



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

Presentado para acceder al título de

**Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico**

**Título: “Desafíos en el Dispositivo del Acompañamiento  
Terapéutico en el ámbito domiciliario”**

**Autoras:**

**Espindola, Silvana Romina – N° DNI: 27.083.546**

**Madera, Valeria Fernanda – N° DNI: 29.795.927**

**Director/a:**

**Lic. Navarro, Sandra**

**Lugar:**

**Rosario**

**Fecha de presentación**

**29/07/2024**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Espindola", written in a cursive style.

**Espindola Silvana R.**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Madera", written in a cursive style.

**Madera Valeria F.**

**Firma autor/es**

## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA, AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS</b> .....	<b>2</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
Un inicio arcaico .....	6
Conceptualizando al at: Definición. Rol. Formación .....	7
Encuadre.....	8
Ámbitos de intervención del acompañante terapéutico .....	10
Vínculo y Clínica de lo Cotidiano.....	12
<b>DESARROLLO</b> .....	<b>14</b>
¿Cómo llega un AT al ámbito domiciliario? ¿Cuáles son los avales necesarios? .....	14
La familia en el proceso terapéutico .....	15
<b>EL DEVENIR DE LA EXPERIENCIA: CASOS CLÍNICOS</b> .....	<b>17</b>
Un acompañante para Juan.....	17
La llegada de lo inesperado .....	18
“Mamá” .....	20
Acompañamiento dual: de la teoría a lo real.....	23
El Acompañante Terapéutico: un extranjero en territorio .....	26
“Poner el cuerpo” es más que eso.....	29
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>35</b>

## **DEDICATORIA, AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS**

En este recorrido, nos gustaría agradecer a aquellas y aquellos acompañantes terapéuticos que día a día escriben la historia de esta preciada disciplina. Entre los que no podemos dejar de incluirnos. Porque van moldeando nuestra manera de articular la teoría y la práctica; en definitiva: nuestra identidad profesional.

A la Universidad del Gran Rosario (UGR), por brindar este espacio de formación que nos permite crecer académicamente. Y en especial a la Lic. Sandra Navarro, nuestra tutora, por el acompañamiento y la motivación otorgada.

A nuestras familias y amigos, por su apoyo e incentivo constante en los momentos más difíciles. Compartiendo la alegría y emoción ante los logros conseguidos.

También, nos agradecemos a nosotras mismas por el compañerismo mutuo y el compromiso sostenido durante el recorrido por el Ciclo de Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico.

Finalmente, y no menos importante, a nuestros acompañados. Seres humanos resilientes, que cotidianamente nos enriquecen como profesionales y personas; sumando más experiencia al rol.

## **RESUMEN**

La inserción del acompañante terapéutico (at), representa un recurso indispensable y valorable en las distintas modalidades. Asimismo, para los equipos interdisciplinarios, las familias y el sujeto acompañado; en pos de su resocialización y subjetivación. En ese sentido, los acompañamientos se han incrementado en los diversos ámbitos de acción; y en particular, el domiciliario. Aquí, el abordaje es individual e implica el contexto familiar; en el que se incluye a los diferentes referentes. Es allí, donde el acompañante terapéutico acude al encuentro con su acompañado mostrando una adaptación al tratamiento tradicional. Mientras que la familia organizará (o no) el espacio para recibir a un extraño, quien no ha sido invitado. En esta escena, el profesional atraviesa por las defensas planificadas por anteriores tratamientos.

La eficacia del proceso terapéutico, se encuentra atravesado por los aconteceres cotidianos y en base al saber hacer del at; que se construye y resignifica con la experiencia.

**TEMA: “Las intervenciones de los acompañantes terapéuticos en el ámbito domiciliario”**

## INTRODUCCIÓN

Resulta pertinente resaltar que en el desarrollo de las intervenciones de los acompañantes terapéuticos en el ámbito domiciliario presentan desafíos que influyen y/u obstaculizan el abordaje.

Para dar evidencia de ello, el Trabajo Final inicia por la historicidad del acompañante terapéutico, con un breve recorrido por sus inicios, conceptos nodales que hacen a la especificidad del rol, diferentes modalidades y ámbitos de inserción; marco legal y lo relevante de la familia en el proceso terapéutico. Finalmente, la presentación de casos clínicos a partir de la experiencia propia de las autoras de este trabajo.

Al no existir material bibliográfico acerca de esta temática, resulta indispensable contar con material disponible tanto para futuros profesionales como para aquellos que desean continuar con su proceso de formación. Por lo que se suma a ello, como propósitos disparadores: visibilizar los emergentes de la relación entre el entorno familiar y el acompañante terapéutico; exponer la incidencia positiva y negativa del apoyo de las familias hacia el acompañamiento terapéutico; analizar la importancia del encuadre como facilitador de un mejor desarrollo del dispositivo de acompañamiento terapéutico domiciliario. Así mismo, señalar intervenciones posibles a partir de los factores expuestos en el trabajo de investigación e indicar futuras proyecciones para posibles abordajes terapéuticos en el ámbito domiciliario.

Frente a la problemática expuesta, es frecuente que los profesionales intercambien experiencias de este dispositivo en diferentes ámbitos, con el objetivo de adquirir nuevos métodos de abordaje o simplemente tramitar la angustia y tensiones que se generan y circulan en los espacios de acompañamiento. De estos intercambios en torno a la praxis diaria, se obtiene como resultante factores que atraviesan la subjetividad del profesional afectando la continuidad del mismo.

El presente trabajo de investigación, pondrá en evidencia los desafíos que se presentan en los acompañamientos dentro del contexto domiciliario, haciendo hincapié en los vínculos del acompañado con los encargados de su cuidado, como así también del acompañante-acompañado, acompañante-familia. Atendiendo a los factores socio-económicos, edilicios, configuraciones familiares, el trabajo interdisciplinario y el trabajo en equipo.

Por consiguiente, es conveniente señalar cuál ha sido la guía metodológica que conduce al análisis y consideraciones finales en el proyecto exhibido.

El sujeto humano, en tanto Ser, complejo y singular; está cargado de historia. Por ende, es factible tomarlo como punto de referencia, directo o indirecto; imprescindible para una comprensión más profunda de las problemáticas que se pretendan indagar.

En ese sentido, con la intención de recuperar para el análisis parte de esa complejidad que lo caracteriza y sus modos de ser y hacer en el entorno en el que se desenvuelve. Es que el proceso de investigación se ha realizado desde un enfoque cualitativo (Sabino, 1992). Valorando lo íntimo, lo subjetivo.

Por lo anterior, se ha realizado una exploración bibliográfica, sumado a experiencias personales desde el campo del Acompañamiento Terapéutico. Siempre relativas al ámbito domiciliario. Donde se han podido evidenciar factores de índole vincular, económicos, sociales, culturales, entre otros. Los cuales han sido trascendentales en el quehacer profesional cotidiano. Y, además, de qué manera repercuten en la subjetividad del profesional y en el encuadre preestablecido.

Se pretende, mediante la metodología implementada, presentar las particularidades concernientes a la práctica, articulando con el marco teórico de respaldo. Haciendo una lectura discriminatoria, posibilitando el acceso a aspectos esenciales y revisando someramente los restantes. Esto significa que, se ha ejecutado una sistematización adecuada para la recolección de la información sin dejar de otorgar cierta flexibilidad que permita alcanzar los resultados esperados.

## MARCO TEÓRICO

### Un inicio arcaico

A lo largo de la historia, la especie humana fue evolucionando en pos de su supervivencia; mediante la búsqueda de alimentos, convivir con otros en comunidad y de ese modo propiciar la reproducción. De esa manera, fueron aconteciendo una serie de actos sociales que han hecho cada vez más evidente la necesidad de un Otro, sobretodo en situaciones de vulnerabilidad. En cuanto a ello, Chiattonne (2023), expresa que, en tiempos remotos, ante la emergencia de algún impedimento físico, la persona afectada simplemente era “abandonado a su suerte”. No obstante, con el paso del tiempo, la enfermedad se convirtió en un hecho social, ya que los lazos y vínculos se fueron fortaleciendo. Y, cada vez más se hizo visible el requerimiento de una compañía en el transitar de aquello que vulnera al sujeto, que altera su cotidianeidad. En efecto, puede decirse que aparece el Acompañamiento Terapéutico como la respuesta natural ante las vicisitudes de la vida.

Ahora bien, el Acompañamiento Terapéutico en Argentina tiene sus inicios a mediados de la década del '60, en el campo de la salud mental. En un momento de auge de un nuevo paradigma, con teorías como la psicoanalítica, la sistémica (en relación a la mirada sobre la familia), el desarrollo del psicodrama, la psicoterapia de grupo. Además de herramientas terapéuticas que permitan abordar patologías consideradas como intratables o condenadas al confinamiento asilar (adicciones, las demencias, la psicosis, entre otras). Se trataba de una época en la que aparecían alternativas, tales como: el hospital de día o las comunidades terapéuticas, que proponían abordajes opuestos a los clásicos, propios de la Psiquiatría.

Ante ese contexto, se fue gestando un terreno fértil para que este recurso, denominado **Acompañamiento Terapéutico**, naciera. Haciendo foco en el cuestionamiento a la marginación y la estigmatización del paciente en la sociedad. En ese sentido, puede considerarse al Acompañamiento Terapéutico (AT) como “una herramienta para la ciudadanía, ya que su objetivo es sacar al paciente del encierro interno y externo en el que está confinado. Es decir, tratarlo como un agente ético y como a un ciudadano” (Frank et al., 2016, p. 18).

## Conceptualizando al at: Definición. Rol. Formación

En nuestro país, uno de los primeros en mencionar al acompañante terapéutico fue el médico psiquiatra Eduardo Kalina (especialista en adicciones) denominándolo: “amigo calificado”. Los acompañantes terapéuticos provenían, en una primera instancia, de las carreras de psicología o psiquiatría; por lo que primitivamente el AT fue pensado como una función. Y ofreciendo al mismo tiempo, nuevas alternativas para pacientes cuyos tratamientos convencionales habían fracasado. Los conocimientos se transmitían de manera informal, mediante cursos, capacitaciones y grupos de estudio. Por ende, era una tarea que implicaba (e implica aún) mucha creatividad y trabajo hombro a hombro junto al paciente.

Con el correr de los años y el crecimiento de esta nueva herramienta, el “amigo calificado” al formar parte de un equipo interdisciplinario tendrá una nueva denominación y reconocimiento de profesionales del área de la salud: el **acompañante terapéutico (at)**. Detectando y brindando información valorable que ampliará los conocimientos sobre el paciente.

Bustos Graciela (2019) en “Acompañamiento Terapéutico rol o función” a través de Lerner Beatriz, hace alusión a la formación del at. En la que además de recibir una “...instrucción especial acerca de la psicopatología de los pacientes psiquiátricos y de la técnica de interacción con los mismos” (Lerner Beatriz, 1984, citada por Bustos Graciela, 2019, párr. 4); deberá poseer vocación de maternaje. Caracterizándose así, por la sensibilidad y posibilidad de brindar cuidados y empatía a sujetos cuya psiquis se encuentra debilitada.

Una de sus tantas funciones será la de socialización, como garante del lazo social en línea con el paradigma actual que involucra el compromiso de la comunidad y políticas de un Estado presente. Para ello, el recurso de acompañamiento terapéutico sostiene la idea del “psiquismo abierto”, contemplando al proceso de subjetividad como un proceso de formación constante que se alimenta de encuentros inaugurales que harán marca.

Para contener emocionalmente al paciente, el profesional deberá poseer un “Yo fuerte”; ya que se presenta en la escena “consigo mismo”. El at enfrentará estallidos, tolerará ansiedades y frustraciones.

Es distintivo de esta práctica su inserción en la cotidianidad del paciente. En otras palabras, en su propia realidad. Esta modalidad facilita el vínculo acompañante-acompañado generando abordajes posibles; como así mismo, modificaciones en la subjetividad de ambos.

## **Encuadre**

En definitiva, la inserción del at en la cotidianidad del usuario, tiene su razón de ser en respuesta a la demanda de éste último y su familia (llegado el caso); pero también dependiendo del lugar que le otorga el profesional a cargo del tratamiento. Por eso, se afirma que el at tiene un “para qué” basado en estrategias que el equipo terapéutico considere.

Para el desarrollo de las estrategias de intervención, es preciso hacer referencia a una herramienta fundamental; que funciona como un GPS, indicando los límites, apuntalando el tratamiento, a la vez que favorece el autocuidado: el **Encuadre**. El cual no es sistemático; por el contrario, es abierto y flexible, dado que se establece a partir de la singularidad de la persona y su entorno. Averung (2004) señala:

Armamos el encuadre en función de las necesidades, ante todo subjetivas, del paciente y del objetivo o los objetivos que nos propongamos; el escenario (“setting”) ha de ser adecuado a la obra que se representa. Los límites del encuadre, además de los que ponga el paciente, han de ser aquellos bajo los cuales yo me puedo hacer responsable del tratamiento y de los objetivos a cumplir. (Averung, 2004, citado por Frank, 2017, p. 56).

Esto significa que, cuando trabajamos como at nos situamos en los espacios de circulación habitual del paciente, ya sea su casa, la calle y en diferentes situaciones. El encuadre se convierte así, en un elemento esencial que no sólo nos protege de las irrupciones transferenciales y contratransferenciales. Sino que también, propone condiciones en relación al respeto por el otro, la subjetividad y el proceso terapéutico en sí mismo.

En términos de Frank (2017), “el encuadre no es solo protector, también es promotor de la tarea; crea el escenario adecuado para que el acompañamiento suceda, para que sea posible un proceso” (p.57).

Cabe señalar que el encuadre delimita el marco permitiendo apreciar la forma en que se da un proceso. En efecto, el encuadre una vez delimitado, marcará el contexto en el que se

desarrollará el vínculo. Cuando el encuadre se pone en funcionamiento, se visibilizan momentos de la trama vincular at – acompañado. Llevándose a cabo rupturas, expresadas como resistencias; o bien, en términos clínicos, como síntoma a ser develado. Y como se trata de un escenario del cual participarán el at, el acompañado, la familia, el terapeuta y otros significativos para el paciente (compañeros de la escuela, novios, vecinos, etc.); debe contemplar las distintas escenas y diferentes momentos del mismo. Por esa razón, se debe pensar en un encuadre lo suficientemente laxo que nos permita movernos, que admita cierta espontaneidad, pero que a la vez delimite la tarea. Promoviendo una distancia óptima: “ni tan lejos que sea falta de comprensión del conflicto familiar que busca asistencia, ni tan cerca que implique manipulación y confusión de roles” (Cantis – Carlino, 1999, citado por Frank, 2017, p.61).

Seguidamente, es pertinente mencionar que, en el campo del Acompañamiento Terapéutico (AT), existen determinadas normas explícitas, que se enuncian a continuación:

- En relación al rol: puesto que el at es una figura novedosa en el equipo de salud. Es importante aclarar a todos los integrantes del equipo: el acompañado, la familia, y según el caso, otras personas intervinientes (docentes, médicos, por nombrar algunos); cuál es su especificidad y qué papel desempeña dentro del tratamiento. De igual forma, suele ser fundamental explicitar el motivo de nuestra inserción, qué vamos a hacer, cuáles son los campos permitidos y los restringidos del rol del at. Hablar de la asimetría del vínculo, la confidencialidad y el secreto profesional son aspectos centrales a atender.
- El espacio: a diferencia de un consultorio, el lugar en el cual se desplegará el acompañamiento se construirá de acuerdo a cada caso en particular; por lo general, según los objetivos terapéuticos planteados.
- Los horarios: pautar la frecuencia y la duración de los encuentros (día y hora de los mismos), es primordial. Y en caso de que sea necesario realizar algún cambio, es pertinente anticipar tal situación al usuario mismo y a su familia. Aparte de planificar actividades que respeten los tiempos del encuentro. Sobretudo si se tiene en cuenta la susceptibilidad de la persona que se acompaña.
- Honorarios: resulta conveniente poner en claro antes de comenzar con el acompañamiento; el valor de la hora, quién se encargará de abonar y en qué fecha.

Asimismo, debe quedar establecido cómo se manejará el tema en relación a ausencias del acompañado, vacaciones, imprevistos, entre otros.

### **Ámbitos de intervención del acompañante terapéutico**

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el AT tiene sus inicios en el marco de los tratamientos de las adicciones y la psicosis. Empero, con el devenir del tiempo, el campo de abordaje del mismo se fue ampliando a diversas patologías y contextos, sin perder la particularidad del rol. A medida que los campos de inserción se van extendiendo y los acompañantes son requeridos en relación a problemáticas en las que se habían desempeñado precedentemente, es preciso repensar y establecer determinadas especificidades teóricas y técnicas para cada una de éstas áreas.

De acuerdo a los contextos en los que interviene, partiendo de la singularidad del sujeto y la necesidad de cada momento, el acompañamiento puede intervenir en diferentes ámbitos, de los cuales se pueden señalar:

**Institucional:** El at se inserta en una institución con el fin de acompañar a un sujeto a partir de estrategias, acordes a cada caso, que el equipo plantea respondiendo a las demandas particulares. Al respecto, pueden mencionarse las siguientes instituciones: escuelas, hospitales, psiquiátricos, geriátricos, hospitales de día, etc.

