, 18-38.
- Hanisch, C. (1969). The Personal is Political. Notes from the Second Year: Women's Liberation in 1970.
- Kamiya, A. (2023). La paciencia del agua sobre cada piedra. Ciudad: Editorial Eterna Cadencia.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2005). Territorios del acompañamiento terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lagarde, M. (1997) Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Siglo XXI/Unam.
- Legislación de Córdoba. (2016). Acompañante Terapéutico. Ejercicio Profesional. Extraído de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=28100> .

Legislación de Neuquén. (2018). Ejercicio de la actividad de los acompañantes terapéuticos. Extraído de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=32329>

Legislación de Río Negro. (2011). Ejercicio de la Profesión de los Acompañantes Terapéuticos en el territorio rionegrino. Extraído de: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=18783>.

Menéndez, M. y Sosa, M. (2021). Politicidad feminista expansiva contra la fractalidad expropiatoria del pacto patriarcal. Claves para orientarnos en medio de la tormenta. En: Bajo el Volcán. Revista del Posgrado de Sociología. BUAP, año 3, núm. 5 digital, noviembre 2021-abril 2022.

Moffatt, A. (1988). Psicoterapia del Oprimido. Buenos Aires: Humanitas.

Nieto, M. (2017). Sobre el concepto de Cercanía óptima. En: Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, , N°. 84, ISSN-e 0327-7585.

Norgeu, A. M. (2022). El castillo de quienes buscan sentidos. La vida cotidiana en la clínica psiquiátrica de La Borde. Traducción del francés de Juan Zavala. Ciudad: Cielo Invertido Ediciones.

Nunes de Freitas, M. y Bastos, A. (2019). A escrita nas psicoses: suas funções e seus destinos em uma oficina literária. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental [online]. 2019, v. 22, n. 1, (pp. 72-94). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p72.5>

Percia, M. et al., (2017). Estar en común sin comunidad. Adrogué: Ediciones La Cebra.

Percia, M (2023). Sesiones en el naufragio. Una clínica de las debilidades. Ediciones La Cebra.

- Pulice, G. (2016). Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva.
- Real Academia Española. (s.f.). Cuaderno de bitácora. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 29 de noviembre de 2023, de <https://dle.rae.es/cuaderno#5XVHn0t>
- Rossi, G. (2013). Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Buenos Aires: Polemos.
- Sampayo, A. R. (2005). La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>
- Sarachild, K. (1978). Consciousness-raising: A Radical Weapon. En Redstockings of the Women's Liberation Movement: Feminist Revolution. New York, Random House. pp.144-150.
- Sosa Gonzalez, N. (2021). De la orfandad al linaje. Luchas feministas en el Uruguay post dictadura. Guadalajara: Universidad de Guadalajara- Ciesas-Catedra Jorge Alonso.
- Tubert, S (1988). La sexualidad femenina y su construcción imaginaria. Madrid: El arquero.
- Ulloa, F. (1996). Cultura de la mortificación y proceso de manicomialización, una reactualización de las neurosis actuales (aktualneurose). En F. Ulloa (1996). Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Paidós.



ANEXOS

Una de las herramientas fundamentales del at es el registro del caso. Esto puede hacerse en formatos más o menos formales para un mismo AT, dependiendo de la utilidad y hacia quién/es está dirigido: acompañadx, padres, instituciones, equipo tratante, la propia at, etc. El registro puede incluir bitácoras personales, cuaderno de campo, informes, planillas, etc. A continuación, presentamos algunos ejemplos de prototipos que pueden orientar la práctica del at.

INFORME INICIAL AT

Datos de identificación

Nombres y apellidos

C.I:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Estrategias del equipo terapéutico:

Datos de referente principal

Nombre:

Tipo de vínculo:

Fecha de nacimiento:

CI:

Descripción del vínculo:

Tránsito por Instituciones educativas, de salud, otras
Trayectoria educativa formal y no formal
Situación general de salud (antecedentes médicos
y tratamientos recibidos)

Redes familiares

Tipo de vínculo:

Calidad del vínculo:

Fundamentación del acompañamiento:

Redes de referentes no familiares/ Redes comunitarias/ Institucionales/amigas

Tipo de vínculos:

Calidad de los vínculos:

Observaciones:

Red profesionales

Con qué profesionales de la salud mental se atiende:

¿Ha habido abordaje previo en salud mental?

Psicoterapia SI/NO

¿con quién?

¿Ha tenido acompañamiento terapéutico previamente?

¿Hay informes profesionales?

Informe de seguimiento acompañamiento terapéutico

Nombre:
F.N.:
Edad cronológica.:
Inicio del AT:

Datos del contexto socio-familiar

Diagnóstico:

Encuadre de la intervención
-Tiempo de AT

Observaciones:
Fortalezas
Debilidades

Estrategias de abordaje:

Equipo tratante o referente del tratamiento:
Estrategias:

Impresión general y evolución de la usuaria:

Objetivo del acompañamiento terapéutico:
Estimulación de las funciones cognitivas
Inserción social
Inserción laboral

En suma

Técnicas del AT
Datos relevantes de la historia clínica:
¿Última consulta con el médico de cabecera?

Sugerencias

Medicación actual:

Firma

PLANILLA DE REGISTRO SEMANAL DE ENCUENTROS

DÍA y HORA:

N° ENCUENTRO: 1

USUARIO:

DIAGNÓSTICO:

AT:

EDAD:

OBJETIVOS DEL ENCUENTRO:

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES:

OBSERVACIONES:

TAREAS ENVIADAS:

