



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

Presentado para acceder al título de

### **Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico**

**Título: “La idoneidad como experiencia subjetiva.  
Aptitudes y disposiciones personales del acompañante  
terapéutico, antes de su formación académica  
en la provincia de Buenos Aires”**

**Autor:**

**Katz, Daniel Benjamín – N° DNI 14216463**

**Director/a:**

**Lic. Estupiñan, Alfredo**

**Lugar:  
Rosario**

**Fecha de presentación  
27/07/2026**

**Firma autor**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Daniel Katz", is written over a horizontal line.

Daniel Benjamín Katz

**Índice General**

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Dedicatoria, Agradecimientos y reconocimientos</b>                      | <b>3</b>  |
| <b>2. Resumen</b>                                                             | <b>4</b>  |
| <b>3. Introducción</b>                                                        | <b>5</b>  |
| 3.1 Objetivos generales                                                       | 6         |
| 3.2 Objetivos específicos                                                     | 6         |
| <b>4. Marco Teórico</b>                                                       | <b>7</b>  |
| <b>5. Desarrollo</b>                                                          | <b>13</b> |
| 5.1 El punto cero                                                             | 13        |
| 5.2 Alicia Donghi: Ser continente sin volverse recipiente                     | 14        |
| 5.3 Antes del concepto: invención e idoneidad en Juan Carlos Stagnaro         | 18        |
| 5.4 Beatriz Dorfman Lerner. Los ojos y oídos del rey                          | 22        |
| 5.5 La búsqueda como posición subjetiva: fundamentos del AT en Gabriel Pulice | 34        |
| 5.6 Gustavo Rossi: el “entre”, la mediación y la terceridad                   | 36        |
| 5.7 Susana Kuras de Mauer entrevistada: el entusiasmo                         | 42        |
| 5.8 Dr. Eduardo Kalina: amigo calificado, vitalidad, fortaleza e ingenio      | 49        |
| <b>6. Conclusión</b>                                                          | <b>50</b> |
| 6.1 Detrás de escena                                                          | 50        |
| 6.2 Concluir                                                                  | 51        |
| <b>7. Referencias Bibliográficas</b>                                          | <b>54</b> |

## **1. Dedicatoria, Agradecimientos y reconocimientos**

A mis hijos, por ser mi inspiración cotidiana, por su paciencia en los momentos de ausencia y por recordarme siempre el sentido de cada esfuerzo.

A mi esposa, por acompañarme incondicionalmente durante este recorrido.

A mi tutor, Lic. Estupiñan, Alfredo, por su guía, compromiso y dedicación, por compartir sus conocimientos y orientarme con paciencia y generosidad en el desarrollo de este trabajo.

A mi coordinadora, Romina Sarti por el apoyo brindado, su guía técnica, la confianza, el humor y el acompañamiento constante a lo largo de este proceso académico y personal.

Al Lic. Gustavo Rossi, mi primer maestro en acompañamiento terapéutico, por su generosidad al brindar en su curso, materiales bibliográficos históricos, difíciles de encontrar en archivos y bibliotecas.

A todos ustedes, gracias por haber sido parte fundamental de este TIF.

## 2. Resumen

La presente investigación busca recuperar y poner en valor la idoneidad del acompañante terapéutico en el período previo a la institucionalización académica de la profesión, en la provincia de Buenos Aires, y demostrar que antes de la existencia de tecnicaturas, programas formales o informales (cursos, certificaciones, etc.), el ejercicio del acompañamiento terapéutico, se sostenía en gran medida en las cualidades personales, la sensibilidad y la capacidad de involucrarse humanamente en el vínculo con el otro.

Indagar en esta etapa, de la que contamos con escaso material y cuyo marco paradigmático fue el movimiento desmanicomializador en Argentina en diálogo con los movimientos culturales de la época, supone reconocer un modo de saber distinto, no necesariamente académico, pero profundamente vinculado a la experiencia, la intuición, la escucha y la presencia.

### 3. Introducción

Toda investigación exige tomar posición respecto de su objeto, su método y su modo de construcción de saber. En este caso, el presente Trabajo Integrador Final (en adelante TIF), se inscribe en el marco de una indagación elaborada exclusivamente a partir de fragmentos, citas textuales de artículos, libros, notas y reportajes. Esta decisión metodológica responde a la convicción de que el objeto de estudio de este TIF, se lee en la misma malla o red de los discursos que le dan su origen y fundamento.

Este trabajo de investigación busca poner en diálogo textos diversos, recortes significativos que den cuenta de la idoneidad del acompañante terapéutico antes de su inscripción académica en la provincia de Buenos Aires. Las citas textuales seleccionadas funcionan como puntos de apoyo para una lectura indiciaria que permita reconstruir y delimitar la mencionada idoneidad. Se trata de una revisión bibliográfica de carácter cualitativo e interpretativo. Este abordaje permitirá recuperar y analizar producciones teóricas, reportajes, artículos y documentos, escasos por cierto, vinculados a los orígenes y desarrollo del acompañamiento terapéutico en la provincia de Buenos Aires.

A partir de la búsqueda, selección y lectura crítica de textos - principalmente de las décadas de 1970, 1980 y 1990 - se procurará reconstruir las formas en que se concebía la idoneidad del acompañante terapéutico, atendiendo especialmente a las aptitudes personales, experiencias y disposiciones subjetivas que sustentaban su reconocimiento en el campo de la salud mental.

Para tal fin, se sigue una lógica de “collage y el pastiche”: citas, pasajes, testimonios que son incorporados al lienzo por su potencial para producir el iluminarse del objeto en cuestión. De este modo, el presente trabajo se presenta como un espacio de encuentro entre textos, donde el saber surge producido en el trabajo mismo de investigación, lectura e interpretación. Este enfoque resulta relevante porque permitirá comprender cómo se configuró la idoneidad profesional del acompañante terapéutico más acá de los títulos formales, poniendo de relieve las dimensiones subjetivas que dieron origen al rol. A su vez,

aportará una mirada que revaloriza el componente humano, creativo y comunitario en las prácticas de salud mental, en el contexto actual donde la formación académica tiende a ordenar, normativizar, homogeneizar y estandarizar aquello que, en sus comienzos, fue ante todo una práctica innovadora del encuentro, la presencia y el alojar.

Esta investigación se sustenta en el diálogo con los desarrollos teóricos y clínicos de Gabriel O. Pulice, Alicia Donghi, Juan Carlos Stagnaro, Beatriz Dorfman Lerner, Gustavo Pablo Rossi, Susana Kuras de Mauer, Eduardo Kalina, cuyas producciones constituyen referencias fundamentales e invaluable, para la construcción del campo profesional del Acompañamiento Terapéutico.

### **3.1 Objetivos generales**

Explorar las condiciones de idoneidad del acompañante terapéutico en la provincia de Buenos Aires, antes de su inscripción académica, poniendo el foco en las aptitudes personales, las experiencias y las disposiciones subjetivas que posibilitaban el ejercicio de su rol y el reconocimiento en el campo de la salud mental.

### **3.2 Objetivos específicos:**

a) Indagar en las aptitudes personales y disposiciones subjetivas que caracterizaban al acompañante terapéutico antes de la formalización académica de la profesión en la provincia de Buenos Aires.

b) Reconocer las experiencias vitales, trayectorias y modos de implicación personal que contribuían a la construcción de la idoneidad en el ejercicio del acompañamiento terapéutico.

c) Analizar cómo las cualidades humanas en términos de sensibilidad, capacidad de escucha y presencia, incidían en el reconocimiento y legitimación del rol en el ámbito de la salud mental.

#### 4. Marco teórico

Este trabajo se inscribe en cuatro perspectivas o marcos teóricos. El primero marco teórico corresponde al Acompañamiento en Salud Mental, apoyado en las elaboraciones de autores como Gabriel O. Pulice, Alicia Donghi, Juan Carlos Stagnaro, Beatriz Dorfman Lerner, Gustavo Pablo Rossi, Susana Kuras de Mauer, Eduardo Kalina.

La noción de salud mental ha experimentado profundas transformaciones a lo largo del siglo XX y comienzos del XXI. El pasaje desde modelos centrados exclusivamente en la enfermedad y la internación hacia otras perspectivas que consideran la dimensión subjetiva, vincular, comunitaria y social de los padecimientos psíquicos, constituyó el contexto histórico en el que surgió y se desarrolló el Acompañamiento Terapéutico (AT).

Desde una perspectiva histórica, la salud mental puede entenderse como un campo interdisciplinario en permanente construcción, atravesado por saberes provenientes de la medicina, la psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis y las ciencias sociales. La salud mental excede la mera ausencia de enfermedad y requiere considerar las complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos, familiares, culturales y sociales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención.

Este campo debe comprenderse como una construcción histórica y social, vinculada a las condiciones concretas de existencia de los sujetos y a las posibilidades de participación en la vida comunitaria. Desde esta mirada, los padecimientos psíquicos no pueden reducirse a categorías diagnósticas aisladas, sino que requieren ser abordados en relación con las trayectorias vitales de los sujetos, los vínculos significativos y los marcos institucionales donde se producen.

Las transformaciones producidas por los movimientos de desmanicomialización y reforma psiquiátrica, impulsaron el desarrollo de dispositivos alternativos a la internación prolongada. Es aquí donde el Acompañamiento Terapéutico comenzó a consolidarse como una práctica orientada a sostener procesos de tratamiento en los escenarios cotidianos donde

transcurre la vida de las personas. El acompañante terapéutico surge como un recurso clínico destinado a ampliar las posibilidades de intervención cuando los dispositivos tradicionales resultaban insuficientes para determinados tratamientos, inserto en un equipo interdisciplinario. Su especificidad radica en intervenir en la cotidianeidad del sujeto, favoreciendo la continuidad de los tratamientos, la ampliación de los lazos sociales y la construcción de condiciones que posibiliten una mayor autonomía. Desde esta concepción, el acompañante terapéutico no actúa de manera aislada, sino como parte de una red de cuidados y sostén clínico.

El campo de la salud mental debe pensarse desde una lógica que contemple la singularidad subjetiva, evitando prácticas homogeneizantes o exclusivamente normativas, privilegiando intervenciones capaces de reconocer la particularidad de cada sujeto y su modo singular de padecimiento. Esta perspectiva coincide con el Acompañamiento Terapéutico, en tanto esta práctica se despliega en escenarios concretos de la vida cotidiana donde las respuestas estandarizadas suelen mostrar sus limitaciones.

La inclusión social, la construcción de ciudadanía, el ejercicio efectivo de derechos, fortalecer las capacidades de participación de las personas en los distintos ámbitos de la vida social, superando enfoques centrados exclusivamente en el control de síntomas o en la adaptación pasiva a las normas institucionales, es parte de la tarea de acompañante terapéutico en el campo de la salud mental.

En consecuencia, la salud mental puede entenderse como el marco conceptual que hizo posible la emergencia y consolidación del Acompañamiento Terapéutico. Las transformaciones producidas en las formas de comprender el sufrimiento psíquico, la valorización de los dispositivos comunitarios y la necesidad de intervenciones que acompañaran a los sujetos en sus contextos reales de vida favorecieron el desarrollo de esta práctica.

El segundo marco teórico, corresponde a lo que se dio en llamar, Paradigma Indiciario Venatorio, popularizado por el historiador Carlo Ginzburg, el crítico de arte Giovanni Morelli, Sigmund Freud, Conan Doyle, entre otros. Se trata de un modelo epistemológico basado en la interpretación de indicios, rastros o señales mínimas e involuntarias, lectura entre líneas, para reconstruir una realidad oculta (Ramírez Cortés, 2019)

Su formulación contemporánea fue desarrollada por el historiador italiano Carlo Ginzburg, quien identificó la existencia de una tradición de saber basada en la capacidad de inferir realidades complejas a partir de detalles mínimos, muchas veces involuntarios o marginales. Según Ginzburg (1989), este paradigma se encuentra presente en diversos campos del conocimiento y posee antecedentes en prácticas tan diversas como la caza, la medicina, la crítica de arte, el psicoanálisis y la investigación policial. Su característica principal consiste en reconstruir una realidad no observable directamente, mediante el análisis de señales fragmentarias que funcionan como indicios de procesos más amplios. En este sentido, el conocimiento no surge de la observación de fenómenos evidentes ni de la aplicación de leyes generales, sino de una lectura interpretativa capaz de otorgar significado a detalles que, para una mirada superficial, podrían resultar insignificantes.

Uno de los antecedentes más relevantes de este enfoque se encuentra en la obra del crítico de arte Giovanni Morelli, quien desarrolló un método de atribución de autoría basado en la observación de detalles menores de las pinturas, tales como la forma de las orejas, los dedos o las uñas de los personajes representados. Para Morelli, aquellos aspectos menos controlados por el artista revelaban las marcas más auténticas de su identidad. Esta lógica de investigación reaparece posteriormente en otros campos del saber.

Sigmund Freud constituye otro referente fundamental dentro de esta tradición epistemológica. El fundador del psicoanálisis sostenía que los actos fallidos, los sueños, los olvidos y los síntomas podían ser leídos como manifestaciones indirectas de procesos inconscientes (Freud, 1915). De este modo, la interpretación clínica se apoya en indicios

aparentemente insignificantes para acceder a una realidad psíquica que no se presenta de manera inmediata a la conciencia. Freud mismo reconoció la proximidad metodológica entre su trabajo y el método de Morelli, en tanto ambos buscaban descubrir significados ocultos a partir de detalles mínimos (Freud, 1914).

Ramírez Cortés sintetiza esta perspectiva al definirla como un modelo epistemológico basado en la interpretación de indicios, rastros o señales mínimas e involuntarias para reconstruir una realidad oculta. La autora destaca que este paradigma supone una lectura entre líneas que permite acceder a significados que no aparecen explícitamente en las fuentes disponibles (Cortez, 2019).

La relevancia del paradigma indiciario para la presente investigación radica en que permite abordar el problema de la idoneidad del acompañante terapéutico en un período histórico anterior a la existencia de titulaciones académicas formalmente reconocidas. Dado que la certificación universitaria o terciaria no constituía entonces un criterio disponible para acreditar la competencia profesional, resulta necesario reconstruir la noción de idoneidad a partir de indicios presentes en documentos institucionales, publicaciones especializadas, testimonios y discursos de los actores involucrados. Se trata de reconocer las huellas indirectas mediante las cuales dicha condición era atribuida, legitimada o reconocida en los distintos ámbitos de inserción.

Así, el paradigma indiciario ofrece un marco teórico y metodológico especialmente adecuado para analizar procesos históricos en los cuales los fenómenos estudiados no aparecen formulados de manera directa en las fuentes.

El tercer marco teórico es el Análisis del Discurso, cuyo enfoque es interpretativo y de carácter documental, basado en el análisis y la articulación hermenéutica de fragmentos textuales y testimoniales, en este caso, provenientes de diversos autores del campo del Acompañamiento Terapéutico. Esto es, una investigación teórica basada en fuentes, que tiene en cuenta la opacidad de los discursos, que el lenguaje nunca transmite las cosas de manera

completamente clara o neutral. Las palabras, junto con lo que dicen explícitamente, arrastran sentidos implícitos, asociaciones y matices. El lenguaje puede revelar aspectos de lo que alguien piensa o siente, pero también puede deformarlos, encubrirlos o disimularlos. A veces, lo dicho expresa de manera directa una idea; otras, apenas deja entrever algo de forma indirecta, ambigua o sutil (Santander, 2011).

El análisis del discurso funciona como un marco teórico-metodológico complementario al paradigma indiciario, ya que permite examinar cómo distintos actores e instituciones construyeron discursivamente la noción de idoneidad cuando aún no existían credenciales académicas formalizadas. Según Pedro Santander, el análisis del discurso parte de la premisa de que la realidad social no se encuentra completamente dada, sino que es construida y significada a través de los discursos que circulan en una sociedad. En este sentido, los discursos no solo describen los fenómenos, sino que también contribuyen a configurarlos, delimitando aquello que puede ser pensado, dicho y reconocido como válido dentro de un determinado contexto histórico. (Santander, 2011).

El análisis de los materiales presentados en este TIF, permitirá identificar las representaciones, valores y criterios mediante los cuales una comunidad definió aquello que consideraba una intervención legítima y profesionalmente válida. Siguiendo a Santander, el análisis del discurso no busca descubrir una verdad oculta detrás de los textos, sino comprender cómo los significados son producidos y sostenidos socialmente (Santander, 2011).

En cuanto al cuarto marco teórico, cuando se intenta reconstruir los fundamentos iniciales de la figura del Acompañante Terapéutico, con miras a desentrañar su idoneidad en los brumosos inicios, no se puede dejar de pensar en lo que se dio en llamar, el primado de la praxis en la obra de Karl Marx: la idea de que la actividad humana (praxis), es fundamental para la creación de la realidad social e histórica, y que la verdad, cualquiera esta sea, encuentra su origen en la práctica transformadora (Marx, 2010). El primado de la praxis permite pensar que la idoneidad subjetiva del acompañante terapéutico es una construcción

que se produce y se transforma en la práctica misma, en tanto ésta genera efectos y exige al sujeto un continuo compromiso, verificación y rectificación.

La noción de praxis ocupa un lugar central en el pensamiento de Karl Marx y constituye uno de los pilares fundamentales de su concepción del conocimiento y de la realidad social. A diferencia de las perspectivas que conciben el conocimiento como una actividad puramente contemplativa o abstracta, Marx sostiene que los seres humanos conocen el mundo a través de su actividad práctica, mediante las acciones concretas que desarrollan en sus condiciones históricas de existencia. El denominado primado de la praxis refiere a la idea de que la práctica constituye el fundamento de la vida social y el criterio último de validación del conocimiento. Luego, los sujetos no son meros observadores de la realidad, sino agentes que la transforman a través de su actividad. El conocimiento surge, se desarrolla y se verifica en la práctica social, histórica y material de los seres humanos (Marx, 2010).

Entonces, el entrecruzamiento de cuatro marcos teóricos (alternando entre intersecciones y bifurcaciones), guía y encuadra el siguiente trabajo.

Aquí idoneidad, aptitud, competencia y capacidad se utilizan en forma indistinta.

## 5. Desarrollo

### 5.1 El punto cero

Hay un momento en que una práctica deja de sostenerse únicamente en la urgencia, en la invención y en el deseo de quienes la encarnan, para comenzar a inscribirse en el orden de lo instituido. El 30 de Junio de 2014, la Dirección de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, aprueba el diseño curricular del Curso de Formación Profesional del Acompañante Terapéutico, en su Resolución 1014/14. Un año más tarde, por resolución 1221/15, que absorbe a la anterior, se crea la carrera terciaria: Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico (TSAT).

Ese pasaje puede pensarse como administrativo o pedagógico. Pero fue, ante todo, una operación simbólica. Allí donde antes el acompañamiento terapéutico encontraba su legitimidad en la experiencia, en el cuerpo a cuerpo con el padecimiento y en la respuesta singular frente a lo imprevisto, comienza a delinearse un nuevo horizonte, el de la formalización, la transmisión sistemática, el reconocimiento académico y profesional.

Ese “punto cero”, la primera inscripción del acompañamiento terapéutico en una tecnicatura en la provincia de Buenos Aires, introduce un corte en su historia previa. Un antes y un después. Antes, una práctica que se inventa en los márgenes, en los bordes de las instituciones, sostenida por una ética más cercana al acto que a la norma. Después, una práctica que busca nombrarse, delimitarse, enseñarse y, en ese mismo movimiento, regularse.

Interrogar la idoneidad del acompañante terapéutico exige entonces situarse en esa bisagra: ¿qué era ser “idóneo” cuando no había títulos que lo certificaran ni marcos formales que lo garantizaran? ¿Desde dónde se autorizaba esa función? Este trabajo propone retroceder desde ese punto de inscripción, donde el saber comienza a organizarse, hacia el tiempo previo, donde la aptitud no se medía por acreditaciones, sino por capacidades que este TIF intentará dilucidar.

## 5.2 Alicia Donghi: Ser continente sin volverse recipiente

En su artículo El acompañamiento terapéutico: una aproximación teórica (1979), la autora Alicia Donghi explica sobre las dificultades de sistematización, en los orígenes, de la función del acompañante terapéutico:

Es tarea ardua sistematizar la función del acompañante por varios motivos: primero, porque es un recurso terapéutico recién descubierto en el horizonte del tratamiento comunitario de la psicosis. No hay aportes teóricos que fundamenten y avalen su nacimiento, éste surgió desde la empiria. (Donghi, 1979, p.1).

Este fragmento y el texto en general de Donghi, es sumamente interesante para señalar la exigencia de idoneidad personal, subjetiva del acompañante terapéutico en esos tiempos, aunque se halla de modo indirecto, por vía de las condiciones de surgimiento de la práctica.

«Es tarea ardua sistematizar la función del acompañante (...) No hay aportes teóricos que fundamenten y avalen su nacimiento, éste surgió desde la empiria». Esto da cuenta de algo importante respecto de la función. Si ésta es difícil de sistematizar y en su origen no hay fundamentos teóricos, ésta práctica no se sostenía en textos académicos ni en protocolos. En lugar de un sistema, aparece la necesidad de criterio clínico, lectura singular, implicación subjetiva, capacidad de decidir en determinadas situaciones, es decir, la idoneidad personal en el caso por caso, que dificulta la sistematización, poniendo en evidencia que su eficacia no depende exclusivamente de saberes formalizados, sino también de la disposición desde la cual el acompañante va a intervenir.

Ya el acompañante terapéutico, a pesar de servir de pantalla para la reviviscencia de situaciones infantiles y por ende diacrónicas, no puede insertarse desde el marco de su tarea en las mismas en la que se inserta el terapeuta. Tendría la función de escuchar lo sincrónico oyendo lo diacrónico y devolver sincrónicamente desde lo real, sin interpretación. Esto último llama la atención sobre la importancia de este tipo

particular de escucha del inconsciente del acompañante, por eso es imprescindible que esté entrenado en las tareas psicológicas y tenga un lugar de análisis de su propio inconsciente (terapia individual). (Donghi, 1979, p.10).

Se pueden señalar en este párrafo, varios indicadores muy claros alusivos a una aptitud personal. La capacidad de ocupar una posición transferencial particular cuando expresa “a pesar de servir de pantalla para la reviviscencia de situaciones infantiles.” El AT queda envuelto en fenómenos transferenciales pues el paciente deposita en él escenas infantiles, reactualizando vínculos, repitiendo modos de relación. Así, la idoneidad no es estrictamente técnica. Es subjetiva porque el AT debe poder soportar ser ubicado en lugares fantasmáticos, sin actuar desde ahí.

Debe además, diferenciar su función de la del terapeuta: “no puede insertarse desde el marco de su tarea en las mismas en la que se inserta el terapeuta”. Esto es, saber qué no hacer, como por ejemplo, no interpretar, no ocupar lugar de dirección de la cura, no confundirse con el psicoterapeuta. Esto comporta una posición subjetiva de límite fundamental.

Sostener una modalidad de escucha específica, “escuchar lo sincrónico oyendo lo diacrónico”, registrar la escena actual, captar que algo del pasado insiste o se repite pero sin interpretar. Entonces, una escucha que capta lo inconsciente pero no lo devuelve como saber. Esto exige cierta elaboración personal.

“devolver sincrónicamente desde lo real, sin interpretación”, señala otra idoneidad subjetiva que consiste en poder intervenir con actos, con presencia, estar ahí, regulando, en lugar de intervenir con sentido. Esto obliga a la tolerancia a no saber, a no explicar, a no infatuarse como terapeuta. A todo esto, Donghi agrega el trabajo sobre el propio inconsciente: “es imprescindible que esté entrenado (...) y tenga un lugar de análisis de su propio inconsciente”, como indicador de idoneidad subjetiva, pues el AT reconoce su compromiso, sus conflictos. Es decir, la herramienta clínica del AT, es su propia posición subjetiva que hace a

su aptitud, que no se reduce a habilidades técnicas o saber teórico, sino que supone una posición personal capaz de soportar transferencias, diferenciar funciones terapéuticas e intervenir sin interpretar, lo cual exige un trabajo personal sobre el propio inconsciente.

“El paciente necesita de esta figura mediatizadora que formando parte de la institución funciona como puente entre esta y aquel colaborando en la tarea de inserción de este nuevo miembro en el medio institucional” (Donghi, 1979, p.10). Figura mediatizadora, puente, inserción en el medio institucional, son indicadores muy importantes de disposiciones personales. El AT no se ubica ni del lado exclusivo del paciente, ni del lado exclusivo de la institución, sino en un “entre”, él mismo es un puente. Esto redundante en tolerar momentos o situaciones de tensión, sustentándose en lugares medios. Muchos conflictos institucionales en el AT, aparecen cuando falla esta mediación/puente. Traducir códigos personales de los acompañados, facilitar el pasaje, la circulación, evocan esa figura de puente que soporta el peso de los momentos problemáticos o de crisis.

“nuevo miembro en el medio institucional”, esto es, el AT formando parte de la institución, no es un observador externo, está incluido en normas, responsabilidades, encuadres. Una pertenencia institucional en base a su flexibilidad y a poder soportar transferencias múltiples que lo vuelven idóneo para acompañar procesos de inserción, trabajar con lo social, con lo grupal, con lo institucional.

“Las funciones del acompañante son múltiples (...), función de contención que implicaría un rol materno, de tenencia o holding, funciones pedagógicas y resocializadoras.” (Donghi, 1979, p.10). Que las funciones sean “múltiples” sugiere que el AT no tiene un rol único, fijo o estandarizado. Debe poder contener, organizar, enseñar, acompañar socialmente, regular, mediar, o sea, una idoneidad subjetiva ligada a su elasticidad psíquica, soportar la incertidumbre sin perder encuadre. No todo profesional puede sostener esa movilidad. La función de contención, el “holding” en tanto capacidad de alojar angustias, ofrecer presencia

estabilizadora, no angustiarse frente al desborde del paciente, son todas posiciones emocionalmente exigentes.

La cita sostiene “implicaría un rol materno”, no que el AT sea madre, por lo que la idoneidad subjetiva incluye poder ocupar funciones simbólicas sin prestarse a confusiones, a identificaciones imaginarias como la sobreprotección, por ejemplo. También se mencionan funciones pedagógicas que organizan, que facilitan aprendizajes, que estructuran hábitos pero sin transformarse el AT en docente. Las funciones resocializadoras están allí como rasgo subjetivo importante, que acarrearán sostener procesos largos, normas, vínculos, inclusión, dinámica social.

Influenciada por Winnicott, Donghi manifiesta algo curioso:

el acompañante puede ser un continente o un recipiente para el paciente. Es continente cuando subyace una intencionalidad positiva de que alguien se haga cargo, cuide y sostenga dentro de sí, aspectos propios que se hacen momentáneamente intolerables para el paciente. (...). Es recipiente cuando existe absoluta desconsideración hacia el acompañante (...) se trata de que aspectos vividos como desechos desaparezcan dentro del recipiente con la finalidad de no verlos más. (Donghi, 1979, p.10).

Donghi introduce aquí una distinción peculiar entre dos modos posibles de ser usado por el paciente: ser continente y ser recipiente. Capacidad de alojar lo intolerable del paciente, como una función y aptitud psíquica de alta exigencia. Recibir angustia, odio, confusión, impulsividad, disrupciones, que requieren una importante tolerancia a la intensidad emocional.

Ser continente supone absorción, metabolizar lo intolerable. En cambio, ser recipiente conlleva ser usado como basurero de desechos psíquicos. Tal vez, en este punto, la idoneidad del AT está en no creer que soportar todo sea clínico. Sino, su rol puede quedar ubicado como mero lugar descartable, lugar de descarga, sin valor. Captar esa posición y no naturalizarla es

parte de la aptitud personal del acompañante, pues esto lleva muchas veces al desgaste, a abandonar el caso, o a responder agresivamente.

¿Por qué, si la contención es tan buscada por el paciente, resulta sin embargo el objeto acompañante por momentos tan atacado? ¿Se esconde la necesidad de estar probando continuamente la estabilidad del acompañante en la relación para confirmar la incondicionalidad del mismo? (Donghi, 1979, p.10).

Esa capacidad de sostener el ataque sin tomar represalias ni abandonar, es fundamental en la práctica del acompañamiento. El acompañante debe tener una posición subjetiva suficientemente estable como para tolerar y no darles tanta entidad a las cargas agresivas, el rechazo o la puesta a prueba del paciente, no responder desde la ofensa personal, sostener el vínculo aun cuando este se vuelva hostil o ambivalente. Esto da cuenta de una facultad ligada a la tolerancia, al control de la implicación emocional y a la función de sostén. La autora pregunta por la necesidad del paciente de poner a prueba la estabilidad del acompañante. Así, se espera del A.T. que pueda ofrecer continuidad, previsibilidad, presencia, sin desmoronarse frente a los vaivenes transferenciales, sostener el lazo. Aquí el potencial del acompañante se vincula con la capacidad de erigirse como referente estable, lo que entraña un trabajo y elaboración muy personal.

### **5.3 Antes del concepto: invención e idoneidad en Juan Carlos Stagnaro**

En una entrevista publicada en el libro Acompañamiento Terapéutico (1997), Juan Carlos Stagnaro, relata acerca de las condiciones en que se desarrollaba la práctica en los primeros tiempos, entre los años '60 y '70, para quienes se hallaban comprometidos en el desafío de acompañar:

Recuerdo una chica boliviana a quien traté, por pedido de unos amigos ocasionales que ella había hecho, en una pensión que quedaba cerca de la Facultad de Medicina. No tenía otro recurso y pedí el apoyo de una compañera de pieza y de la encargada que se ocuparon muy bien de ella. La acompañaron, le daban la medicación, las

comidas, etc. Una vez que remitió el período agudo del episodio psicótico la paciente pudo volver a su casa en Bolivia. Había venido buscando trabajo. Tuve otras intervenciones así, pero medio a los ponchazos, con mucho voluntarismo y poca conceptualización de lo que hacía”. Por el contrario, a principios de los '70, entre el '71 y el '76, en el Hospital de Día del Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García que llegué a dirigir, se desarrolló una técnica que se aproximaba al acompañamiento terapéutico actual. Allí trabajaban estudiantes, luego licenciados en Psicología, que iniciaron una actividad con el nombre de líderes de grupo. Estos profesionales pasaban gran parte del tiempo de sus actividades con los chicos y también salían a realizar paseos y visitas domiciliarias con el grupo de pacientes a la casa de alguno de ellos rotativamente. Viajaban en la ciudad enseñándoles a orientarse, comprar su boleto de colectivo, cuidarse en el viaje, bajar en el barrio correspondiente, ambientarse en él, y luego trabajaban con la familia y los vecinos. Era una actividad de convivencia y socialización con niños y adolescentes psicóticos o con neurosis graves. No se privilegiaba la interpretación de conductas, sino que se trabajaban más las actitudes y contra actitudes, etc. (Stagnaro, 1979, como se citó en Pulice, 2011, p. 4)

Esta cita nos habla de la “prehistoria” del acompañamiento terapéutico y permite reconstruir en diferentes dimensiones, la idoneidad del A.T. antes de su formalización académica. Hay dos escenas que no se pueden perder de vista: la primera, en una pensión, la segunda, en el dispositivo institucional.

La primera escena muestra que la función de acompañar aparece antes que la denominación de AT, antes que la técnica y antes que la formación académica. La compañera de pieza y la encargada, en esta especie de equipo improvisado, sostienen la presencia, brindan cuidados básicos, garantizan continuidad, funcionan como mediadoras con el mundo, ejerciendo una función clínica sin saberlo. Así es que la idoneidad del AT, en su prehistoria, no estaba dada por una acreditación institucional sino por ciertas disposiciones subjetivas en

términos de disponibilidad para el otro, capacidad de alojar lo extraño, lo nuevo, responsabilidad práctica, compromiso, cierta intuición para los vínculos, aun sin una conceptualización formal de dicha función.

La propia frase de Stagnaro es muy valiosa: “medio a los ponchazos, con mucho voluntarismo y poca conceptualización”. Esto nos señala un punto de inflexión histórico y lo que se podría denominar, tiempos lógicos: primero aparece la necesidad clínica, luego aparece la práctica, más tarde aparece la teoría. Así, el A.T. nace como respuesta artesanal a un vacío del dispositivo psiquiátrico clásico. La idoneidad inicial era pragmática/subjetiva. La idoneidad actual es pragmática, conceptual, teórica, clínica y normativa.

Cuando el autor menciona el desarrollo de la técnica que se aproximaba más al A.T., en el Hospital de Día del Hospital Carolina Tobar García, nos revela la formalización de algo que ya estaba ocurriendo de hecho en la comunidad. Lo académico no crea el acompañamiento terapéutico; lo que hace es nombrar, sistematizar y legitimar una función clínica que ya venía siendo ejercida, practicada en forma intuitiva y apoyada en lo comunitario. Camino que va desde la función a la institucionalización.