Dentro de las instituciones además de abordajes **individuales**. También se implementan estrategias **grupales** de acompañamiento, por ejemplo: en talleres de reinserción social, laboral, comunidades terapéuticas, hospitales de día, etc. El rol del at no pierde su esencia. En palabras de Frank (2011):

“Así el acompañante en un grupo más allá de estar atento a la actividad o al proceso del grupo tiene una mirada en los sujetos que conforman este grupo y promueve un espacio en el cual el sujeto pueda desplegar su subjetividad dentro de un grupo”. (Frank, 2011, citado por Dragotto, P.; Frank, M., 2017, p. 32).

En este ámbito, es relevante destacar el ejercicio de la profesión dentro de la escuela. Dado que hace tiempo los ats se han insertado en el **contexto escolar**; tanto para el trabajo con discapacidad como frente a situaciones de vulnerabilidad y necesidad de inclusión escolar. Aquí, se definen las pautas escolares y sociales esperables dentro de este espacio, reconociendo su importancia en la socialización de todo niño y adolescente. Permitiendo,

así, el ingreso a la cultura, a la norma, posibilitando no solo aprendizaje pedagógico sino también concibiéndolo como espacio de encuentro entre pares y lo que ello implica. El at ejerce su rol reconociendo la subjetividad del niño y posibilitando abordar el plano emocional, conductual y social. Para que luego, se habilite el proceso de aprendizaje, sin que este último forme parte de nuestra intervención.

**Ambulatorio:** el acompañamiento se desarrolla fuera de la institución; con lo cual es pertinente establecer con claridad el encuadre de trabajo. El at coordinará la frecuencia, lugar y horas de acompañamiento según la estrategia planeada por el equipo; de acuerdo a la necesidad del acompañado.

En este caso, pueden intervenir uno o varios acompañantes, en consonancia a la posibilidad vincular y a la cantidad de horas a cubrir.

**Domiciliario:** el at se introduce en el domicilio particular del usuario, donde probablemente intervenga más de un profesional. De ser así, es importante contar con la presencia de un coordinador del dispositivo de AT; si es que se trata de situaciones de alto riesgo: de auto o heteroagresión, algunas desintoxicaciones u otras crisis.

En todo caso, la indicación de un at debe ser anticipada y trabajada con el sujeto y su familia; para contar con la aceptación de la misma y del paciente (si estuviera en condiciones de hacerlo).

**Judicial:** la inclusión del at en este ámbito es relativamente nueva. Se trata de un recurso que se aplica en situaciones, por ejemplo, de revinculación familiar; para que el régimen de visitas sea controlado. El objetivo del mismo, es fomentar encuentros en espacios que resulten cotidianos. Y así, poder otorgar herramientas para sostener y contener a las personas que están vivenciando estados de vulnerabilidad y donde las subjetividades atraviesan momentos de estancamiento por los efectos que les genera tal acontecimiento. Aquí, el dispositivo se puede desplegar en el domicilio de los niños/as, en espacios públicos, en el hogar de otro familiar, entre otros. Quien dispone de las condiciones para los encuentros es el Juez de Familia.

También, se puede acompañar en procesos judiciales en discapacidad, violencia de género, por distinguir algunos de los más relevantes.

## Vínculo y Clínica de lo Cotidiano

Actualmente el recurso pensado como una función de estudiantes avanzados del área de psicología, es una “práctica vincular particular” en constante construcción cuya trama relacional produce subjetividad. El at requiere de una presencia comprometida y en los diferentes encuentros posibilitará o no, el fortalecimiento del vínculo. Dichos encuentros son de carácter inaugural, prescindiendo de aplicar procedimientos sistematizados.

En los primeros encuentros, el abordaje se caracteriza por un trabajo intersubjetivo. Es decir, el acompañante circula por el mundo interno del paciente. Quien se presenta frágil y temeroso, despojado de referentes afectivos y sociales; con sus propias normas de vinculación.

De esta manera, la figura del at introduce una nueva legalidad ampliando las fronteras de lo institucional. Este dispositivo implica el mundo interno del paciente y su relación con el exterior, la familia, escuela, trabajo, vecinos, mascotas.

Esta práctica requiere de un posicionamiento ético donde reconoce al paciente como semejante, como sujeto de derecho y respetuoso de lo diferente. Siendo este último, elemento valioso para la labor. De ahí que el vínculo se inscribirá en el orden de lo fraterno, diferenciándose así con el terapeuta. Dozza Leonel (2014) dirá al respecto:

Podría pensarse la labor del Acompañante en términos de tarea clínico-asistencial. Ello significa que la tarea no es exclusivamente clínica (psicoterapia psicoanalítica, trabajo con la transferencia) ni tampoco exclusivamente asistencial, sino la resultante del atravesamiento entre ambas. (Dozza Leonel, 2014, p. 81).

Consecuentemente, el rol del at introduce una paradoja, en la que el profesional debe tomar decisiones para que el “manejo asistencial” atravesado por las necesidades materiales, sean intervenidas por el “manejo clínico vincular”. La **Clínica de lo Cotidiano**, incorpora recursos utilizados en la vida diaria como la conversación, capacidad efectiva, involucrando a la comunidad e incluso espacios por los que circula. Es por ello, que algunas intervenciones rondaran por lo asistencial o clínico dependiendo de la situación en particular que se presenta en un determinado momento y lugar.

Su especificidad responde a lo peculiar del encuadre abierto, que supone la invitación selectiva de terceros a la escena terapéutica. Para que dichas participaciones no se

conviertan en intervenciones agresivas, deberán cumplir una serie de condiciones: se darán dentro del ámbito cotidiano del paciente y cuyas personas o situaciones tensionen el vínculo fraterno o sean del tono alienante. En “Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano” (2014), el autor explica que:

Por lo general, no se trata tanto de organizar un encuadre formal para intervenir de forma sistemática ante tales situaciones, ni de convocar reuniones con las vecinas de la derecha y de la izquierda (si bien, según el caso, esto se puede hacer). (Dozza Leonel, 2014, p.82).

Entonces no se trata solamente de ser selectivos sino de ser creativos y flexibles ante las intervenciones posibles con sujetos que no pertenecen al encuadre.

## **DESARROLLO**

### **¿Cómo llega un AT al ámbito domiciliario? ¿Cuáles son los avales necesarios?**

Dadas las necesidades cotidianas de la persona a acompañar es que el at ingresa al hogar para prestar apoyo, no sólo en sus limitaciones sino también en sus potencialidades. Las familias inician la búsqueda del profesional por solicitud de un referente del equipo terapéutico que trabaja regularmente con el sujeto siguiendo objetivos preestablecidos. Dicho referente puede ser, según la particularidad del paciente, un neurólogo, psicólogo, psiquiatra; que recomienda para su tratamiento la atención de un at que trabaje en conjunto con el resto de los profesionales de la salud, en el día a día.

Se trata de un abordaje territorial, donde se propicia la accesibilidad y la autonomía, para que el usuario pueda tomar sus propias decisiones de manera independiente. Como consecuencia, muchas veces se modifica la dinámica intrafamiliar, surgen nuevas responsabilidades y organizaciones que se traducen en hábitos.

Todo ello, tiene un sustento legal relevante de mencionar. En primer lugar, la Ley de Salud Mental n°26.657 sancionada en el año 2011; la cual se enmarca en los derechos humanos internacionales: “La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional” (Ley de Salud Mental n°26.657, 2011). En ese sentido, en el artículo 3, sanciona:

“Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley de Salud Mental n°26.657, 2011).

Esto último, justificaría la intervención del dispositivo en la cotidianeidad.

Respecto de la atención en salud mental, la ley antes mencionada, postula que la misma esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados; acreditados por la autoridad competente. A su vez, basados en los principios de la atención primaria de la salud; con orientación en el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. En el que es menester el consentimiento informado en referencia a la intervención.

Otro respaldo legal para el abordaje terapéutico, está fundamentado por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Cuyo propósito “es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006, art. 1). Aquí, se incluyen a quienes tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, por lo que su participación plena y efectiva en la sociedad (y en igualdad de condiciones) se ve impedida cuando se interactúa con las diversas barreras que se presentan.

Más allá del fin último, que se centra en el desarrollo de la autonomía, cabe resaltar que las personas en situación de vulnerabilidad debido a su condición actual, al vivir en comunidad tienen el derecho de ser aceptadas por la misma. Derivando así en la Inclusión Social. Por consiguiente, el at intercede como dispositivo de garantía y facilitador de ella; a la vez que agente sensibilizador fomentando desde la Psicoeducación.

### **La familia en el proceso terapéutico**

Ante el arribo del at al domicilio, surge la pregunta, ¿qué lugar ocupa la familia durante el proceso de tratamiento? A través de la propia experiencia se puede dilucidar que tiene un papel preponderante, puesto que se produce una alteración en la dinámica cotidiana de ese núcleo. Es así como se pone de manifiesto un señalamiento hacia uno de los integrantes, nuestro acompañado, quien pasa a ser identificado ya no con su nombre sino con su diagnóstico. Y hasta su aceptación, se presenta la incertidumbre en primera instancia, con un interrogante habitual acerca de qué sucederá después cuando ya no estén sus tutores para protegerlos, para velar por su integridad, brindarles el apoyo necesario para su desenvolvimiento. En fin, acompañarlos a convivir dentro de una sociedad que, a primera vista, no se encuentra del todo preparada en situaciones como esta.

