



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “El rol del acompañante terapéutico, como agente de salud externo, en una residencia para personas mayores de la ciudad de Bahía Blanca. Estudio de caso.”

Autor:

Fortunatti, José Luis – DNI N° 24924159

Director:

Lic. Alarcon, Alex

Lugar: Rosario

Fecha de presentación

13/07/2026

Firma autor

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Fortunatti', is located below the 'Firma autor' label. The signature is stylized and cursive.

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	3
Marco Teórico	6
Normativa Aplicable A Las Residencias Para Personas Mayores.....	6
Autonomía, Independencia Y Participación Social En La Vejez.....	11
Acompañamiento Terapéutico: Rol, Función Y Dispositivo	21
Descripción Del Caso	27
Desarrollo	29
Conclusiones	41
Referencias Bibliográficas	45

Resumen

El presente estudio de caso explica el rol del acompañante terapéutico (AT), como agente de salud externo, en una residencia para personas mayores de Bahía Blanca, analizando su función ante un adulto institucionalizado. El modelo de la residencia se evaluó bajo la tensión existente entre el restrictivo Paradigma Asilar, asimilable a una institución total que tiende a la homogeneización y despersonalización del residente, y el Paradigma de Derechos.

A través de la investigación de campo, la experiencia empírica obtenida y la bibliografía relevante, se pudo analizar y concluir que la importancia del valor del AT en la intervención de la cotidianidad de los sujetos. Sus estrategias se orientaron de forma crucial a diferenciar la independencia física de la autonomía de decisión, preservando la capacidad de elección de la persona mediante andamiajes vinculares y participación socio comunitaria. El trabajo concluye en la relevancia de legitimar el dispositivo gerontológico y reflexionar éticamente sobre la disciplina frente a las lógicas opresivas institucionales.

Introducción

El presente trabajo final integrador se desarrolla para acceder al título de grado de Lic. en Acompañamiento Terapéutico otorgado por la Universidad Gran Rosario. El tema de investigación es el rol del acompañante terapéutico, como agente de salud externo, en una residencia para personas mayores de la ciudad de Bahía Blanca.

El Problema de Investigación aborda la siguiente cuestión: ¿Cuál es la importancia del rol del acompañante terapéutico, como agente de salud externo, en una residencia para personas mayores de la ciudad de Bahía Blanca?

Este estudio de caso tendrá como objetivo principal explicar el rol del acompañante terapéutico, como agente de salud externo, en un dispositivo de

acompañamiento a una persona mayor institucionalizada en una residencia para personas mayores de la ciudad de Bahía Blanca.

Estableciendo como tres objetivos específicos: Primero, describir el modelo institucional de la residencia para personas mayores; luego, determinar el rol del acompañante terapéutico como agente de salud externo en el abordaje singular de una persona mayor institucionalizada; y finalmente, indagar las intervenciones del acompañamiento terapéutico relacionadas con la autonomía, independencia y participación social de la persona mayor institucionalizada.

El acompañante terapéutico (AT) es un agente de salud con formación teórico-práctica que trabaja en forma interdisciplinaria con otras profesiones. Se inserta en una red de trabajo con la finalidad de proporcionar una mirada desde lo cotidiano y poner a disposición estrategias para el sostén del sujeto desde lo más primario propiciando que se despliegue su subjetividad y estimulando sus potencialidades para el desarrollo de un proyecto de vida posible.

Cuando se crea un dispositivo de acompañamiento terapéutico este se encuentra a disponibilidad y demanda de quien es el destinatario del abordaje. Este dispositivo requiere de un encuadre, es decir, el conjunto de objetivos, acuerdos, estrategias y alianzas que hacen posible que la intervención genere un resultado terapéutico para la persona que se acompaña y a su vez para su red de relaciones que le permiten recuperar, sostener o fortalecer el lazo social.

En los tiempos actuales el acompañante es requerido en muchos cuadros o estados de carencia de salud y condiciones diversas del "Ser" humano. También así han sido sus territorios transitados de praxis, desde los hospitales psiquiátricos, los hogares, el ámbito escolar, el judicial y entre tantos se encuentra el ámbito institucional de las residencias para personas mayores, poco transitado y con escasa bibliografía específica respecto del tema.

En nuestro país, la proporción de personas mayores institucionalizadas es baja, sin embargo, el imaginario de la población, y en especial el de la población mayor, ve esta opción como mucho más difundida de lo que en realidad es. En algunas personas, el ingreso a una residencia para adultos mayores implica una pérdida de la libertad y de la oportunidad de sostener un lazo sociofamiliar y comunitario. Otras, por el contrario, valoran positivamente la oportunidad de recibir el cuidado asistencia en estas instituciones. Hay un tercer grupo, de escasos o limitados recursos, con poco o sin referentes afectivos, generando una situación de aislamiento y percepción de una vejez en soledad.

El interés por el cual se desarrolla este trabajo de investigación es especificar el rol del acompañante terapéutico, como agente de salud externo, es decir, siendo parte de un equipo de salud que se encuentra por fuera de la institución residencial pero que se inserta en la misma propiciando los beneficios positivos de un abordaje integral e interdisciplinario con aportes teóricos y prácticos.

Es relevante mencionar que es muy escaso el aporte académico y de experiencias profesionales del acompañamiento terapéutico en este ámbito institucional lo cual se busca teorizar contribuyendo con una orientación adecuada a futuros profesionales. Es decir, generando antecedentes que permitan con el paso del tiempo legalizar y legitimar el dispositivo del AT con personas mayores dentro de las instituciones gerontológicas.

El diseño metodológico es el Estudio de Caso el cual permitirá profundizar exhaustivamente uno o muy pocos objetos de investigación, lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos. Proporcionará una perspectiva, una reseña general que orientará provechosamente una búsqueda posterior, más sistemática y orgánica (Sabino, 1992).

En función al tipo de dato que se recogerá se emplea el diseño de investigación de campo ya que permitirá obtener datos de interés en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto de investigación. Estos datos, obtenidos directamente de la experiencia empírica, es decir, de primera mano, serán recopilados mediante la observación y el registro brindando un producto de la investigación en curso sin intermediación de ninguna naturaleza.

Marco Teórico

Normativa Aplicable A Las Residencias Para Personas Mayores

En el marco del análisis sobre el crecimiento de las residencias geriátricas como respuesta social al envejecimiento poblacional, diversos autores han señalado la multiplicidad de factores que inciden en su desarrollo. En este sentido destacan Dabove y Di Tullio Budassi (2011):

El múltigeneracionismo es, pues, un fenómeno complejo. Nace con los cambios demográficos de la segunda mitad del siglo XX. Se alimenta del aumento de la esperanza de vida, que permite la convivencia simultánea de varias generaciones. Pero también se consolida - como dice Bobbio- con el devenir del “tiempo de los derechos” y la creciente conciencia del pluralismo jurídico. Es, en suma, un fenómeno social: multitemporal, plurieconómico y multicultural. (p. 72)

El diseño y la expansión de las residencias geriátricas se debe a una compleja red de factores diversos, estrechamente vinculados entre sí como señalan las autoras, y por otro lado están las modificaciones materiales y culturales acaecidas en la estructura familiar. Asociados con éstos, cabe mencionar también al impacto de los avances científico-tecnológicos, sin los cuales no hubiese sido posible mejorar la calidad de vida y extender el fenómeno de envejecimiento.

Desde el punto de vista normativo, las residencias de la actualidad son instituciones complejas, puesto que su existencia atraviesa transversalmente al Derecho en su conjunto. En este sentido, cabe destacar que las residencias para mayores son objeto de regulación por parte del derecho administrativo, tanto como del derecho civil, comercial y la normativa del derecho de los consumidores. Es abordado por el derecho penal, tributario, de la seguridad social y los seguros, simultáneamente con las ramas vinculadas con los derechos humanos y el derecho constitucional. Incluso las normas pertenecientes al derecho laboral y al ejercicio de las profesiones liberales implicadas en la atención a los ancianos.

Se presenta un instituto jurídico polisémico ya que, para su configuración, intervienen normas del derecho público y reglas del derecho privado, dados los múltiples sujetos y los variados tipos de relación jurídica que se establecen en su seno. Así, por ejemplo, en este campo las cuestiones de competencia y la naturaleza jurídica de las residencias gerontológicas están previstas en normas constitucionales y administrativas. Pero los vínculos que se entablan entre las personas mayores residentes y la institución son regidos por normas de derecho privado, tanto como por normas de faltas, o penales, según el caso.

Normativa Nacional

La Organización de los Estados Americanos (OEA) en el 2015 redactó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Actualmente es el instrumento jurídico cúspide en Argentina para defender la autonomía de personas mayores. Dicha Convención es ratificada por la Ley N° 27360 (2017) y con jerarquía constitucional por la Ley N° 27700 (2022).

Las residencias argentinas no cuentan con una fuente formal nacional que contemple de manera específica y homogénea su organización y funcionamiento. Una carencia normativa, producida por defecto y por exceso. Por defecto, en tanto y en

cuanto hasta el momento no se cuenta con una ley nacional sobre residencias gerontológicas. Por exceso, toda vez que un número demasiado nutrido de decretos, ordenanzas, circulares y leyes referidos a estas instituciones, rigen con contenidos ambivalentes o contradictorios.

La Constitución Nacional reconoce competencia al Congreso para dictar normas y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades y el pleno ejercicio de los derechos de ciertos grupos, incluidos las personas mayores (Constitución Nacional Argentina, 1994, art. 75, inc. 23). Es importante considerar lo establecido en la primera parte de nuestra Constitución referida a los derechos y garantías de las personas que habitan el territorio argentino.

Desde este punto las normas relativas a instituciones geriátricas deberán respetar de modo especial, todo lo concerniente al derecho, es decir: residir en una vivienda digna y a vivir en un medio ambiente adecuado; protección del ejercicio del derecho a la salud y a la intimidad, en particular, respecto de los espacios necesariamente compartidos por el anciano con los demás; el derecho de los residentes en cuanto a visitas, sobre el ingreso y el egreso de la institución (consentimiento informado de la personas, así el reconocimiento de sus derechos sobre las prácticas médicas a las que pueda verse sujeto el residente entre otros supuestos); el derecho de propiedad en general; respecto de las jubilaciones o pensiones de las cuales sean beneficiarios.

Dentro del marco normativo nacional se debe mencionar también al Código Civil y Comercial de la Nación bajo la Ley N° 26.994 (2015) y los instrumentos jurídicos que regula en relación con la capacidad, la interdicción y la inhabilitación, entre otros. La Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad a través de La Ley N° 26.378 (2008) ratifica el compromiso de Argentina de proteger los derechos de las personas con discapacidad, en particular, en lo atinente a la promoción de la autonomía personal. Todo ello debe leerse e integrarse con la Ley

Nacional de Derechos de los Pacientes, Ley N° 26.529 (2009) y la Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657 (2010).

Normativa Provincial

La década de 1990 significó un hito jurídico importante para las residencias geriátricas ya que se inició un período de elaboración de leyes especiales en la materia, que continúa hasta nuestros días y la última fue la Ley N° 14.263 (2011). La misma regula el funcionamiento de los establecimientos geriátricos de gestión pública y privada, con o sin fines de lucro, en todo el territorio de la Provincia de Buenos Aires.

Es importante destacar que, en el sistema jurídico de la Provincia de Buenos Aires, la Constitución de la Provincia hace referencia a la protección de la ancianidad en su art. 36 inc. 6, reconociendo el derecho social de la Tercera Edad: “Todas las personas de la Tercera Edad tienen derecho a la protección integral por parte de su familia. La Provincia promoverá políticas asistenciales y de revalorización de su rol activo.” (1994, p. 8)

El artículo antes mencionado debe ser integrado con el artículo 12, referido al respeto de la dignidad de la persona y los derechos fundamentales y los artículos 8 a 20, que consagra en sus líneas los derechos de igualdad, libertad y propiedad. Todo este entramado normativo se articula con lo expresado por los artículos 12 y 36 inc. 8, que consagran respectivamente y de manera expresa los derechos a la vida y a la salud.

A pesar de la clara intención legislativa de considerar al anciano residente en su condición de sujeto de derecho, es decir: en calidad de “persona capaz”, el artículo 7 dispone que los adultos mayores residentes en establecimientos geriátricos no deben quedar liberados en ningún momento a su autocuidado debiendo existir en forma continua y permanente personal para su atención y asistencia, en número acorde con la cantidad de residentes, según determine el organismo de aplicación.

Así como también el artículo 8 establece la obligación por parte del establecimiento de llevar un libro sellado y rubricado por la autoridad de aplicación en el cual se registra el ingreso, egreso transitorio o definitivo, reingreso y baja por fallecimiento de cada uno de los residentes. Asimismo, se consignará los datos personales del residente y del familiar, curador o apoderado responsable.

En estos artículos se observa el carácter ambivalente de la Ley N° 14.263 (2011) que por un lado se reconoce el esencial y superior interés por el bienestar de los residentes en los establecimientos geriátricos, pero al mismo tiempo en los artículos 7 y 8 se lo desconoce.

En los artículos antes mencionados no se sostiene la regla de la autonomía y la libertad de estas personas, cuando se las obliga a no desarrollar prácticas de “autocuidados” sin distinción del estado de capacidad jurídica de cada uno de ellos. Así como tampoco es consistente la regla que obliga al estricto control de las circulaciones y salidas con notificación a la persona responsable del residente, sin que vuelva a discriminarse el hecho de tratarse de una persona capaz, de una interdicta o bien, inhabilitada judicialmente.

En la Ley N° 14.263 (2011) se establece la definición de los establecimientos geriátricos, los derechos de los adultos mayores, la responsabilidad de los titulares de las instituciones, como así también, confiere a la Autoridad de Aplicación (Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.) a través del decreto reglamentario 1190/12 y resolución ministerial 3904/13, establecer el perfil institucional y su modalidad de alojamiento. Además, clasifica a los adultos mayores de la siguiente forma: con autovalidez, con dependencia media y con dependencia total.

Por otra parte, establece una categorización en base a la clasificación antes mencionada estipulando a los establecimientos en Categoría A, B y C. Por último,

establece que cada municipio dispondrá de un Área de Establecimientos Geriátricos que tendrá por objeto nuclear todas las actividades administrativas y de fiscalización.

Normativa Municipal

En el ámbito municipal la Ordenanza N° 18125 (2014), establece la creación del Registro Municipal de Establecimientos Geriátricos en el partido de Bahía Blanca, en cumplimiento del imperativo provincial. Esta normativa establece los requerimientos con que deben contar las residencias para inscribirse en el referido registro dentro de las categorías que especifica la legislación provincial.

En orden a la normativa provincial establece que podrá fiscalizar y controlar a los establecimientos geriátricos en forma conjunta con la autoridad provincial o por separado, labrando actas de constatación en caso de incumplimiento de los requisitos establecidos en la norma.

Por otro lado, establece que el ejecutivo podrá sancionar mediante la aplicación de apercibimientos, multas y clausura. Finalmente crean una comisión integrada por representantes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Secretaría de Salud Municipal, del Departamento Habilitaciones, de la Comisión de Salud del Honorable Concejo Deliberante y de la Cámara de Hogares de Adultos Mayores de Bahía Blanca. Esta comisión se encarga de monitorear la problemática de los geriátricos, como así también, evaluar y sugerir propuestas.

Autonomía, Independencia Y Participación Social En La Vejez

Los seres humanos nacen en una situación de indefensión y dependencia absoluta. Aunque tenemos un grado de autonomía dispuesta en nuestra biología en mayor grado y en nuestro psiquismo en menor medida, son arrojados al universo de lo social para ser deseados por otros, hablados y sentidos por otros.

Hablar entonces de autonomía supone la necesidad de pensar distintas acepciones, diferentes conceptos, disímiles utilizaciones del término, momentos

evolutivos específicos y también delimitarlo de otras palabras que a veces se usan como sinónimos.

En primer lugar, se debe diferenciar la autonomía de la independencia en términos psicológicos, hablamos de Independencia cuando el sujeto puede prescindir de sus figuras significativas para su desarrollo personal Winnicott (1967), refiere que la independencia siempre es relativa debido a que existen interdependencias permanentes en el campo vincular que condicionan nuestras acciones y nuestros afectos.

A medida que el ser humano crece va ganando más independencia del entorno y de las figuras significativas, teniendo más autonomía para tomar decisiones. Dicho entorno debe ser suficientemente bueno para permitir desplegar las potencialidades como individuos y ciudadanos dentro de una comunidad.

Citando a Dornell et al. (2023):

El conocimiento y comprensión de la intersección de las esferas físicas, psíquicas, sociales y culturales da como resultado la valoración socio- funcional global. Esta integración funcional expresa la capacidad o incapacidad, por parte del individuo, de vivir con autonomía y auto- validez en el medio comunitario.
(p. 81)

La vida social lleva a naturalizar situaciones que, al no ser visibilizadas, crean una ilusión de independencia absoluta. Sin embargo, el ser humano depende de alguien en algún momento o, incluso, permanentemente. Es necesaria una elucidación crítica, para poder dar condiciones de visibilidad a esas múltiples dependencias que lo sumerge en una suerte de imaginaria insignificancia.

Por ejemplo, el mundo actual gira en torno a la producción de bienes y servicios y al consumo. La puja que se establece, entonces, es la de visibilizar la dependencia que la producción tiene del trabajador y la dependencia que el consumo

tiene de los consumidores que, por lo general, suelen ser las mismas personas. Se puede considerar que las interdependencias son constitutivas de lo humano y, en gran medida, es la razón de la propia sociabilidad.

La autonomía está ligada a otra idea, que es la de la decisión, la de la conciencia. Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

En cambio, la dependencia, en un sentido más instrumental, es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

De acuerdo con Dornell et al. (2023), la dependencia se relaciona con la edad socio-funcional, puede adquirir un carácter abrumador en tanto concierne a las condiciones de accesibilidad de las y los individuos para poder desplegar sus potencialidades. Entonces, podemos inferir que la autonomía hace referencia a la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones.

Por ejemplo, puede que una persona no tenga la capacidad física para vestirse, pero es posible que pueda elegir qué ropa quiere ponerse. En otras ocasiones las secuelas físicas pueden no permitir el desplazamiento de manera independiente, pero esto no quiere decir que no puedan decidir a dónde quieren ir.

La vejez y los modelos institucionales de las residencias gerontológicas

La atención, organización y los servicios brindados por los hogares o residencias para personas mayores (PM), están en directa relación con la concepción acerca del proceso de envejecimiento en un contexto determinado.

Estas ideas y creencias articulan sentidos que sustentan las prácticas cotidianas de quienes están a cargo de estas organizaciones. Para visualizar el desarrollo de estas organizaciones como modalidad de atención para las (PM), es que se realiza un recorrido histórico que permita relacionar el contexto con el tipo de respuestas brindadas para este grupo etario.

Tomando los aportes de Croas y Fernández Colmeneros (2018 pp. 12-18), a lo largo del tiempo se fueron presentando distintos paradigmas hasta la actualidad por lo cual realizan un breve recorrido histórico que se desarrolla a continuación:

Paradigma Asilar (1820-1947)

Los primeros hogares de ancianos o residencias geriátricas aparecen en Europa en el Siglo XVI destinados a albergar locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. En Europa surgen con el objetivo de vigilar y castigar a quienes se debe educar y corregir dejando de lado el castigo físico, para promover el castigo del alma. En nuestro país, era ocultar a los pobres, reclutar la mendicidad, invisibilizando a los inadaptados, los raros, los diferentes y también los ancianos en los llamados asilos.

El Estado Argentino intervino en los asuntos sociales a partir de la creación de la Sociedad de Beneficencia, el 2 de enero de 1823 por Bernardino Rivadavia, pero no significó un quiebre al modelo anterior de caridad cristiana, sino que continúa reproduciendo algunos de sus patrones básicos, en palabras de Croas y Fernández Colmeneros (2018):

La filantropía como valor universal, busca desplazar el concepto cristiano de la caridad, al mismo tiempo que no se le opone, sino que lo engloba dentro de un referente más universal, la moral laica de origen racional y no relevada. (p.11)

Con la creación de “asilos” bajo la influencia de la etapa higienista de la política de salud de la Argentina. Los médicos higienistas fueron uno de los primeros grupos en proponer medidas concretas para enfrentar los riesgos de los crecientes procesos de urbanización e industrialización, es decir, para ellos estaba como preocupación el riesgo que representaba para la salubridad general y para el mantenimiento del orden social las condiciones de las clases populares.

La perspectiva de la Justicia Social (1947-1955)

Este periodo estuvo vinculado a la acción de la “Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón” (1948) y que luego se llamó “Fundación Eva Perón” (1950). La misma construyó Hogares de Ancianos y obtuvo la sanción de una ley que otorgaba pensiones a los mayores de 60 años sin amparo. Logró que nuestro país se constituya en la primera Nación en proclamar los Derechos De la Ancianidad. Se produjeron numerosos e importantes cambios con relación a la inclusión de los mayores en las políticas públicas, reconociendo sus necesidades desde una perspectiva de Derechos.

Ideas Desarrollistas y la tecnificación en la atención de las personas mayores (1955-1970)

La tecnificación con que las concepciones desarrollistas impregnaron la política social de ese momento. Las ideas del desarrollismo en cuanto al trabajo de tipo social se relacionaban con “aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de la población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar a éstas en la vida del país y permitirle contribuir plenamente al progreso nacional”.

Para lograr esto se requería de dos elementos esenciales: la participación de la población misma en los esfuerzos para mejorar su nivel de vida, dependiendo todo lo posible de su propia iniciativa, y el suministro de servicios técnicos y de otro carácter

en formas que estimulen la iniciativa, el esfuerzo propio y la ayuda mutua, y aumenten su eficacia.

La idea acerca de los problemas de la vieja asistencia social se vincula solo con un escaso manejo instrumental técnico por parte de los profesionales. Recién en este periodo comienza a incorporarse el concepto de rehabilitación. Este carácter neutro y aséptico que pretenden alcanzar los tecnócratas es coherente con la a-ideologización y a-politización que les atribuyen a las intervenciones. Así se expresa claramente el supuesto positivista que subyace en esta concepción, conforme a la cual, la ciencia es absolutamente prescindente de la ideología y de la política.

***Desde la Sociología del Envejecimiento al Paradigma de Derecho
(1970- a la actualidad)***

El mundo de las ideas se encuentra conmovido por la difusión de las teorías sociológicas del envejecimiento, la creciente influencia de los trabajos interpretativos de Erving Goffman y de Michel Foucault y el surgimiento de la necesidad de contar con “alternativas a la institucionalización”. En nuestro país, la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), el 13 de mayo de 1971, conformará con sus actos resolutivos, normativas e instrumentación de dispositivos innovadores en el “tercer nivel de atención”, un hito significativo en la historia de las residencias para mayores.

Con relación a las políticas sociales la dictadura militar logra dismantlar el sistema de salud instaurado por el Dr. Ramon Carillo, conocido como la etapa sanitarista de la política de salud. A partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud. En el año 1982 se realiza la Primera Asamblea Mundial de Envejecimiento en Viena. Los efectos del modelo neoliberal implementado a partir de la década de los 90 se ven también reflejados en las políticas destinadas para las personas mayores.

A partir del 2001 se dará cuenta acerca de la influencia que desde el plano internacional producen las asambleas mundiales y sus recomendaciones hacia la implementación del cambio de modelo conocido como “asilar” hacia aquel centrado en los derechos de los mayores. La persona mayor pasa de conceptualizarse como objeto de cuidado para ser un sujeto de Derecho.

El modelo actual, basado en el paradigma de los derechos, considera a las personas mayores que viven en una residencia de larga estancia, capaces de tomar sus propias decisiones y de sentir la residencia como su propio hogar, asumiendo por ello los derechos y obligaciones que conlleva. El ingreso a una institución de estas características debería estar reservado especialmente a personas en situación de fragilidad o dependencia y la atención que se brinda es sociosanitaria.

Como toda estructura organizacional, las residencias para personas mayores (PM) se sustentan en ideas y creencias, estas pueden configurar sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuren los rasgos más destacados. Por otro lado se puede generar sistemas flexibles donde la actividad, la participación, el respeto por el Individuo se constituyan en la base de una tarea de constante cambio y ajuste al medio.

Las mismas dan cuenta de las construcciones acerca del proceso de envejecimiento, sus necesidades y su caracterización en un contexto determinado desde lo social, político, económico y cultural. Esto es lo que le otorga y sostiene las prácticas cotidianas en dichas residencias. Estos sentidos, discursos y prácticas podrán caracterizarse por estar sustentados desde el "Paradigma Asilar" o el "Paradigma de Derechos".

Si bien ambos paradigmas responden a contextos diferentes, las Residencias fueron creadas como respuesta a la problemática del adulto mayor bajo el paradigma asilar. Además, socialmente aún existe una mirada deficitaria, asociada a la

enfermedad, discapacidad y otras, la cual se reproduce en este tipo de organizaciones.

Tomando los aportes de Goffman (2004), el cual desarrolló el concepto de institución total, definiéndolo como "un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período prolongado de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (p.13). El autor caracteriza 5 tipos de instituciones totales, a los fines de este trabajo de investigación, se abordará la que se caracteriza por el cuidado de personas inofensivas como los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

Las relaciones sociales que se desenvuelven en este tipo de Instituciones actúan remarcando la distancia con el mundo exterior. Los rituales institucionales refuerzan a su vez esta dirección de las relaciones. Mismos horarios para comer, para levantarse, para bañarse, misma vestimenta, mismo corte de pelo, entre otros. Es decir, el proceso de Institucionalización tiende a la despersonalización individual y colectiva. Las relaciones de poder de los "internados" están signadas por los poderes diferenciales instituidos. El mundo del interno está sometido a las reglas del personal.

Estas jerarquías promueven a su vez la conformación de grupos rivales. En muchas ocasiones el personal se refiere a los internos con apodos y seudónimos que marcan la distancia entre los grupos y los estigmatiza. La palabra "internado" tiene toda una connotación simbólica. Se marcarían las enfermedades sociales, lo patológico, lo desviado, lo anormal con la consecuente normalización que deviene de esta caracterización.

Con respecto al tema del aislamiento las instituciones totales generan un quiebre en los lazos sociales colaborando así a provocar una disminución en la calidad de vida. Si bien en algunos casos las relaciones con el afuera se siguen manteniendo, estas se caracterizan por ser débiles, limitadas y controladas. La consecuencia más

extrema es alentar el corte total de dichos lazos. A su vez la relación entre los internados es pobre, escasa y conflictiva lo cual lejos está de promover la solidaridad y la convivencia sumado además que la disposición del espacio físico no contribuye a que los internados puedan disponer de un ámbito privado provocando tensión entre pares.

Tomando los aportes de Huenchuan y Rodríguez-Piñero Royo (2010) la concepción de envejecimiento activo, en el sentido de la autonomía y no del autovalimiento sustenta el paradigma de derechos. El enfoque de los derechos propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y de ese modo contribuye a que aquellas y aquellos que en el pasado fueron excluidos. Y en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana para favorecer la integración social propiciando la construcción de una sociedad para todos.

Se considera entonces, a las personas mayores como sujetos de derecho, razón por la cual rige sobre ellos una presunción jurídica básica: la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones, y de gozar de la facultad de ejercerlos plenamente. Desde este enfoque, son titulares de derechos de primera generación (libertades esenciales), y como grupo de segunda, tercera y cuarta (seguridad y dignidad).

Las Naciones Unidas, a partir de sus declaraciones y principios, ha promovido la incorporación de los derechos de las personas mayores como un eje clave en la agenda de gobiernos y sociedades. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (aprobados por resolución 46/91 de la Asamblea General de fecha 16 de diciembre de 1991) son: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

Toda relación entre la residencia para personas mayores, de ahora en más PM, y los residentes estará basada en un acta acuerdo firmada entre ambas partes en

donde se establezcan los derechos y obligaciones respectivos. La excepción “sólo” estaría dada cuando la persona mayor, como cualquier otra, haya sido declarada insana contando con sentencia judicial firme, en caso contrario ningún familiar, amigo, profesional y/o conocido tiene derecho a decidir sobre el lugar de residencia del adulto mayor y actuar sin su consentimiento.

Este Paradigma logra modificar la atención basada desde la concepción de necesidades (que asume a las personas mayores como objetos de cuidados y sujetos pasivos) hacia la promulgación y protección de los derechos de las PM que viven en las Residencias, los cuales son capaces de tomar sus propias decisiones y de sentir la residencia como su propio hogar, asumiendo en consecuencia la titularidad y ejercicio de todos los derechos y obligaciones que conlleva.

Las mencionadas residencias, como toda organización, están en permanente interacción con el contexto en el cual se encuentran. El avance de las políticas públicas defensoras y garantistas de los derechos de las personas mayores, ha impactado en mayor o menor medida en las mismas. Además, los mismos residentes pertenecientes a contextos muy diferentes a los cuales responde esta organización, o que han internalizado la perspectiva de derechos interpelan a las residencias, produciendo modificaciones en las mismas.

Los cambios ocurridos a nivel de la política social, y de los residentes han introducido algunas modificaciones en estas organizaciones. Con lo cual en la actualidad en las residencias se constatan ambos modelos, los que tensionan los discursos, las prácticas cotidianas, fracturan en los diferentes niveles institucionales y hasta inclusive, generan desconfianzas mutuas entre quienes asumen uno u otro paradigma.

Acompañamiento Terapéutico: Rol, Función Y Dispositivo

Así como la práctica se va redefiniendo en los distintos contextos históricamente construidos, es necesario tomar distancia para revisar y reflexionar sobre la misma. Y en el mejor de los casos realizar investigaciones que permitan construir un conocimiento científico. Para establecer una relación teórica con la práctica se toma el aporte que brinda Rossi (2005) en su escrito “El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental”:

Al realizar una aproximación al acompañamiento terapéutico, es necesario conceptualizar no simplemente como un recurso técnico sino en una dimensión más amplia, en tanto nos permite repensar las condiciones de los tratamientos en Salud Mental, la Política que se pone en juego en este campo, y la clínica que podemos sustentar en numerosos casos de difícil abordaje, que no se equiparan al clásico paciente de consultorio (si lo hay), ni a la tradicional asistencia psiquiátrica institucional. (p. 49)

La misma permite pensar que para establecer una relación teórica con la práctica, se requiere recurrir a construcciones teóricas, a conceptos de las Ciencias Sociales. Los conceptos son formas organizadas que nos permiten “leer” la realidad. Recuperando los aportes de Gutiérrez (2012), el reconocimiento de que los hechos no hablan por sí solos, haciendo referencia a que la realidad no tiene un sentido independiente de la grilla de lectura que uno le aplique.

En cuanto a la práctica del acompañamiento terapéutico como práctica profesional, Kuras de Mauer y Resnizky (2011) hacen referencia a que en la historia del acompañamiento se fue construyendo un cuerpo teórico, una técnica, instituciones asistenciales, espacios de formación y leyes que regulan su ejercicio. Pese a la enorme variación y diversidad que plantea en la práctica clínica, en todas las

categorías nosográficas, y en todas las edades de la vida el ejercicio del acompañamiento está atravesado por algunas marcas que la definen.

Al recorrer la bibliografía sobre la práctica del acompañamiento terapéutico (AT), es posible identificar nudos problemáticos en torno a cuestiones teóricas, epistemológicas, metodológicas y éticas. Estas producciones dan cuenta de la actividad de reflexión epistémica en torno a las dimensiones de análisis de la práctica profesional, así como la necesidad de continuar este camino de conceptualización que algunos autores mencionan como de “precariedad teórica” al tratarse de una profesión aún muy joven.

Las cuestiones que intervienen en la conceptualización del AT, en la historia del mismo se puede identificar, siguiendo el desarrollo teórico de Kuras de Mauer y Resnizky (2011) hay tres dimensiones implicadas en los cambios conceptuales: en primer lugar, los cambios inherentes a todo dispositivo inserto en lo social; luego la particularidad específica del acompañamiento de modificarse en función de la singularidad de cada estrategia (encuadre y ámbitos de inserción) y finalmente la inclusión del acompañamiento en prácticas clínicas cuyas líneas teóricas difieren y/o se contraponen a los sustentos teóricos en los que se originó.

La posición del acompañante terapéutico adquiere un lugar central para conceptualizar al AT, en un marco teórico-ético superador de la transposición de encuadres que fueron teorizados para otros dispositivos, así como de propuestas terapéuticas tendientes a la normalización subjetiva.

Se puede pensar las prácticas profesionales desde sus distintas dimensiones que constituyen un entramado interesante de analizar. Se trata de un ejercicio donde es necesario visibilizar las potencialidades, límites y posibilidades de las intervenciones del acompañamiento terapéutico. La investigación científica es la instancia ideal para este ejercicio, en tanto que permite un trabajo de desvelamiento

de aquello que en la realidad no se muestra espontáneamente. La investigación permite la desconstrucción de categorías presentes en las prácticas en tanto que logra un conocimiento de estas y los procesos que las originaron.

Considerando el camino de otra disciplina con relación a la autonomía relativa, el Trabajo Social es una disciplina que tiene un largo recorrido teórico-empírico en relación con la construcción de la autonomía profesional. Dicho desarrollo está en relación en parte, a la necesidad de reconceptualizar y redireccionar la práctica profesional en un intento de alejamiento deliberado de la marca de origen: el nacimiento de la disciplina surge como instancia de control social. Los/las trabajadores/as sociales eran la mano de obra de las políticas sociales higienistas.

Se puede inferir en este punto un paralelismo con el acompañamiento terapéutico, quien opera en el escenario cotidiano, un escenario, donde la ordenación del espacio y tiempo, como el control social a través de las normas y valores se imponen mediante la repetición y la rutina. Este cotidiano impuesto puede volverse opresivo y violento para algunos individuos; este cotidiano social y culturalmente instituido no tiene ningún sentido, pero se ven obligados a someterse a él en cualquiera de sus formas.

Otro aspecto importante en este paralelismo que puede establecerse se relaciona con una impronta de estas disciplinas que es la necesidad del trabajo en equipo. Esta condición requiere el reconocimiento de la incompletud de las disciplinas que deviene en trabajo interdisciplinario. Y esto también implica reconocer la propia incompletud y descubrir el propio aporte disciplinar al equipo. En el ámbito de la salud, desde una concepción de salud integral nadie puede trabajar sola/o.

El trabajo en equipo es la obligada condición de posibilidad del trabajo social, así como lo es del acompañante terapéutico. Y es en este punto en que ambas

disciplinas se preocupan por la autonomía. ¿El trabajar interdependientemente con otros resta autonomía?

Ahora bien, tomando los aportes de Freidson (1988), el autor entiende a la autonomía, como la posibilidad de las profesiones de controlar su propio trabajo, sostenida en parte por una ideología de pericia y servicio social, organizada a partir de un conjunto de instituciones. De manera que una profesión es autónoma cuando es capaz de definir y transformar la esencia de su propio trabajo. Así mismo Aquín (2012) complementa que también la autonomía implica la capacidad que significa el poder de actuar por uno mismo:

La autonomía es una capacidad, y como tal es también un poder. Pero, así como el poder se conquista, también se conquista la autonomía. La autonomía necesita ser producida y su producción requiere tener en cuenta todas las dimensiones de la práctica (epistemológica, técnica, política, ética, institucional, grupal, personal). (p. 3)

Es necesario destacar que la autonomía siempre es relativa, y que, en términos de Bourdieu (2000) expresa que “el grado en que un campo social es capaz de retraducir a su propia dinámica, a sus propios términos, las demandas y coacciones externas” (p. 83). Una aproximación conceptual al pensamiento del autor a través del estudio del concepto prácticas sociales resulta una invitación a la construcción de problemáticas relacionadas con las prácticas llevadas a cabo por sujetos, en este caso los acompañantes terapéuticos.

Según Gutiérrez (2012, p. 25) “pretender explicar las acciones sociales hasta donde ello es posible- desde una perspectiva sociológica, lleva consigo la convicción de que la sola descripción de las condiciones objetivas no logra explicar totalmente el condicionamiento social de las prácticas” y destaca la importancia de rescatar al

agente social que las produce y su proceso de producción. Aunque remarca que no se trata de pensar en un individuo aislado, sino como agente socializado.

La autora propone, en una revisión de la teoría de Bourdieu (2012), que en un primer paso explicativo menciona que si se pretende estudiar algunas prácticas sociales identificadas- consiste en “construir el campo social en el que se insertan las prácticas, definiendo, en primer lugar, el capital específico que está en juego y los intereses propios del campo, elementos que constituyen el objeto de las luchas que allí tienen lugar” (p.26). Surgirá de esta caracterización que existe una distribución desigual del capital específico que da origen a posiciones relativas (posiciones que poseen propiedades independientes de los agentes sociales que las ocupan) y a relaciones entre esas posiciones, relaciones de fuerza, de poder, definidas en términos de dominación-dependencia.

Según Ardila y Galende (2019) “la sociedad implicaba un tipo especial de relación humana caracterizada por un alto grado de individualismo, impersonalidad, contractualismo, competencia, egoísmo, interés, racionalidad y cálculo” (p. 41), es decir, en la forma tradicional de vida comunitaria la identidad social se basaba en dos pilares: la filiación y el territorio, de nacimiento o de vida. Los conceptos de “comunidad” y “sociedad” abarcaban muchas cosas: aspectos legales, económicos, culturales e intelectuales, aunque lo central de ellos lo constituye el tipo de relación social al que hacen referencia y los elementos mentales.

La participación del AT es “más propia” de la vida comunitaria, en la cual las relaciones inmediatas y los sistemas de reconocimiento de las identidades se ajustan a sistemas normativos impuestos por la misma comunidad, es decir son definidas por la relación inmediata con los otros, normas que regulan los comportamientos prácticos de los miembros de esa comunidad, especialmente referidas a la violencia, el sexo, a las delimitaciones de la propiedad y a la utilización de los espacios compartidos.

Las identidades sociales requieren de ese espacio comunitario donde se afirma el reconocimiento, la relación con los otros, la regulación que las normas hacen de la propia conducta. El AT en salud mental, pensado entonces, como parte de este proceso de subjetivación en tanto productor de identidad y de fortalecimiento de lazo social, de relación del sujeto con su entorno, despliega su intervención, preferentemente, en el marco de la comunidad (Campos, 1994).

Lo esencial de la perspectiva comunitaria en salud mental consiste en atender en primer lugar el “lazo social”, en el que radica la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros que le permitan la vida en común. La complejidad en salud mental está en la comunidad. La mayor dificultad no se registra en los episodios agudos, sino en el abordaje sostenido, complejo, diverso y no controlable del sujeto en la vida social habitual. El acompañamiento terapéutico entonces, como disciplina de la alta complejidad en la intervención. Hablar de un sistema de apoyo supone pensarse como determinante y fundamental en la intervención.

Es necesario desarrollar un modelo de trabajo orientado en la propuesta de una clínica de la complejidad o clínica ampliada, según el modelo desarrollado por Campos (1994). Esto implica incluir en el tratamiento las demandas y problemas propios de la vida cotidiana, y que van más allá de lo que tradicionalmente se entiende como “tratamiento” del padecimiento mental, sino que orienta toda intervención, es decir, debe ser el cuadro de situación que atraviesa ese sujeto y no solamente la descripción e incidencia de su enfermedad. El abordaje de la complejidad requiere de equipos interdisciplinarios, cuyas tareas trasciendan lo estrictamente clínico individual para dar lugar a la inclusión de las condiciones en que se desarrollan las vidas de los sujetos tratados.

El acompañamiento terapéutico como disciplina central en el tránsito de las instituciones a la comunidad. El trabajo hacia la autonomía creciente supone un

encuadre y una corresponsabilidad a ser construido entre el equipo tratante y cada usuario del dispositivo, el cual es el protagonista necesario e insustituible.

Descripción Del Caso

En el presente estudio de caso se hace referencia al acompañamiento terapéutico de una persona mayor institucionalizada que para esta investigación se llamará Carlos. Se reemplazará su nombre real de modo de asegurar la confidencialidad de los datos y su anonimato. Carlos ingresa a la residencia en agosto de 2024, con 67 años:

En el año 2019 padeció un accidente cerebrovascular isquémico en la zona del lóbulo frontal que generó, luego de las atenciones iniciales y evolución durante la externación hospitalaria, un deterioro cognitivo de moderado a severo en varias de las funciones como el lenguaje, memoria y episodios de pérdida de noción tiempo-espacio.

Por otra parte, se evidenció una ataxia, dificultad en la coordinación muscular que afecta movimientos voluntarios como el caminar. Se observó así una marcha frontalizada, es decir, una marcha asociada a lesiones en el lóbulo frontal, que se caracterizan por inestabilidad, pasos arrastrados y dificultad para iniciar el movimiento. Luego de distintas valoraciones, el neurólogo determinó que padecía de epilepsia focal, trastorno neurológico en el que las convulsiones se originan en una región específica de un hemisferio cerebral, manifestándose con diferentes tipos de crisis de angustia, alteración del lenguaje y expresiones verbales con alteración de la conciencia.

Su familia se encontraba constituida por esposa, dos hijos, una nuera y dos nietos. Ambos hijos se encontraban en dos ciudades diferentes y distantes de Bahía Blanca, por lo que, desde el regreso al hogar (2019), Carlos recibió los cuidados principales en la vida cotidiana por parte de su esposa durante 5 años antes de ser

ingresado a la residencia para personas mayores. Contaba con un equipo tratante conformado por distintos profesionales: Neurólogo, Cardiólogo, Psiquiatra, Psicóloga, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional y Acompañante Terapéutico en domicilio.

La decisión de la institucionalización se motivó por el agotamiento físico y psicoemocional manifestado por su esposa, quien ya no podía sostener la carga del cuidado. Ante esta situación se dialogó con sus hijos para concretar un cambio necesario, considerando que el ingreso a una residencia para personas mayores proporcionaría mejores condiciones para Carlos y, al mismo tiempo, permitiría una mejor evolución psicoemocional y el retorno a una mejor calidad de vida, dado que los conflictos con su esposa no propiciaban mejoras.

Previo al ingreso a la residencia para personas mayores, se realizaron conversaciones y acuerdos iniciales con el directivo. Entre ellos estaba el poder lograr que pueda seguir sosteniendo su autonomía e independencia de la vida cotidiana. Así mismo con el acuerdo de la familia se estableció que podría retirarse a los dos centros de día a los que asistía, desde hacía dos años, uno abocado a la rehabilitación física y otro dedicado a la atención de personas con Alzheimer y otras demencias donde recibe estimulación cognitiva, emocional, actividad física e intervenciones de socialización y recreación.

Al ser institucionalizado, Carlos se encontró en un estado de profunda angustia, apatía, pensando que ese lugar sería su lugar de abandono, donde perdería sus vínculos y rutinas, y, sobre todo, lo angustiaba ya no poder estar con su esposa y disfrutar de su hogar a pesar de los conflictos cotidianos que atravesaban. Debido a esta situación, en los primeros dos meses entró en un retraimiento subjetivo y con un descenso de 10 kg a pesar de que recibía una alimentación acorde.

Desarrollo

En el presente capítulo se buscará dar cuenta del rol del acompañante terapéutico, como agente de salud externo, esta tarea se llevará a cabo mediante el análisis del dispositivo de acompañamiento a una persona mayor institucionalizada en una residencia para personas mayores de la ciudad de Bahía Blanca.

Para ello se describirá el modelo institucional de la residencia para personas mayores y se indagará sobre las intervenciones del acompañamiento terapéutico relacionadas con la autonomía, independencia y participación social de la persona mayor institucionalizada. Para este desarrollo se tomaron los elementos obtenidos por la observación, escucha y abordajes de las intervenciones que se realizaron en este estudio de caso y se articuló con el marco teórico planteado anteriormente.

El acompañante terapéutico se incorporó en un dispositivo de AT domiciliario, desde febrero de 2021 hasta agosto de 2024, momento en el cual el acompañado pasó a vivir en la residencia. Carlos fue mejorando, durante el período antes mencionado, su estado de deterioro cognitivo evolucionó de leve a moderado en las funciones de atención, memoria y lenguaje.

Así también pudo mejorar su socialización y vinculación con la familia, amistades y con las distintas personas en donde compartía varias horas en los centros de día a los que asistía. El dispositivo de acompañamiento terapéutico fue elaborado y modificado a lo largo de los tres años en un trabajo coordinado en equipo con sus profesionales tratantes y proporcionó mejoras significativas en relación con su calidad de vida.

Durante el recorrido de acompañamiento terapéutico con Carlos se iniciaron intervenciones en relación con el cambio de vivienda y lo que implicaba comenzar un nuevo proyecto de vida, pasando a un encuadre y abordaje institucional. Es así como se determina la fecha de institucionalización y su esposa manifiesta que no podía estar

presente ya que le generaba un desorden emocional. Por otra parte, sus hijos expresaron que por razones laborales tampoco podrían estar presentes. Se le planteó al acompañante terapéutico estar con Carlos al momento de su institucionalización. Mediante el diálogo con su familia él mismo aceptó ingresar con el trabajador.

En agosto de 2024 Carlos ingresó a la Residencia, la observación de esta presentó diferentes aspectos para tener en cuenta y a posterior poder analizar sobre el modelo institucional en el que funciona esta residencia para personas mayores. En primer lugar, al momento del ingreso se les hizo firmar un acuerdo a cumplir, entre ellos, no pueden tener su DNI, celular, no podrían salir sin otra persona que los retire.

Por otro lado, los residentes tenían horarios fijos para levantarse, y estaban ubicados en un comedor alrededor de una mesa, en una silla, en un determinado lugar de esta sin posibilidad de algún cambio. Asimismo, tenían horarios fijos de almuerzo y cena, con un menú de comida establecido fijo y sin cambios, cada día y con mínimas variables durante los meses de este estudio de caso.

Los residentes eran bañados, en días preestablecidos sin cambios, se observó en el comedor una grilla donde estaban los nombres de los residentes y días que le corresponde el baño y al lado la grilla de los días y horarios de visita de cada uno de ellos. Se observó que no participaban de su higiene, el personal de cuidado se ocupaba de sentar en inodoros portátiles desvestir, higienizar, secar y vestir. Se observa a la objetivación del cuerpo y una práctica que los vulnera en lo referido a su intimidad que al observar sus rostros.

Al respecto podemos tomar el aporte de Camacho (2021): "Quien no es funcional al armazón del sistema cotidiano es tratado como objeto, se le quita el valor de identidad social ya que no es funcional al mismo" (p. 84). Se puede considerar que las circunstancias de la cotidianidad de Carlos, en situación de vulnerabilidad, no era identificado por su quehacer, como parte de favorecer su inclusión y cobijo social.

El residente es etiquetado de una manera tácita desde una mirada y abordaje desde el déficit a priori. Aquí se puede considerar que el AT como actor de salud es capaz de actuar en la tarea de funcionalizar en el sistema cotidiano social, permitiendo el acceso a derechos humanos del acompañado.

La experiencia vivenciada en la residencia revela la inclusión desde el déficit por lo que está incluida las vulnerabilidades y es en este sentido donde las barreras sociales impiden ver a la persona en sí porque no hay una validación de la persona por derecho humano, sino una invalidación por derecho del déficit en el que se encuentra.

Camacho, en su libro *Consideraciones Intempestivas en el Acompañamiento Terapéutico (2021)*, refiere que “el acompañante terapéutico sin dudas tiene mucho que colaborar como profesional de la salud. Vemos entonces al terapeuta trabajando en la activación prosocial de la persona, entendiendo que no es tal la vulnerabilidad que oprime sino la no inserción social la que no destrampa” (p. 90).

El autor explica que los destrampados son aquellas personas que no logran incluirse por sí solas, los que por su situación de vulnerabilidad no responden a la ética funcional, los considerados “in-útiles” al movimiento social. Es decir, se refiere a aquellos que la sociedad considera que deben ser ocultados porque son el síntoma de la falla sistémica, refiriéndose con esto al cobijo no meramente asistencial que debería tener una sociedad con sentimientos de comunidad.

Con lo mencionado hasta aquí, se puede inferir que la residencia para personas mayores de este caso se encuadra dentro del modelo asilar, puesto que la persona mayor es conceptualizada como objeto de cuidado, dentro de sistemas rígidos, donde la pasividad, la despersonalización y el quietismo configuran los rasgos más destacados. Se evidencia una mirada deficitaria, asociada a la enfermedad, la

discapacidad, entre otras cuestiones, la cual se reproduce en este tipo de organizaciones asilares.

Retomando del marco teórico el concepto de Institución total de Goffman (2004), se pudo observar que los residentes se encuentran en una situación de aislamiento social prolongado en el tiempo compartiendo un encierro, remarcando la distancia con el mundo exterior, que se constituye en una rutina diaria de despersonalización individual y colectiva, y vulnerando sus derechos. Como explica el autor, las instituciones totales generan un quiebre en los lazos sociales colaborando así a provocar una disminución en la calidad de vida. En algunos casos, las relaciones con el afuera se siguen manteniendo, estas se caracterizan por ser débiles, limitadas y controladas.

Considerando los aportes de Chiattonne (2023), se puede decir que el acompañamiento terapéutico es un recurso profesional en donde “su plasticidad es lo que lo convierte en una profesión elemental en el proceso de desinstitucionalización” (p. 48), como veedor de los derechos de las personas, agente de prevención, entre otras desde una clínica cotidiana. Asimismo, el autor explica que:

La ubicación que tiene el AT nos lleva a una interrelación entre dos polos: lo externo y lo interno, lo íntimo (de un sujeto y una familia) y lo público. El AT está en el borde, con su palabra, con su participación en una escena cotidiana, se presenta como otro que llega desde el exterior. Que debe trabajar a partir de su lugar de “extraño”, para convertirse en alguien “no anónimo”, significativo para el sujeto. (p.50)

Chiattonne también describe el concepto de “desinstitucionalización”, entendiéndolo como “trabajar adentro pensando en el afuera, adentro para que la institución no se vaya en el cuerpo, que esta quede adentro” (p. 129). Asimismo,

menciona la relevancia del conocimiento de las leyes que involucra el caso que se aborda, ya que “el AT es el que va al territorio y ese espacio está atravesado por una legalidad, la que permite que entremos” (p. 130), además refiere que es necesario saber de leyes para encuadrar la práctica profesional en el territorio clínico correspondiente. Permitiendo detectar lo que vulnerabiliza al sujeto y así luego poder hacer frente a una sociedad históricamente vulnerabilizadora, y así insertarse el AT con las herramientas necesarias que construyen el espacio de intervención.

Teniendo en cuenta la normativa de la Provincia de Buenos Aires a través de la Ley N° 14.263 (2011), desarrollada en el marco teórico, es posible afirmar que las residencias se configuran en calidad de servicios sociales, en tanto su prestación forma parte de los cometidos públicos de bienestar o progreso social.

Por otra parte, considerando el Código Civil y Comercial de la Nación (Ley N° 26.994, 2015), el vínculo que se establece entre institución y anciano residente, en virtud de la prestación de este servicio social, será calificado como relación jurídica contractual (contrato atípico o de hospedaje). De modo tal que, las residencias deberán considerarse a la luz de los puntos de contacto de ambas ramas del Derecho; resultando, por ende, una definición compleja.

Las residencias constituyen un tipo de servicio social particular, por su carácter contractual respecto de las partes vinculadas con su funcionamiento. Siendo un servicio social contractual, la organización y puesta en marcha de residencias para ancianos, no sólo es realizada por particulares.

Como indica las diferentes leyes enunciadas en el marco teórico, con relación a las personas mayores y las instituciones residenciales también se debe tener en cuenta que el Estado debe asumir un rol importante en sus políticas públicas a través de las instituciones oficiales. La institución estatal se ve obligada a actuar en aquellos

sectores sociales cuyas necesidades no han sido cubiertas por la actividad de los particulares.

Recuperando los aportes mencionados por las normativas vigentes desarrolladas en el marco teórico, es posible entonces atribuir a las residencias ciertas características normativas propias de los servicios sociales. La finalidad normativa de esta prestación consiste en lograr un mejoramiento de las condiciones de vida de sectores sociales desprotegidos y/o carenciados (adjudicación de potencia, acorde con exigencias de justicia distributiva). Los destinatarios de estos servicios suelen ser ancianos “vulnerables”, es decir, personas que se encuentran en situaciones de riesgo sanitario, económico, jurídico y político.

La prestación geriátrica es variada y doblemente compleja Incluyendo la satisfacción del alojamiento, comida, asistencia sanitaria, recreación, relaciones sociales y familiares, entre otras, en base a un estándar básico. Pero de otro modo, estos servicios deben acomodarse a las necesidades concretas de sus destinatarios.

El cumplimiento de estos servicios constituye una obligación pública, generando situaciones de responsabilidad por parte del Estado en caso de incumplimiento. Si los particulares no se hacen cargo de esta prestación, el Estado debe hacerlo, subsidiariamente.

La familia se acercó a la obra social de Carlos a los efectos de formalizar la continuidad del acompañamiento terapéutico en la residencia para personas mayores, con la solicitud formal de su neurólogo tratante. La misma contaba con un resumen de historia clínica, y fundamentación de la continuidad del AT a los efectos de continuar lo referido al abordaje clínico del padecimiento/sufrimiento psíquico, favorecer su nueva vida cotidiana dentro de una institución residencial, como así también el poder continuar con su socialización, autonomía y funciones de la vida diaria al máximo de sus potencialidades.

La respuesta de la obra social fue contundente e irreversible luego de varios diálogos y reclamos ante la negativa de la continuidad del acompañante terapéutico ya que la obra social consideró que no cabe la necesidad, dado que el solo hecho de que Carlos viva en una residencia para personas mayores, no era necesaria su intervención profesional.

Tomando los aportes de Kuras de Mauer y Resnizky (2011), desarrollados en el apartado del marco teórico del presente trabajo de investigación y relacionándolos con los aportes de Sálliche (2021), se puede decir que la inserción del acompañante terapéutico también propicia el ejercicio de derechos de las personas acompañadas, brindando los apoyos necesarios para poder transitar su vida en forma activa, con dignidad y respeto.

Generándose así una clínica extramuros, en donde la persona pueda seguir adelante con sus deseos, anhelos y proyectos de vida más allá del lugar donde esté residiendo con los cuidados que le brindan. Buscando progresivamente la desnaturalización de prácticas clínico-institucional, devolviendo la capacidad de autonomía y otorgando responsabilidad subjetiva en relación con todo lo que acontece en su cotidianidad.

Es importante considerar a los fines de esta investigación y con los aportes académicos antes mencionados, la relevancia del AT desde su rol y función que habilita aquellos derechos humanos vulnerados. Se pudo observar que como sujeto social Carlos necesitaba poder desplegar sus derechos a soñar con anhelos, contar con actividades cotidianas que le den placer, tener una voz propia y capacidad de elección sobre su vida.

Es relevante la incorporación del AT en la residencia para personas mayores para poder lograr una completa mirada de desinstitucionalización y preparación para el

afuera, ayudando y previniendo situaciones complejas, principalmente para subjetivar a la persona acompañada siendo incluida socialmente de forma activa.

Según Aldana (2008), quien explica que: “lo social” es una producción humana que se modifica a través del tiempo. Es proceso y es producto, su naturaleza es histórica, propia de una cultura y una sociedad, y es también la necesidad biológica de vivir en compañía, es decir, de estar con los otros.

Tomando los aportes de Pollio, S. en su libro *Epistemología del Acompañamiento Terapéutico* (2021), lo social es un constructo que hace referencias a aquellas representaciones individuales que nacen entre las personas y que le dan entidad a una vida cotidiana, “espejo de la identidad subjetiva a la que arriba el acompañamiento terapéutico para develar esos “nudos significa-dos” que le impiden al acompañado “aquí y ahora” participar en ella, con autonomía posible, transformándola y trascendiéndola desde su cotidianidad hacia el resto de la sociedad”(p. 47).

Considerando los aportes de Heller (1974), la unidad viva de particularidades y especificidad de la vida cotidiana es la cotidianidad, como esa forma de particularizar lo genérico social. Es decir, la cotidianidad es el ámbito de la vida cotidiana en donde se producen y reproducen las relaciones sociales. Por otra parte, las actividades de la vida diaria son más que una serie de quehaceres de rutina, son la oportunidad de una identidad posible que el acompañamiento terapéutico viene a abordar, es decir la cotidianidad ajena es la que acompañamos como profesionales.

El ámbito de intervención del AT no es el ámbito de inserción o desarrollo laboral. Pollio desglosa conceptualmente: Ámbito (espacio y conjunto de personas o cosas en la cual se desarrolla una persona o una cosa) y, por otra parte, Intervención es el dispositivo del AT, es el abordaje interpelado por las demandas y las necesidades.

Ante la negativa de la continuidad del AT, por parte de la obra social debido a que ingresó a una residencia para personas mayores, se puede inferir que se centra en el ámbito laboral, y no en el ámbito de inserción del AT. La obra social vulnera el abordaje integral de salud de Carlos y transfiere directamente a la familia afrontar el sostenimiento del acompañamiento terapéutico para continuar brindándole una mejor calidad de vida.

Según los aportes de Catalán et al. (2012) consideran a la salud como un constructo social, una construcción histórica y colectiva, influenciada por múltiples factores. Lo social, vida cotidiana y cotidianidad son nociones que se presentan en el ejercicio profesional del AT, donde esta última, es clave en el ámbito de intervención.

Lo que le da esencia al ámbito de intervención del AT es la búsqueda de la mayor autonomía posible, y lo posible necesita de la hibridez disciplinaria. Aquí se denota lo terapéutico del acompañamiento, en la terapéutica integral representada por el acompañante terapéutico en la cotidianidad.

Según Pollio (2021) sobre el rol del acompañante terapéutico, considera que cumple un triple rol dinámico: rol de agente social de la salud, rol de auxilio personalizado y rol de portaemisor de información clínica.

En relación con el primero, ser agente es sinónimo de representación de algo o de alguien, es decir, el AT re-presenta los planes de un abordaje integral o comúnmente llamado tratamiento, haciendo presente el tratamiento de equipo en la cotidianidad del acompañado. Según la autora ninguna otra disciplina o quehacer profesional se dedica a representar un tratamiento en la vida cotidiana de una persona más que un acompañante terapéutico.

Hay labores propias de un acompañante terapéutico y labores propias de un cuidador, lo que diferencia es el rol de agencia que impone ser agente de salud, siendo éste el que constituye la especificidad profesional del AT.

El rol de auxilio personalizado se refiere a la conducta pro social del AT que está absolutamente ajustada a las necesidades de la persona acompañada. Por otra parte, Pollio establece que el auxiliar es un verbo, no un adjetivo calificativo por lo que es “el hacer” lo que define al AT, no lo que se piense de qué es el AT.

Esto nos lleva a la palabra asistencia, palabra que se pone en tensión a la ahora de nuestra competencia profesional ya que se la asocia al cuidador, sin embargo, el saber instituyente permite reconceptualizar la acción de asistir: “Asistencia es la acción que implica estar presente de la manera que otro necesite” (p. 90). Este aporte es valioso en este estudio de caso ya que, como ejemplo, a la hora de bañarse Carlos, la residencia para personas mayores consideraba que debían higienizar las cuidadoras sin intervención alguna de su parte.

El AT intervino brindando la asistencia, pero favoreciendo la mayor autonomía en su higiene. Se realizaron algunas modificaciones en la bañera colocando soportes que permitieran brindarle mayor estabilidad y seguridad permitiendo así la mayor autonomía posible de Carlos. Asistir no convierte en asistente por lo que el acompañamiento terapéutico es una asistencia personalizada que está ligada con el quehacer objetivado, no en las labores que le otorgan.

Pollio (2021) presenta el rol de portaemisor de información denotando la importancia del AT como informante clave y al respecto dice:

Desde los aportes epistemológicos, se conceptualiza como aquella persona que, por sus vivencias, capacidad de empatizar y relacionarse se puede convertir en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas a nuevos escenarios. (p. 92)

Lo citado está ligado a la información que comparte el AT con la familia y con el equipo tratante, a los efectos de que puedan conocer en detalle, los contextos cotidianos, las escenas de la vida que transita Carlos para poder ir reevaluando y

trazando el abordaje integral. “El acompañante terapéutico observa muchos detalles en la escena donde desarrolla su labor profesional, por lo que la porta-emisión de información le da carácter de validación a la experiencia del acompañante” (Pollio, 2021, p. 94).

Se logra poder establecer un posicionamiento de un quehacer ético al momento de la revisión de los detalles cotidianos que le acontecen y lo atraviesan para luego validarlos e informarlos con rigor de “dato de realidad”. Emitiendo con muchísimo cuidado y tecnicismo para no caer en una mera opinión que propiciaría la cronificación de la situación de vulnerabilidad, es decir, informar y registrar como dato de la realidad acontecida, interpretada y fundamentada.

La cotidianidad de Carlos estaba dada, por un lado, recibiendo los cuidados propios de la residencia con algunas flexibilidades en los horarios y días de baño y alimentación, algo que se logró a través de acuerdos que gestionó el AT con el equipo de la residencia propiciando el mayor bienestar psicoemocional.

Por otra parte, sosteniendo parte del encuadre domiciliario anterior, por las mañanas estaba con el AT de 8 hs. a 12 hs., luego asistía en forma autónoma con un taxi al centro de rehabilitación física hasta las 14 hs. en donde se trasladaba al centro de estimulación cognitiva y emocional hasta las 18 hs. En este último centro mencionado es donde tenía el espacio donde interactuar con otros pares y poder socializar de una forma más favorecedora en lo emocional ya que en la residencia sus pares se encontraban en un estado de mayor compromiso psíquico, físico y emocional que no permitía la socialización.

En las reuniones de equipo y con la familia se valoraba la importancia de contar con un esquema de rutinas de la vida diaria de Carlos que propiciaban muchos aspectos favorables en su cuadro clínico. Desde que se mudó a la residencia los conflictos cotidianos con su esposa no estaban presentes, lo cual al no tener tantos

episodios de desregulación conductual y emocional se le fue retirando algunos fármacos.

Por otra parte, con las intervenciones del AT se fue logrando mayor autorregulación y habilitando el deseo propio, su propio goce en las actividades, accediendo a la cotidianidad desde su singularidad y subjetividad. Sin condicionamientos o reduccionismos de posibilidades que la familia consideraba. Fue un proceso que propició una vida activa con mayor valor en su decir, pensar y actuar libre y plenamente.

La práctica de la congruencia terapéutica en el proceso de acompañamiento, según Camacho (2023), se enlaza como un modelo relacional que gradualmente se fue ampliando a distintos actores de la vida de Carlos, teniendo en cuenta que las intervenciones realizadas permitieron una reestructuración de sus vinculaciones de una manera más asertiva con sus motivaciones internas, saludable e inclusiva en la sociedad, es decir donde la función del AT de accesibilizar la cotidianidad se fue logrando. “La función es aquel desempeño que pone a andar el rol profesional en dirección hacia la meta éticamente compartida: la inclusión” (Pollio, 2021, p. 95).

La función del AT que activa el rol de agencia social de la salud representa la terapéutica en la vida cotidiana de Carlos, tendiendo a la inclusión, será entonces accesibilizar el vivir cotidiano ajeno. Por otro lado, todas las acciones a realizar estratégicamente para lograr accesibilizar las barreras será lo que incumba esencialmente al AT. Pensando al mismo como dispositivo, es decir, no sólo como prácticas sino como generador de subjetividad, constituyendo el entramado de la vida cotidiana y de la cuestión social.

La terapéutica se puede considerar como el conjunto de estrategias multidisciplinares de apoyo a la vida autónoma, por lo que el AT es quien va a poner a andar cada una de las partes del dispositivo: al saber, al saber ser, al saber conocer, al

saber estar y el saber hacer cada uno con sus insumos y dentro del mecanismo de un encuadre.

La función es accesibilizar la autonomía en la vida cotidiana de la persona acompañada. detectando barreras, encontrando posibilidades de correrlas, saltarlas, sobrevolarlas o romperlas y motivar el uso del propio proyecto de vida que hay detrás de ello. (Pollio, S., 2021). Retomando las funciones propuestas por Kuras de Mauer, y Resnizky, (1985), las mismas se podrían considerar en incumbencias profesionales dentro de una actualización de la profesión del AT.

Conclusiones

El presente estudio de caso permitió analizar de manera profunda y detallada el rol del acompañante terapéutico (AT) como agente de salud externo en el contexto de una residencia para personas mayores en la ciudad de Bahía Blanca. A partir de la experiencia empírica construida junto a Carlos, un adulto mayor institucionalizado con secuelas de un accidente cerebrovascular isquémico, deterioro cognitivo y epilepsia focal, se lograron responder y operacionalizar cada uno de los objetivos de investigación propuestos, arrojando luz sobre un área vacante en la literatura académica de la disciplina.

Con respecto a la descripción del modelo institucional de la residencia, se constató la persistencia de una marcada tensión entre el histórico "Paradigma Asilar" y el emergente "Paradigma de Derechos". Aunque las normativas vigentes a nivel provincial (Ley N° 14.263) y las ordenanzas locales del municipio de Bahía Blanca intentan posicionar a la persona mayor como un sujeto de derecho pleno.

La praxis institucional real revela ambivalencias estructurales que se traducen como restricciones normadas en el establecimiento, tales como la retención de documentación personal y dispositivos de comunicación, la obligatoriedad de horarios fijos y preestablecidos y la sujeción de la movilidad social a la autorización de un

familiar responsable, develando rasgos característicos de lo que Goffman (2004) conceptualiza como una *institución total*.

Como se ha expuesto en el desarrollo, estas lógicas operan mediante la homogeneización de rutinas y el control de los cuerpos, propiciando fenómenos de despersonalización, retraimiento subjetivo y un quiebre violento en los lazos sociofamiliares y comunitarios. En el caso de Carlos, este cotidiano impuesto e inflexible se tradujo inicialmente en un estado de profunda angustia y apatía ante la percepción de abandono, manifestándose física y emocionalmente.

El análisis del caso reveló que existía una vulneración de la intimidad de los residentes, por ejemplo, al objetivar sus cuerpos durante la higiene personal. Considerando lo mencionado, se tomó el aporte de Camacho (2021), según el cual, quien no es funcional al armazón del sistema cotidiano, es tratado como objeto, despojándolo de su identidad social a priori bajo una mirada estrictamente centrada en el déficit.

Asimismo, en el apartado anterior, se logró determinar el valor del acompañante terapéutico como un agente de salud externo que interviene de manera singularizada en dicho escenario. Al no formar parte de la estructura formal ni de la lógica de administración interna de la residencia, el AT opera en el "borde" o frontera entre lo íntimo y lo público, funcionando como un nexo indispensable entre el adentro institucional y la comunidad como espacio exterior.

Bajo el enfoque de la clínica ampliada o clínica de la complejidad propuesto por Campos (1994), el dispositivo de AT logró trascender el reduccionismo de la mirada biomédica deficitaria centrada únicamente en la enfermedad y el desvalimiento. La inserción del acompañante en el escenario de lo cotidiano permitió poner a disposición de Carlos estrategias de sostén primario y andamiaje vincular, rescatando su subjetividad e historicidad por encima de las dinámicas masificadoras del asilo.

En lo concerniente a las intervenciones ligadas a la autonomía, independencia y participación social, el trabajo de campo demostró que es imperioso diferenciar conceptualmente la independencia instrumental de la autonomía de decisión. A pesar de que las secuelas neurológicas de Carlos afectaban severamente su marcha y la coordinación motriz, limitando de esta forma su independencia física, las intervenciones del AT se orientaron a preservar su capacidad de elección, respetando sus preferencias y su conciencia singular respecto a cómo habitar su espacio cotidiano.

El sostenimiento de las salidas pautadas hacia los centros de día para la estimulación cognitiva y la rehabilitación física se constituyó en un sistema de apoyo fundamental. Estas acciones garantizaron la continuidad del lazo social y la reafirmación de su identidad en espacios comunitarios de reconocimiento recíproco, permitiendo incluso disminuir la dosis de psicofármacos al reducirse los episodios de desregulación conductual fuera del entorno familiar conflictivo.

El AT intervino activamente, por ejemplo, en la accesibilidad de los espacios de la institución a través de modificaciones logradas, y en la mediación con los directivos para flexibilizar las grillas institucionales, logrando que Carlos participara activamente de su propia higiene, habitara los espacios de la residencia de forma tal que se sintiera como un hogar y despliegue su subjetividad, singularidad e identidad.

Finalmente resulta de vital importancia subrayar la necesidad de realizar futuras investigaciones académicas que profundicen específicamente en el **posicionamiento ético del acompañante terapéutico dentro de las instituciones gerontológicas**. Dado que el nacimiento histórico de disciplinas afines que operan en lo cotidiano, como el Trabajo Social, ligado originariamente a instancias de control social e higienismo.

El AT corre el riesgo de ser asimilado por las lógicas opresivas, burocráticas o cronificadoras del modelo asilar tradicional. La práctica cotidiana del AT no puede limitarse a una mera labor de asistencia pasiva o cuidado instrumental de tipo adjetivo, asimilable a las funciones de un cuidador geriátrico.

Nuevas líneas de investigación son indispensables para teorizar y desgranar los desafíos éticos que surgen cuando el AT debe actuar como un "portaemisor de información clínica" y un "veedor de derechos" frente a las instituciones gerontológicas, las obras sociales y otras.

Como se demostró en este caso ante la negativa inicial de la cobertura por parte de la obra social, llevó a invisibilizar el ámbito de intervención clínica del AT, reduciéndolo a un mero ámbito laboral sustituible por el alojamiento residencial. Investigar el posicionamiento ético permitirá construir herramientas epistemológicas y técnicas para que los futuros profesionales puedan dirimir conflictos de valores, rechazar la objetivación de los residentes y sostener una postura de congruencia terapéutica en territorios altamente regulados por relaciones de poder desiguales.

En conclusión, el rol del acompañante terapéutico externo en las residencias de larga estancia representa un dispositivo clínico, ético y político de alta complejidad capaz de contrarrestar el aislamiento y promover la desinstitucionalización subjetiva. En concordancia con los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, el AT actúa promoviendo la independencia, la participación y la dignidad en la vejez.

Este estudio de caso aporta antecedentes conceptuales y empíricos sustanciales encaminados a mitigar la "precariedad teórica" de la disciplina, contribuyendo activamente al proceso de legalización, legitimación y consolidación del acompañamiento terapéutico gerontológico en resguardo de los derechos humanos de las personas mayores.

Referencias Bibliográficas

- Aldana, A. L. C. (2008). Una aproximación al concepto de “lo social” desde el trabajo social. *Revista Tendencias & Retos*, (13), 55–70.
- Aquin, P., et al. (2012). El problema de la autonomía en el Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, 5(8), 1–20.
- Ardila, S., & Galende, E. (2019). El concepto de comunidad en salud mental comunitaria. En *Salud mental y comunidad UNLA* (pp. 39–50).
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Camacho, F. (2021). *Consideraciones intempestivas en el acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.
- Campos, G. W. d. S. (1994). *A saúde pública e a defesa da vida*.
- Catalán, V. G., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (26).
- Chiattonne, V. A. (2023). *El concepto de patología derivada en el acompañamiento terapéutico*. Autores de Argentina.
- Croas, R., & Fernández Colmeneros, L. (2018). *Módulo 5: Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica*. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Dabove, M. I., & Di Tullio Budassi, R. (2011). Familias multigeneracionales y derecho de alimentos en los geriátricos. Nuevos escenarios de responsabilidad jurídica familiar en la vejez. *Jurisprudencia Argentina*, 3, 71–80.

Dabove, M. I., Di Tullio Budassi, R., & Marcatelli, A. (2010). *Aspectos jurídicos y éticos del envejecimiento*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia; Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dornell, T., Mauros, R., & Stemphelet, S. (2023). *Contribuciones de la Valoración Social en la valoración geriátrica integral: Una mirada gerontológica de los procesos de evaluación de la vejez*. Universidad Nacional de La Matanza.

Freidson, E. (1988). Theory and the professions. *Indiana Law Journal*, 64, 423.

Goffman, E. (1994). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1963).

Goffman, E. (2004). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu Editores.

Gutiérrez, A. (2012). *Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu*. Editorial Eduvim.

Heller, A. (1974). *Cotidianidad e individualidad: Fundamentos para la conciencia ética y política del ser social*. Veroneze.

Huenchuan, S., & Rodríguez-Piñero Royo, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección*.

Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos: Manual introductorio a una estrategia clínica*. Trieb.

Kuras de Mauer, S., & Resnizky, S. (2011). El acompañamiento terapéutico como dispositivo. En *Compilaciones en Terapia Psicosocial*. Editorial Psicosocial.

Municipio de Bahía Blanca. (2011). *Ordenanza 18125: Registro Municipal de Establecimientos Geriátricos*. <https://www.bahia.gob.ar/wp-content/uploads/2016/11/Ordenanza-18125.pdf>.

Pollio, S. (2021). *Epistemología del Acompañamiento Terapéutico: Praxis de una disciplina posible*. Autores de Argentina.

República Argentina. (1971). *Ley N° 19.032: Ley Instituto Nacional de Servicios Sociales Jubilados y Pensionados*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-19032-16081/actualizacion>.

República Argentina. (2017). *Ley N° 27.360: Ley Aprobación de la Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27360-275347/texto>

República Argentina. (1994). *Constitución de la Nación Argentina*.
<https://www.congreso.gob.ar/constitucionParte1Cap1.php>.

República Argentina. (2008). *Ley N° 26.378: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/141317/texto>.

República Argentina. (2009). *Ley N° 26.529: Ley Nacional de Derechos del Paciente*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>.

República Argentina. (2010). *Ley N° 26.657: Ley Nacional de Salud Mental*.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>.

República Argentina. (2015). *Ley N° 26.994: Código Civil y Comercial de la Nación*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/actualizacion>.

República Argentina. (2017). *Ley N° 27.360: Aprobación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*.

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=275347>.

República Argentina. (2022). *Ley N° 27.700: Jerarquía Constitucional otorgada a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27700-375740>.

República Argentina. Provincia de Buenos Aires. (1994). *Constitución de la Provincia de Buenos Aires*.

<https://www.mseg.gba.gov.ar/areas/marconormativo/Leyes%20provinciales/Constitucion%20de%20la%20Provincia%20de%20Buenos%20Aires.pdf>.

República Argentina. Provincia de Buenos Aires. (2011). *Ley N° 14.263: Ley Provincial de Regulación del Funcionamiento de los Establecimientos Geriátricos de Gestión Pública y Privada*. <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2011/14263/11531>.

Rossi, G. (2005). El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental. *Uaricha, Revista de Psicología*, 2(6), 49–53.

Sabino, C. A. (1992). *El proceso de Investigación*. Lumen.

Sáliche, S. F. (2021). *Introducción al acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.

Winnicott, D. W. (1967). El concepto de individuo sano. *Clinical Studies in Psychiatry*, 8(2), 345–354