Estamos ante una suerte de competencia originaria caracterizada por el voluntarismo, la intuición, la cercanía humana y una eficacia contingente, que difiere de la idoneidad profesional actual que exige acreditaciones y titulaciones, formación teórica, supervisión, trabajo en equipo, interdisciplina, ética del rol, actualización permanente, adecuación a las normas o códigos de ética. El acompañante preexiste a la formación académica como una función clínica opaca, difusa, sostenida al principio por actores comunitarios que, desde la disponibilidad personal, respondían a la necesidad de presencia junto al sujeto en crisis. La posterior institucionalización del acompañamiento terapéutico vendrá a conceptualizar, regular, transmitir “redoblando” ese saber hacer.

“No tenía otro recurso” Esta frase indica una situación de urgencia, precariedad de dispositivos, ausencia de encuadres formales, necesidad de decisiones rápidas e inmediatas. En estos contextos la intervención depende centralmente del clínico como sujeto.

“Pedí el apoyo de una compañera de pieza y de la encargada”. Luego, el dispositivo no estaba dado, fue inventado en situación, por la premura. La función de acompañamiento surge aquí como una creación clínica sostenida en la capacidad del operador de articular recursos informales del entorno, lo que pone en juego disposiciones personales más allá de saberes curriculares.

“La acompañaron (...) le daban la medicación”. El acompañante aparece como presencia, sostén cotidiano, cuidado, continuidad, lo cual requiere de confianza, compromiso, una función de presencia subjetiva más que en procedimientos técnicos formalizados.

Nuevamente, “Medio a los ponchazos, con mucho voluntarismo”. Este es un punto importante del comentario, porque el propio Stagnaro reconoce la intervención intuitiva, la participación personal y la falta de un apoyo conceptual en el origen. Lo interesante es que aun así, la intervención produce efectos. El carácter voluntarista y poco conceptualizado de estas primeras intervenciones muestra que el sostén del dispositivo recaía fundamentalmente en el compromiso personal del que operaba. Las primeras experiencias de acompañamiento en contextos de urgencia, de precariedad institucional, enseñan que la eficacia de la intervención antes de su sistematización académica, dependía en gran medida de la condición subjetiva de esos primeros acompañantes, su capacidad de formar parte de redes informales de cuidado, sostener una presencia clínica confiable y una intervención personal. Una suerte de “prehistoria comunitaria” del acompañamiento.

También están estos “líderes de grupo” que salen a la ciudad, enseñan habilidades concretas, median con la familia, sostienen la convivencia, acompañan procesos de socialización. Lo que hoy se llama trabajo en territorio. La cita plantea explícitamente: “No se privilegiaba la interpretación de conductas”, marcando un alejamiento o una ruptura con la

clínica psicoanalítica. En cambio se trabajan actitudes, contra actitudes, la presencia, la convivencia, esto es, la herramienta clínica principal pasa a ser el modo de estar del acompañante. La idoneidad del A.T. se mide por cómo se posiciona. Enseñar a tomar el colectivo, a orientarse en la ciudad, a manejarse en un barrio, vincularse con vecinos. Se trataba de reconstruir el lazo, la trama simbólico-social del sujeto psicótico. La aptitud también radicaba en la capacidad de mediadora entre el sujeto sufriente y lo social, favoreciendo procesos de inclusión y autonomía progresiva.

Acá aparece otro rasgo del AT contemporáneo. No trabaja solo con el paciente, trabaja con el entorno, trabaja con redes o tejiéndolas, anticipando lo que después van a confirmar los dispositivos de externación y salud mental comunitaria.

A diferencia de la primera parte de la cita que transcurre en la pensión, en la segunda parte de la misma, ya hay un dispositivo institucional, hay roles diferenciados, hay objetivos clínicos, hay continuidad y cierta técnica no sistematizada. Una especie de idoneidad pre-académica pero ya, de alguna manera, con horizonte profesionalizante.

Tal vez, las experiencias desarrolladas en el Hospital de Día del Hospital Carolina Tobar García, nos permiten pensar una etapa de transición, de pasaje, en la constitución histórica de la idoneidad del acompañante terapéutico. Allí, estudiantes y luego licenciados en Psicología, estos “líderes de grupo”, realizaban intervenciones centradas en la convivencia, la socialización y el acompañamiento en la vida cotidiana de niños y adolescentes con psicosis, anticipando una clínica basada en la presencia, la mediación con el otro, la reconstrucción de los lazos sociales. La idoneidad del acompañante terapéutico comienza a configurarse históricamente como una competencia en el territorio y en la realidad compartida con el paciente, antes de su formalización disciplinar.

#### **5.4 Beatriz Dorfman Lerner. Los ojos y oídos del rey.**

Un aporte significativo lo constituye la formulación de Beatriz Dorfman Lerner, en su artículo Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el Acompañamiento Terapéutico (1984), quien sostiene que el acompañante terapéutico es:

persona que sin ser necesariamente psicólogo, ha recibido educación e instrucción adecuada para cooperar en un equipo terapéutico desde una posición complementaria a la del terapeuta de cabecera (TC). Su función es cumplir las consignas del TC, las que tienden en su mayor parte a contener la ansiedad y dar respuesta apropiada a las conductas sintomáticas del paciente (...) se pone énfasis en el potencial de este recurso en la investigación psiquiátrica. (Dorfman Lerner, 1984, p. 21)

La autora deja ver qué tipo de capacidades se le exige al acompañante: “persona que sin ser necesariamente psicólogo”. Si no se exige un título específico, se puede inferir que, lo que se vuelve central es la disposición personal. Nuevamente, la idoneidad no se define solo por la formación disciplinar y la acreditación académica.