Ante el quiebre generado a nivel intrafamiliar, aparece al at como un otro que abre nuevas posibilidades de significación. Al respecto, se menciona en Acompañamiento Terapéutico de lo clínico a lo comunitario (2023):

Así, el campo de intervención en el acompañamiento terapéutico presenta una diferencia que podríamos conceptualizar como pensamiento e intervención en la escena cotidiana, dirigido a ese lugar donde se aventuran los efectos de presencia y la dramática de los

afectos. La posibilidad de despliegue en escenas desplaza el discurso al centro de atención. (Brian Banzczyk, 2023, p. 35).

En relación a ello, se prioriza la escucha colocando el foco en los intercambios corporales, los tonos de voz, los aspectos gestuales y las miradas. Es de suma importancia tener en consideración de que al insertarse el dispositivo en la familia se trabaja con todo ese contexto y no solamente con el sujeto designado como paciente. Y más aún, teniendo en cuenta que el desempeño se realiza en lo cotidiano.

En suma, el at interpela con su presencia la dinámica familiar, a su vez que influye en la subjetividad del usuario. Definitivamente, la familia se constituye como una pieza fundamental en el proceso terapéutico, dado que se despliega el entramado vincular propio de los encuentros y de las relaciones interpersonales que se construyen allí. Como plantea Frank (2015):

...en el acompañamiento terapéutico no solo se aborda el paciente en su singularidad, aislado de vínculos, sino a todo lo que participa de la escena, es decir, todos aquellos personajes y actividades que constituyen y forman parte de la vida diaria del sujeto. (Frank, 2015, citado por Banzczyk, 2023, p.36).

Se destaca entonces, que los ats, al ser partícipes de los acontecimientos cotidianos que movilizan y generan malestar en el campo vincular, puedan intervenir sin emitir juicios, sino más bien habilitando la elaboración de resignificaciones de ese entramado vincular. Destacándose así, el trabajo en conjunto con la familia para lograr una mayor eficacia de las estrategias y herramientas propuestas. Es por eso, que es relevante para la práctica profesional tener en claro y aceptar nuestros propios vínculos personales, ser conscientes de las transferencias y contratransferencias que puedan gestarse para llegar a comprender el funcionamiento del sujeto y su entorno. Para ello, es preciso adaptarse a esa organización, además de ser flexibles ante las resistencias para poder tolerar las frustraciones y no tomarlas como un fracaso terapéutico. Sino más bien, como la posibilidad de un resurgir frente a las transformaciones que inevitablemente se producirán en nosotros mismos y en el resto de las personas que comparten ese contexto.

## EL DEVENIR DE LA EXPERIENCIA: CASOS CLÍNICOS

*De vez en cuando es bueno*

*Ser consciente*

*De que hoy*

*De que ahora*

*Estamos fabricando*

*Las nostalgias*

*Que descongelarán*

*algún futuro.*

**Mario Benedetti**

### **Un acompañante para Juan**

Los padres de Juan, luego de atravesar juntos la pandemia de Covid-19 tomaron la decisión de separarse. Juan vive junto a su hermana de 15 años en la casa de su madre, quien trabaja en un laboratorio. Su padre, supervisor de laboratorios de la zona, alquiló un pequeño departamento cerca del hogar para asistirlos en la crianza y en las necesidades específicas que requiere la condición del pequeño Juan. Ambos padres, acordaron la elaboración de una grilla mensual en la que integra días y horarios de las terapias del niño. A quién le corresponde acompañar; como así también las diferentes actividades de la adolescente, asignando fines de semana libres para los adultos.

Su madre solicita, por medio de una publicación en la red social Facebook, acompañante terapéutico para su hijo de 5 años; quien se encuentra cursando nivel inicial en una escuela privada. Cuyo CUD dictamina: Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) con Trastorno del Habla, Hiperactividad, sin control de esfínteres. Haciendo hincapié residir cerca del domicilio y asistir a partir de las 16:30hs, ya que el niño regresa de su jornada escolar en ese horario.

Luego de la entrevista inicial, el at expone la necesidad de comunicarse con el equipo interdisciplinario para acordar objetivos y abordajes posibles. Se establece un encuadre de 9 horas semanales, de 16:30hs a 19:30hs; firmando un acuerdo entre las partes (acompañante-familia). Donde se habilita al profesional el cambio de pañales dentro del horario de la prestación; contemplando las dificultades del niño.

Juan gusta de largas caminatas. Antes de salir, el at solicita la presencia de uno de los adultos para juntos reconocer el terreno y obtener información in situ acerca del desenvolvimiento del niño en espacios abiertos. A medida que transcurren los encuentros, el niño no solamente acepta e interpreta las indicaciones del at en la calle, sino que también lo espera ansioso y dispuesto a la actividad física. A su regreso, se presenta intolerante y frustrado al ver que su alimento aún no está preparado, provocando estallidos emocionales (“meltdown”) implicando autoagresiones. Frente a estas escenas la madre manifiesta: “no lo soporto cuando se pone así, me pone muy mal”, refiriéndose a Juan como “nenito”.

El padre, por su parte (en conversación con el at) afirma estar cansado de las terapias y que aprende más cosas gracias a su insistencia. Comenta, además, que es fiel devoto de la Virgen Nuestra Señora de Lourdes y cree que su hijo “en algún momento despertará y será un niño normal”.

En cuanto al equipo interdisciplinario, solo se ha contactado una vez con el at. El profesional refiere que, en reiteradas ocasiones al regreso de las caminatas, se encuentra sola en el hogar. Debiendo extender el horario de salida para evitar dejar al niño solo o al cuidado de su hermana de 15 años. Declara, además, haber presenciado discusiones entre los adultos conteniendo al niño al verse afectado por la situación.

### **La llegada de lo inesperado**

*Es una herida al narcisismo parental, dificultad de sostener su yo en la imagen que el niño devuelve: imagen degradada, objeto de diferentes intentos de ocultación.*

Fainblum Alicia

Bien sabemos, que, al iniciar un dispositivo domiciliario, el at ingresa a un escenario desconocido hasta el momento. Presentándose, solo con algunos datos sobre el caso y “consigo mismo” como instrumento de trabajo. El acompañante terapéutico acude a un encuentro en sus tres dimensiones, es decir, en lo **semejante** como aquello que comparte,

en lo **diferente** como aquello con lo cual no nos identificamos y con lo **ajeno** como el límite de lo irreconocible tanto de uno como del otro.

Ya en el domicilio, distingue similitudes con la vida diaria. Concretamente, una familia que acostumbra comer pizza los sábados por la noche, pero que no suelen compartir la mesa, sino que lo hacen por turnos. Ya que uno de sus miembros con diagnóstico TGD no permite la permanencia de los adultos a su alrededor. El at posicionado desde la ética profesional, será respetuoso de lo diferente para tomar lo ajeno como motor del trabajo terapéutico; importante para el proceso de vinculación. En los primeros encuentros, los integrantes montarán una escena que al pasar los días no podrán sostener, por lo que es función del acompañante terapéutico observar lo que acontece allí, traducir la demanda diferenciando lo que corresponde o no a la especificidad del rol.

Frente a esto, el Código de Ética de AATRA (2012) en su declaración de principios, establece el compromiso por parte del profesional en cuanto a las competencias:

Los acompañantes terapéuticos se comprometen a asumir niveles elevados de idoneidad en su trabajo. Asimismo, reconocen las fronteras de sus competencias particulares y las limitaciones de su pericia. Proveerán solamente aquellos servicios y técnicas para las que están habilitados por su formación académica, capacitación o experiencia. (Bustos & Frank, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, el acompañante es convocado como estrategia de tratamiento en diferentes problemáticas que se presentan en distintas etapas de la vida. Una de ellas (y en aumento) es en la niñez, con condiciones que están dentro del espectro autista.

En la actualidad, los equipos interdisciplinarios suelen solicitar este dispositivo para descomprimir la sobrecarga de los adultos. Y al estar insertos en la vida cotidiana, se observa que las tareas de cuidado están a cargo exclusivamente de las mujeres; muchas de ellas sin contar con la presencia y ayuda económica de los padres. Incluso los niños y niñas poseen una jornada que inicia en la escuela especial o centro educativo terapéutico, luego asisten a terapias con: fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicomotricista, psicopedagogos, psicólogos, natación, y entre ellos el acompañante terapéutico. De ahí que, el at cubre las últimas horas del día, encontrándose con un niño agotado y cuidadores que utilizan esas horas para realizar trámites, compras o pasar tiempo libre.

Aunque el dispositivo se solicita para el niño/niña, requiere de la presencia y el apoyo de los cuidadores para idear juntos intervenciones posibles; para poner en práctica en contextos donde no cuenta con la presencia del profesional. Lo cierto es que a medida que transcurren los encuentros, registra la ausencia de alguno de sus cuidadores quedando a cargo del niño o la niña y, en muchas ocasiones, con sus hermanos. Por lo que al poco tiempo se desvanece la especificidad del rol, convirtiéndose en “cuidador”. Los objetivos propuestos por el equipo interdisciplinario se desdibujan o en todo caso son postergados, interpelados por realidades que se contraponen al rol específico. Ante la ausencia del padre o la madre, el at comienza a cubrir espacios que no fueron planificados para el encuadre. Por ejemplo: preparar alimentos, tareas de higiene, pedagógicas o de limpieza, cubriendo tiempo extra por las llegadas tarde de los adultos a cargo.

En la misma línea, el Código de Ética de AATRA (2012), en el apartado “Deberes Fundamentales del Acompañante Terapéutico” menciona el trabajo del at con los menores de edad, sancionando en el artículo 5 lo siguiente:

En caso de tratar a menores de edad, el acompañante terapéutico deberá obtener el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales. Sólo actuará sin él cuando razones de urgencia así lo exijan, caso en el que se recomienda recabar la opinión a actuar conjuntamente con un profesional. (Bustos & Frank, 2012).

En conclusión, el at inicia el dispositivo de acompañamiento terapéutico en un escenario que le es ajeno, desprovisto (en muchas ocasiones) de información y formación acerca del caso. Presenciando, ineludiblemente, tensiones y dinámicas familiares que se manifiestan como síntoma; que en cuyo caso contribuyen en la formulación de nuevos objetivos y modalidades de intervención. Entendiendo que el at integra un equipo interdisciplinario; contando con el encuadre, supervisión y análisis personal como recursos, instrumentos que integran el trípode de la formación clínica. Es deber, estar al tanto de éstos, anclándose en los lineamientos sancionados en el Código de Ética elaborados por la Asociación de Acompañamiento Terapéutico de la República Argentina a cargo de las licenciadas María Laura Frank y Nilda Gabriela Bustos en 2012.

### **“Mamá”**

*Un niño puede llegar y no encontrar un lugar simbolizado; pueden estar contempladas todas sus necesidades de alimentación e higiene, pero esto no*

*basta. La satisfacción de las necesidades no alcanza para que un niño se haga infante porque la mayor necesidad de un niño, va a decir Lacan, es encontrarse con “un deseo no anónimo”; un deseo que lo aloje como uno que cuente para el Otro.*

Baraldi Clemencia

Equipo interdisciplinario solicita acompañante terapéutico domiciliario para adolescente de 16 años con diagnóstico presuntivo Esquizofrenia; donde convive con su hermano biológico y tutores legales. Cuyos objetivos principales se basan en fortalecer vínculo con los adultos y elaborar estrategias de intervención frente a conductas disruptivas, que implican comportamientos de violencia física hacia la madre y hermano. El dispositivo se conforma de 12 horas diarias de acompañamiento terapéutico, compartido entre 4 profesionales. Paralelamente, el traslado al Hospital de Día se realiza en ambulancia, cuenta con asistencia nocturna a cargo de personal masculino de enfermería.

Felipe permanece dentro de su cuarto acostado en un sillón acondicionado para usarlo como cama; junto a este, un sommier de una plaza a medio hacer. De vez en cuando responde a las preguntas del at, ya que su atención está centrada en el juego Battle Royale esperando una nueva partida o convocando para el inicio. De pronto llama a su hermano, que está encerrado en la habitación contigua: “¡Nico, me agregas al grupo!”. Al no recibir respuesta o una negativa, Felipe interrumpe en el cuarto de su hermano quien le solicita que se retire diciéndole: ¡Salí de acá!, ¡enfermo!

La atención de Felipe, es fluctuante, volátil, debe tener todo a su alcance: cigarrillos, cenicero, botella de gaseosa; todo al lado de su “cama”. Rechaza la propuesta del at para hacer juntos una merienda, a los pocos minutos se levanta a cocinar huevos fritos 1, 2, 3, 4 inquieto e impaciente. Pregunta por Clara, su madre adoptiva, mientras come parado. Al ingresar Clara, pregunta si ya merendaron ofreciendo una barrita de cereales como “snack saludable”. Luego prepara unos panchos, ya que dice tener hambre. El at acepta solo una taza de té, comentando que debía cuidar su salud por indicación médica.

Los días de semana, la madre de Felipe realiza home office. Luego de almorzar, miran juntos una serie a elección del adolescente; mientras demanda demostraciones de afecto, poniendo su mano en su cabello. En reiteradas ocasiones, alude ser quien sostiene económicamente el hogar y no recibir ayuda de su marido. Solicita a los acompañantes

referirse ante Felipe como su mamá, sosteniendo con énfasis: “sino, sería solo su cuidadora”. En su ausencia, sugiere actividades vía WhatsApp o llamadas; al regresar expone inquietudes observadas mediante circuito cerrado. En cuanto al padre, interviene ante las conductas disruptivas de Felipe, se presenta calmado ofreciéndole alternativas para redireccionarlo.

Al poco tiempo, la tutora legal solicita cambio de dos acompañantes femeninas afirmando no estar a la altura de las circunstancias e incompetencia para el desarrollo del acompañamiento. En efecto, asegura que el personal masculino sería lo más indicado para su hijo. Por otro lado, se anuncia la separación de los adultos por lo que el dispositivo se realizará en dos domicilios.

El at experimenta interrupciones, “invasiones de la escena” durante la jornada. Si bien el encuadre abierto de la **Clínica de lo Cotidiano** contempla la intervención de terceros, familiares o amigos poseedores de información valorable; éstos deben ser habilitados por el profesional. Evaluando así, la situación particular y de algún modo filtrando (seleccionando quiénes, cómo y cuándo). Los acompañantes presentan dificultades en el sostenimiento de la práctica debido a la complejidad del caso y del encuadre abierto; ya que él es quien va al encuentro del paciente en su propio espacio. Donde han desarrollado defensas a lo largo de diferentes tratamientos, e incluso, no aceptan el ingreso del acompañante a su domicilio. Es allí, que el profesional se sentirá observado por un tercero; según su formación aportará o no recursos para tolerar y sostener esta tensión.

En los abordajes de personas con padecimiento mental, su subjetividad ha sido aplastada por otra. Es decir, el deseo de un Otro arrasó con la posibilidad de armar un sujeto con sus propios deseos, sueños y elecciones. Clemencia Baraldi (2021) al cuestionarse si existe la posibilidad de que el niño sepa diferenciarse de otros para reconocerse como uno, alega:

Ser contado por Otro –los otros de la estructura que aguardaron su llegada- es condición necesaria (pero no suficiente) para que posteriormente el niño pueda contarse como uno. Claro que este **ser contado** debe leerse además en el sentido de **ser tenido en cuenta**, no simplemente como uno en la categoría anónima de “niños”, sino como uno en la serie de hijos. (Baraldi Clemencia, 2021, p.41).

En otras palabras, la autora introduce el concepto de filiación de aquel nuevo ser que fue pensado, idealizado y deseado. No siendo como única condición la de suplir solamente las necesidades básicas; sino también, alojarlo como hijo.

Es usual que, al momento de iniciar el dispositivo, el at se reúna con su acompañado y familiar, cuidador o referente; desplegando la historicidad sin dar lugar a la palabra del paciente. Aunque determinada información del paciente es necesaria, el abordaje cotidiano aporta datos que enriquecerán el vínculo produciendo cambios significativos en el acompañado, aun en ausencia del profesional. Familiares suelen mencionar gustos específicos o actividades que solían realizar en algún momento de la vida, sin contemplar la situación actual del paciente, sin solicitar su opinión.

En consecuencia, el at recibe directivas de cómo deberían ser las intervenciones y las propuestas, ignorando los deseos del paciente y en ocasiones poniendo en duda la formación y capacidad del profesional. Estas interrupciones afectan las intervenciones saboteando, en varias ocasiones, el tratamiento. Es usual observar un incremento en las tensiones familiares y con el mismo profesional cuando el paciente presenta progresos significativos y favorables al tratamiento. En casos extremos, la familia solicita cambio de acompañante apelando a la incompetencia del profesional.

### **Acompañamiento dual: de la teoría a lo real**

*...se observa el fenómeno de padres muy absorbentes, rígidos, sobreprotectores, manipuladores, abandónalos, ausentes, con dificultades para poner límites y sostenerlos; o con altos niveles de exigencia hacia los hijos.*

Bustos Graciela

El equipo interdisciplinario, en concordancia con la Ley de Salud Mental 26.657; apela como mejor opción, la convivencia con su abuela materna. Esto, ante la posibilidad de que la joven María regrese al Hogar de Niños luego de su externación. De tal manera, se conforma un equipo de 3 acompañantes terapéuticos, cubriendo 12 horas diarias de lunes a lunes en el domicilio del adulto.

La abuela, Constanza, se encuentra en tratamiento psiquiátrico con profesionales de la misma institución. Esporádicamente, asiste a terapia con profesional de psicología y, en ocasiones por videollamadas. Se observa un vínculo afectado, una relación amor-odio. Ante

la diferencia de edad, Constanza refiere preocupación por su nieta al momento de su “partida” ya que nadie de su familia demuestra interés por su futuro, por lo que afirma: “seguro, ella se viene conmigo”. A lo que María, afirma no poder vivir sin su abuela.

María presenta un diagnóstico de Esquizofrenia, resistencia al tratamiento cuestionando la toma de la medicación. Sostiene relaciones tóxicas con personas que conoce desde aplicaciones; donde practican el role playing (juego de roles) y las que se ha encontrado con situaciones complejas de la virtualidad. Por lo que se requiere de un encuadre flexible, formación y capacitación para abordar el día a día.

Paralelamente, Constanza precisa atención particular para organizar la medicación propia y la de su nieta, ya que suele mezclarlas u olvidarlas. En momentos donde María experimenta crisis de angustia, descompensación o discusiones; Constanza sugiere la ingesta de refuerzos o “rescates”, no indicados por la médica psiquiatra. Y, utiliza la fuerza física ante la negativa de la joven; por lo que implica la intervención del at cuerpo a cuerpo. Constanza demanda atención del at para satisfacer necesidades individuales excluyendo las de su nieta.

En línea con lo expuesto en párrafos anteriores, el dispositivo de acompañamiento terapéutico es convocado como recurso para que el paciente adquiera herramientas. Para enfrentar, de ese modo, el padecimiento psíquico; y a su vez, con la realidad que los rodea. Las denominadas **familias disfuncionales** crean sus propias normas para sostener, de alguna manera, la estructura familiar. Caracterizándose por tener un contexto con problemáticas complejas.

Por ende, el acompañante terapéutico ingresa a una dinámica familiar totalmente ajena. En la cual varios de sus integrantes presentan dificultades no solo para socializar, sino que también en la adhesión y sostenimiento de sus propios tratamientos. Aunque el at interviene en la cotidianidad del paciente en contexto familiar, se enfrenta a sujetos poco colaborativos y demandantes. Consecuentemente, para evitar crisis en el acompañado, atiende la demanda propia del familiar. Si bien en determinadas ocasiones, esta técnica es utilizada en abordajes muy complejos, ¿qué sucede cuando el grupo familiar presenta diferentes problemáticas, impidiendo el abordaje del acompañante terapéutico?

Graciela Bustos (2016) en el apartado *Acompañamiento Dual en Familias Disfuncionales*, desarrolla esta modalidad. A partir del cual, el equipo interdisciplinario solicita dos ats que

trabajarán en la misma escena y con el mismo encuadre. Es decir, mismo horario, mismo día; pero serán los miembros de la familia quienes en transferencia elegirán con quien trabajar.

Ante lo planteado, se ha detectado que, si bien existe esta modalidad de trabajo, se desconoce su puesta en práctica por los equipos interdisciplinarios y de los mismos acompañantes terapéuticos. Por ende, el profesional es convocado para iniciar un dispositivo terapéutico con un sujeto en particular, pero que al poco tiempo queda expuesto a las demandas y a las dificultades del grupo familiar, percibiendo honorarios por solo uno de sus integrantes.

En el apartado **Encuadre** se han desarrollado normas explícitas propias del dispositivo de acompañamiento terapéutico: rol, lugar, horario y honorarios. Este último, genera controversia e inquietud al momento de presentar presupuestos, representando un factor predominante. El profesional se ve en la necesidad de tomar decisiones: aceptar, rechazar, continuar o no renovar la prestación.

Según lo expuesto, es importante mencionar lo siguiente. Actualmente, el Proyecto de Ley “Ejercicio Profesional y Regulación de la Actividad del Acompañante Terapéutico” (presentado en julio del 2023); tiene media sanción de diputados que, a la fecha del desarrollo de este Trabajo Final no forma parte de la agenda de la gestión del gobierno actual. Diputados que apoyaron y promulgaron el proyecto reconocen que dicha ley, si bien regula el ejercicio profesional, no contempla las condiciones laborales en las que el at desarrolla sus funciones, consideradas precarias y mal pagas. Pese a que algunas provincias sancionaron leyes propias, difieren entre sí. Por lo tanto, una ley nacional que establezca la obligatoriedad del Poder Ejecutivo de promover la creación de la carrera de Acompañante terapéutico a cargo de Universidades e Instituciones de Educación Superior, funciones y competencias; deberá contemplar la necesidad de incorporar un convenio colectivo de trabajo.

De este modo, el at presta servicios domiciliarios como parte de un equipo interdisciplinario a partir de la demanda del centro terapéutico, del familiar u otro profesional, revelando diferencias representativas en el valor hora ofrecido por las instituciones y Obras Sociales. Así mismo, al momento de presentar un presupuesto de forma particular (es decir, sin intermediarios) el profesional no cuenta con un valor ético profesional, paritarias ni acceso a derechos laborales, al borde de la ilegalidad.

A pesar de las diferentes legislaciones, el acompañante terapéutico sostiene extensas jornadas laborales, exponiéndose a estallidos y situaciones complejas que asedian su integridad física y mental. Para hacer una diferencia en los honorarios y/o debe tomar varios acompañamientos para que los ingresos sean representativos; impactando no solamente en su propia salud, sino que también en la calidad de la prestación a los afiliados.

### **El Acompañante Terapéutico: un extranjero en territorio**

*Los acompañantes ingresan en el universo del acompañado, transitan la calle y comparten su mundo sin formar parte de él.*

María Laura Frank

Karina de 20 años de edad, cuyo diagnóstico presuntivo es Esquizofrenia, vivió desde los 4 años hasta su adolescencia en un hogar para personas con discapacidad. Actualmente, habita una vivienda prestada en una pequeña localidad del interior con pocos habitantes. Comparte la misma junto a su madre, sus cuatro hermanos adolescentes (todos ellos con algún tipo de discapacidad o retraso madurativo) y una sobrina de 4 años. Las condiciones edilicias a primera vista son precarias, sólo dos habitaciones para la cantidad de personas que conviven allí. Se observa la falta de cuidado de las instalaciones y las pertenencias; éstas, no disponían de un lugar de guardado con lo cual se destacaba la acumulación de objetos y ropa en distintos lugares de la casa. No tenían rutinas pautadas, las horas de sueño estaban desorganizadas (por lo general la mayor actividad se desarrolla durante la noche y la madrugada).

Se trataba de una familia conocida del lugar y, consecuentemente, estigmatizada por la sociedad.

Respecto a la atención sanitaria de Karina, llevaba a cabo un tratamiento ambulatorio, cuya medicación era indicada por un médico psiquiatra; que cabe resaltar, no tenía seguimiento desde hacía un tiempo considerable, tratándose de este tipo de patología. Aquí, es importante mencionar, que la ciudad en la que vive no cuenta con especialistas de esa índole. Por lo que la atención médica debía realizarse a varios kilómetros de allí. Muchas veces, la encargada de retirar la medicación del centro de salud, su progenitora, no lo hacía. Dejando a la joven sin continuidad del tratamiento. Esto, complejiza la situación convivencial, dado que aparecían signos y síntomas que afectan la conducta: alteraciones

del sueño, ansiedad, aislamiento social, irritabilidad (en la mayoría de los casos), presencia de alucinaciones, ideas delirantes de persecución, escaso contacto visual con los interlocutores, expresión de enojo en el rostro, gestos o amenazas, inquietud.

Se convoca la presencia de at desde el equipo de profesionales (compuesto por trabajadora social y psicóloga), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, teniendo en cuenta de que se trata de una situación judicializada. Los objetivos implican un abordaje conductual sobretodo, para trabajar la adherencia al tratamiento, garantizar que la joven no se quede sin medicación. Y realizar actividades con ella, para fomentar la socialización. En ese sentido, se realizan salidas recreativas, caminatas por zonas aledañas, para contrarrestar el sedentarismo. Además de que permaneciendo en el hogar se dedicaba a buscar comida, sin importar ya había consumido recientemente. La familia, se veía obligada a esconder los alimentos, ya que cocinaba mientras el resto dormía, más que nada si no había recibido la medicación. También tenían que apagar todos los artefactos a gas, incluyendo el calefactor porque dormía “pegada” al mismo.

Como puede apreciarse, desde hace un tiempo que prevalece la necesidad de responder a demandas en problemáticas que no pertenecen directamente al ámbito “clínico”. Se trata de situaciones relacionadas a la vulnerabilidad, la violencia, la pandemia, los duelos; procesos en los cuales el sufrimiento y el dolor pueden ser acompañados, abordados desde la perspectiva del acompañamiento terapéutico; transitando senderos que conducen hacia lo social, lo comunitario, la prevención. Si bien, como en este caso puntual, el ámbito en el que se inserta el at es el domiciliario.

Por lo tanto, es preciso mencionar que la primera vez en el domicilio, pese a que la familia se manifestó de manera agradable, en ningún momento se mostraron accesibles como para permitir el acceso a la vivienda. La atención se realizó en la puerta de la misma. Los integrantes de la familia, se colocaban a modo de “barrera” para impedir el paso, claramente se respetaba eso considerando que era una desconocida para ellos, una “extranjera en su territorio”. Dragotto (2017) refiere al respecto que, en relación a las experiencias cotidianas de los acompañantes terapéuticos, en su trabajo, el “visitante es el acompañante” (Dragotto, 2017, p. 114). Esto significa, que el at al intervenir in situ desde un lugar no institucionalizado; se inserta en la casa del acompañado por un tiempo, en un espacio desconocido. Sin embargo, no se incluye como un turista ni como un ciudadano de ese territorio. Se inscribe en un “permiso” otorgado al at, mediante el consentimiento informado,

el encuadre y la ética profesional. Y por supuesto, la relevancia de todo el dispositivo del cual el at forma parte.

En ese contexto, es habitual la presencia de vivencias de extrañeza, de sorpresa, rechazo, miedo, angustia extrema, incertidumbre, desconfianza, entre otros, durante los primeros encuentros con la persona y su entorno. Siguiendo con Dragotto (2023), la “vivencia de extranjería”, podría decirse que es inherente a la figura del at. Y que, arroja incommensurables aportes valiosos y de una potencialidad únicas para el proceso terapéutico, en la medida en que pueda ser transitada, registrada y analizada a posteriori. Por otra parte, el at atraviesa sensaciones de confusión, de angustia, indefensión, soledad, impotencia: no saber qué hacer, rechazo, miedo, cierta irritación hacia los familiares del usuario, entre muchas otras. Allí, el autor expresa el interrogante: “y ahora... ¿de qué me disfrazo?” (Dragotto,2023, p.116).

Tales vivencias, pueden producir en los acompañantes, el apremio por salir de esa situación de malestar. Sobretudo, si se suman las exigencias propias del at: inspirado por la vocación asistencial, el ideal de la hospitalidad, la ideología de la inclusión social y cuestiones de tecnicismos que no se deberían descuidar. Entonces, no sería raro que, en el afán por preservar el vínculo con su acompañado, atribuya a los familiares los efectos de su situación y derive, inconscientemente en una en “lucha” contra ellos.

Como corolario, en ocasiones, lo insoportable de esa situación de “extranjería”, puede desencadenar huidas apresuradas, como, por ejemplo: salir de la casa con el paciente, irse antes del acompañamiento o, incluso, abandonar el caso. Sin embargo, si el proceso de inmersión en la vida cotidiana de la persona ha sido cuidadoso y respetando los tiempos de aceptación del at; trabajando las dudas, los temores y fantasías; se han esclarecido ambigüedades y desconocimientos en relación a tareas, roles y funciones del at; se transitará de manera más amena y objetiva el acompañamiento.

En resumen, la situación de extranjería para el at implica en muchas oportunidades, padecimiento y desazón. Pero, además, envuelve aventura y deseo de acompañar. Anhelos por emprender un viaje al interior de ese “país” junto al deseo de entender, de incorporar lo ajeno, de soportar el rechazo. Donde se lleva a cabo un trabajo psíquico y vincular afectando de alguna u otra manera la subjetividad del usuario. En definitiva:

El esfuerzo del at en perdurar en el rol, apoyándose en el dispositivo, transitando la incomodidad, despejando el campo para recuperar la capacidad de pensar, sentir y actuar terapéuticamente, ese esfuerzo que implica decodificar, entender, aceptar y transformar las demandas de las que es objeto. (Dragotto, 2023, p. 118)

En base a ello, el at reconoce que ese “permiso” otorgado por parte del usuario y su entorno, puede caducar de un momento a otro. Condicionando así, el desempeño del dispositivo terapéutico.

### **“Poner el cuerpo” es más que eso**

Parafraseando a Flory (2021), el at se constituye como tal, en el cuerpo a cuerpo con el acompañado, en ese “estar ahí”. Con la certeza de que la última palabra la tiene el propio sujeto, al admitir y dar la habilitación pertinente al at de ser acompañado.

Y eso, permite la mención de un acompañado: Mati. A quien conoce a su nuevo at cuando estaba por cumplir 12 años de edad. La presentación acontece a la salida de sus terapias donde se produce un intercambio cordial, acompañado por una sonrisa y una mirada que esbozaba complicidad de su parte. Con el tiempo, mientras se iban conociendo y aceptando mutuamente, el vínculo se iba forjando de un modo impensado y con fluidez.

Se trata de un niño sociable, fanático de Disney, la lectura de cuentos y escribir en su computadora. Lo caracteriza su tenacidad y perseverancia; quien, a cada paso, intenta superarse a sí mismo. Pese a sus dificultades y limitaciones, propias de la Parálisis Cerebral, no se da por vencido.

Este acompañamiento, ha dejado una marca imborrable, y no sólo simbólica sino también, literal. Es entonces que podría decirse: “poner el cuerpo deja huellas”. Huellas que podrían reafirmar la vocación o bien, disparar la pregunta: “¿estoy donde quiero estar?”.

En relación a ello, es menester tener presente que: “...cierta dimensión subjetiva del at – jugada en su cuerpo- deberá quedar suspendida, puesta entre paréntesis” (Flory, 2017, p. 71). Y de esa manera, brindarle la oportunidad al acompañado para que pueda desplegar su dimensión de sujeto.

El acompañamiento se ha desarrollado en el domicilio, con lo cual hay una injerencia en la vida cotidiana de Mati y su entorno familiar. Se han planteado rutinas destinadas a la potenciación de las actividades de la vida diaria (AVD), las habilidades vinculares respecto

de los convivientes (padres, hermano y mascota). Y, además, colaborar con su rehabilitación física. También, prestar atención a las ausencias ya que podrían devenir en convulsiones.

Sumado a lo anterior, una tarea fundamental consistía en contener crisis de angustia, enojo, ansiedad, atender a las demandas constantes y extinguir las conductas disruptivas. Para ello, resulta conveniente mencionar, que su manera de expresar sus emociones no era la más adecuada. Al estar en cercanía estrecha muchas veces, el at, era depositante de descargas físicas: pellizcos y rasguños precisamente. Por consiguiente, aparecía con cierta incertidumbre, el interrogante: ¿cómo contener esos desbordes emocionales?

Frente a eso, se ha trabajado en conjunto con el equipo terapéutico, pensando estrategias para apaciguar tales transgresiones conductuales. En ocasiones, han dado resultado y en otras, no lo suficiente. Muchas veces, teniendo en cuenta el fortalecimiento del vínculo, apelaba a respirar para mantener la calma ante las “agresiones”. Y optar por contener desde la empatía por esa dificultad del acompañado: “no poder encontrar otra forma de descarga emocional”. Inmediatamente, preguntarle: ¿qué pasa, por qué estás enojado? Encontrando como respuesta, una pausa, un silencio, un espacio de conciencia, seguido de un pedido de disculpas.

Chévez (2023) postula, que al poner el cuerpo la persona (el at, en este caso) se presenta en la escena sin personaje. Es decir, con todo lo humano del personaje en completa exposición. En consonancia, Flory asevera:

A través de esa presencia corporal se sostiene un lazo transferencial. En tanto que, el cuerpo del at es una herramienta que soporta lo que pueda venir del acompañado, es un instrumento que se ofrece consistente frente al sufrimiento subjetivo del acompañado. El cuerpo acompañado tiene efectos frente al cuerpo acompañante y viceversa”. (Flory, 2021, p. 71).

Poner el cuerpo, definitivamente, alude a enfrentar el riesgo que supone el encuentro con ese Otro. Dando apertura a lo imposible, dejando en evidencia que se trata más de una posición ética que de un instrumento técnico. La implicancia del cuerpo, en ese lugar de exposición contra toda lógica al acontecimiento, subyace una cuestión de valor y de amor a la profesión.

La presencia del at se configura de un modo u otro, a través de su cuerpo, su escucha activa, su mirada empática, su voz contenedora, su incondicionalidad con ese ser humano

que espera que esté ahí. Con ello, en la cotidianidad del sujeto, se conseguirá sostener y se habilitará la construcción de algo creativo y novedoso.

Como desencadenante, una situación que podría definirse como “trascendental”, sucede durante una crisis, una convulsión. Un evento que amerita la concurrencia inmediata al hospital. En el camino, mientras su madre manejaba el auto, el at estaba pendiente del niño. Ante la impotencia de no poder resolver su situación, y sentir que no tenía nada por hacer, Mati toma su mano, con la mirada sostenida y le dice: “ayúdame, ayúdame”. Es ahí donde se comprende que, a pesar de todo: “el at, en cambio, sostiene con su propio cuerpo la continuidad de la actividad psicoafectiva” (Chévez, 2023, p. 149).

En consecuencia, con el cuerpo se permite la continuidad subjetiva del proceso terapéutico. En la medida en que transformamos lo cotidiano y a nosotros mismos. Gracias a la confianza depositada, se “cae al vacío” sin paracaídas, pero con la seguridad que el vínculo incita. De repente, aparece la respuesta: “Sí, estoy donde quiero estar”.

## CONCLUSIONES

Durante el desarrollo de la práctica profesional surgen, como en la vida misma, inquietudes, cuestionamientos de toda índole. Que, aunque no encontremos respuestas a las mismas, sería alarmante la ausencia de preguntas.

Transitamos por diferentes escenarios, algunos nos recuerdan a vivencias propias. Por esta razón, ¿podemos ser objetivos todo el tiempo? ¿Cuánto de nuestra subjetividad se ve implicada en los acompañamientos? Y con ello, qué lugar buscamos ocupar, implícita o inconscientemente, a perdurar en acompañamientos que deberíamos haber dejado hace rato. ¿Cómo nos atraviesa el contexto actual para sostener algo que nos afecta emocionalmente? o no.

De esa manera, el at podrá hacer una lectura de sí mismo, registrando efectos tanto negativos como positivos. Se pueden incluir aquí: angustia, incomodidad, rechazo, alegría, esperanza, voluntad, ajenidad, hostilidad, agotamiento, incertidumbre, perseverancia; por nombrar algunos. Cada encuentro con el acompañado, su entorno y todas las personas intervinientes en el dispositivo; dan lugar a resonancias que de algún modo u otro inciden en el despliegue de la intervención terapéutica domiciliaria.

Por lo mismo, el at en su carta de presentación, incluye determinados aspectos que en algún punto deben ser consensuados y aceptados por todos. Comenzando por un encuadre bien delimitado, pese a que como se ha comprobado, muestra plasticidad; debido a los avatares de la cotidianeidad. Ese establecimiento de pautas ha permitido el desarrollo del proceso terapéutico, gracias a la anticipación. Además de la instauración de las condiciones más adecuadas para la realización de la tarea. Sin embargo, también deja en determinados casos, cierto sabor amargo. Por un lado, en términos de especificidad el rol, puesto que en varias oportunidades se han corrido los límites de la intervención. Y, por otro lado, en cuanto a los honorarios. Dado que, al no existir un valor estipulado, se cae frecuentemente, en la “negociación” con la familia. Cuestión que lamentablemente genera tirantez e incomodidad en las relaciones interpersonales.

De lo anterior, se deriva uno de los factores que consideramos como influyentes en este campo: el Vínculo.

El vínculo, de por sí dinámico y no lineal; se va construyendo mientras dos cuerpos confluyen en un espacio inevitablemente transformado, dando como resultado nuevos significados. Con lo cual, no sería erróneo pensar que, muchas veces, implica un desafío

además de una pérdida. Podría decirse que se exhibe una especie de espacio transicional, entre lo que hubo previo al acompañamiento y lo que está por venir. Erigiendo así, un futuro posible. En vista de que se produce, en ambas corporalidades, una deconstrucción y reconstrucción de creencias; modos de desenvolverse en la vida. Y con ello, la emergencia de la subjetividad.

De todas maneras, será dentro del vínculo fortalecido o no, donde debemos tomar decisiones en pos del bien terapéutico. Dejando de lado nuestro propio deseo para dar paso a la singularidad del sujeto acompañado.

Al desarrollar en este escrito, la experiencia de la práctica del acompañamiento terapéutico domiciliario, surgieron nuevos interrogantes que nos interpelan. Es habitual evidenciar que, frente a las dificultades del caso, el “para qué” de la inserción del at aún no ha sido formulada. Esto se traduce en alianzas inconscientes con efectos alienantes y tratamientos iatrogénicos, debido a la desinformación acerca del rol y función del dispositivo de acompañamiento terapéutico, falta de posicionamiento ético y compromiso profesional tanto del at como del equipo terapéutico, barreras o estrategias implementadas por la familia.

En lo que respecta al entramado familiar, no ha dejado de ocupar un papel protagónico. Porque al transmitir valores e ideales significativos que interpelan al acompañado. Y que, al mismo tiempo, subyace un obstáculo o promotor del dispositivo de acompañamiento terapéutico. En tanto que intenta “proteger” a la persona que padece, como si existiera una suerte de pacto implícito entre los miembros de su entorno.

Después de todo, la familia sería partícipe activa de un pronóstico positivo para el tratamiento. Siempre y cuando se comprometa, a la vez que colabore con la continuidad del mismo.

Todo lo planteado hasta ahora, nos lleva a postular que, aunque la presencia del at en diferentes ámbitos representa un recurso indispensable, todavía reclama el reconocimiento tanto de sus colegas como de los diferentes actores. Es decir que, como trabajador de la salud no cuenta con una representación legal de su colectivo y cuya media sanción del Proyecto de Ley genera tensiones entre colegas.

Lo cierto es que, evidenciamos atravesamientos a nivel subjetivo e incluso socio-económicos. ¿Quién acompaña al acompañado? ¿Somos conscientes de nuestras limitaciones? Si bien contamos con el espacio de supervisión y psicoterapia personal, el

profesional a cargo de la misma: ¿cuenta con las herramientas y formación específica para abordar las dificultades del caso? ¿Qué sucede con el acompañante una vez desafectado del caso, cómo transita su desvinculación? Pese a que es un rol en constante construcción, el devenir de la práctica implica el compromiso socio-comunitario. Que, a su vez experimenta los cambios propios de la época, cargado de individualismos e incertidumbre. Sin desestimar, la presencia del Estado con políticas orientadas a garantizar el cumplimiento de derechos adquiridos para las personas en situación de discapacidad.

En última instancia, queda abierta la propuesta de continuar indagando acerca de los enigmas que irrumpen en la profesionalización del at. Y por lo demás, instamos a seguir motivando-nos a reflexionar, a escucharnos entre colegas. Entendiendo que, la historia del Acompañamiento Terapéutico, se inscribe en cada experiencia vivida y compartida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banszcsyk, B. (2023). La Inclusión de la Familia en el Dispositivo del Acompañamiento Terapéutico. En Banszcsyk, B., Bustos, G., Frank, M. L., González, K. *Acompañamiento Terapéutico: De lo clínico a lo comunitario*. (pp. 33-40). Noveduc.
- Baraldi, C. (2021). Jugar es cosa seria. Estimulación Temprana...Antes de que sea tarde. (3ra ed.). Letra Viva
- Benedetti, M. (2004). Acordes Cotidianos (3ra ed.). Vergara y Riba.
- Bustos, Graciela (2016). Acompañamiento dual, familias complejas. En: Acompañamiento terapéutico: Clínica en las fronteras. Brujas.
- Bustos, G. & Frank, M. L. (2012). Código de Ética Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina "AATRA".
- Chévez, A. (2023). De perdidos al río. En Banszcsyk, B., Bustos, G., Frank, M. L., González, K. *Acompañamiento Terapéutico: De lo clínico a lo cotidiano*. (pp. 145-163). Noveduc.
- Chiattonne, V. (2023). El concepto de Patología derivada del Acompañamiento Terapéutico. Autores de Argentina.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley N°26.378 (2008). Aprobada mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Boletín Nacional.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317>
- Dragotto, P. A., Frank, M. L. (2017). Acompañantes: Conceptualizaciones y experiencias en A. T. Brujas.

- Dozza De Mendonça, Leonel (2014). *Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano* (1ra ed.). Letra Viva.
- Fainblum, A. (2004) *Discapacidad. Una perspectiva clínica desde el psicoanálisis*. (2a ed.).  
La nave de los locos.
- Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (2016). *Acompañamiento Terapéutico: Clínica en las Fronteras*. Brujas.
- Proyecto de Ley “Ejercicio Profesional y Regulación de la Actividad del Acompañante Terapéutico” (2023, diciembre). Honorable Cámara de Diputados de la Nación.  
Boletín Oficial.  
<https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2023/PDF2023/TP2023/2140-D-2023.pdf>
- Kuras de Mauer, S., Resnizky, S. (2017). *Acompañantes Terapéuticos: Actualización Teórico-Clínica* (6a ed.). Letra Viva.
- Kuras de Mauer, S., Resnisky, S. (2021). *Territorios del Acompañamiento Terapéutico*. (3a ed.). Letra Viva.
- Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010, 25 de noviembre). Honorable Congreso de la Nación Argentina. Boletín oficial.  
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Panapo.
- Suppo, S.; Flory, A. (2021). ¿Cómo pensar el cuerpo en el acompañamiento terapéutico? (pp. 67-79). En *Interlocuciones en el Acompañamiento Terapéutico*. Fundación La Hendija.