“ha recibido educación e instrucción adecuada”. No se habla de especialización completa, de carrera terminada, ni de formación teórica, sino de una instrucción, de preparación para ejercer una función. Esto deja ver que el saber teórico/técnico es necesario pero no suficiente y que debe articularse con algo del modo de estar del acompañante. La instrucción aparece como condición de base, pero la eficacia del acompañamiento dependerá, en lo que sigue de la cita, de la manera singular en que el practicante encarne dicha función.

“cooperar en un equipo terapéutico desde una posición complementaria”. Aquí se dibuja una dimensión de idoneidad subjetiva. Cooperar significa reconocer límites, tolerar no ocupar el lugar central, sostener transferencias cruzadas, articularse con otros discursos (interdisciplina), manejar presiones institucionales. Ocupar una posición complementaria dentro del equipo terapéutico exige una idoneidad personal cercana a la capacidad de articulación, de sostener el no ser protagonista único y de obrar bajo la orientación clínica de otro.

“contener la ansiedad y responder a conductas sintomáticas”. Contener requiere regulación emocional propia, capacidad de sostén, presencia, confianza, manejo transferencial, tolerancia al acting o al acto disruptivo, lo que denota claramente competencia personal. Las tareas de contención y respuesta frente a conductas sintomáticas ponen en juego la estabilidad subjetiva del acompañante y su capacidad de equilibrar situaciones de alta complejidad e intensidad afectivas.

Aunque la función del acompañante terapéutico se presenta aquí como complementaria y orientada o dirigida por las consignas del terapeuta de cabecera, su ejercicio exige una idoneidad personal específica.

En nuestro siglo la vida se ha complicado un tanto, y ya no contamos con seres tan incondicionales, espontáneos, eficientes y sanos como para proporcionar a alguien perturbado, la compañía estable, esclarecida y sedante que pueda sostenerlo hasta una mejoría aceptable. Los terapeutas, por otra parte, están demasiado exigidos por diversas circunstancias como para hacerse cargo de un único paciente durante toda su enfermedad. (Dorfman Lerner, 1984, p. 21)

Para la autora, la idoneidad personal del acompañante aparece ahora formulada de manera indirecta, como problema histórico-clínico: “ya no contamos con seres tan incondicionales, espontáneos, eficientes y sanos”. Aquí encontramos atributos personales, no técnicos. Incondicionalidad, espontaneidad, eficiencia, salud psíquica. Esto nos conduce a las puertas de una aptitud subjetiva. La referencia a cualidades como la incondicionalidad o la espontaneidad muestra que la función de acompañamiento requiere de condiciones personales específicas que no se reducen al saber teórico/técnico.

Proporcionar “la compañía estable, esclarecida y sedante”. Aquí aparece la cuestión clínica más clara. Dorfman Lerner describe qué tipo de presencia necesita el paciente: estable, (regulación emocional del acompañante), esclarecida, en términos de capacidad de comprensión clínica, sedante, como función de contención y apaciguamiento. Esto conlleva

necesariamente manejo de sí mismo, capacidad transferencial, sostén del vínculo, tranquilidad.

“que pueda sostenerlo hasta una mejoría aceptable”. El verbo sostener, en su amplio sentido, es prácticamente una bandera clínica del AT. No conlleva solo estar presente, sino tolerar crisis, soportar angustia, mantener continuidad, no retroceder frente a la disrupción, como competencias subjetivas.

“Los terapeutas (...) están demasiado exigido”. El acompañante surge porque alguien debe ocupar ese lugar de presencia continua, ese lugar no puede ser puramente técnico, debe ser encarnado por un sujeto. El AT se constituye como función clínica basada en disponibilidad personal. La imposibilidad del terapeuta de sostener una presencia continua vuelve necesaria la intervención de un agente cuya principal herramienta será su propia disponibilidad personal.

Esta cita textual permite entender que el acompañamiento terapéutico requiere una aptitud personal específica. Cualidades como la incondicionalidad, la estabilidad emocional y la capacidad de compromiso sostenido aparecen como condiciones de posibilidad de la función, más allá de la formación técnica de quien acompaña.

¿Quién es el A.T.? Un AT es una persona que ha recibido una instrucción especial acerca de la psicopatología de los pacientes psiquiátricos y de la técnica de interacción con los mismos. Para desempeñar adecuadamente su tarea, es preciso que el A.T. posea un yo fuerte como para tolerar la ansiedad, la frustración y el asedio a su integridad física y psíquica a las que se expone al entrar en contacto con personas ansiosas, faltas de discriminación y/o control de sus impulsos. Debe tener una fuerte vocación de maternaje, junto con una saludable curiosidad y capacidad lúdica, amén de una buena dosis de reverie (Bion). Estos rasgos trazan un perfil de persona con bajo narcicismo patológico y alta capacidad de empatía, tacto e intuición. (Dorfman Lerner, 1984, p. 22)

En este pasaje, el perfil subjetivo se vuelve central. “es preciso que el A.T. posea un yo fuerte como para tolerar la ansiedad, la frustración y el asedio a su integridad física y psíquica”. La función expone al acompañante cuando hay impacto emocional, riesgo personal, físico y psíquico. La tarea requiere consistencia interna, cierta templanza. Luego, idoneidad subjetiva *stricto sensu*. La petición de un “yo fuerte” señala que el ejercicio de ésta práctica supone condiciones específicas, vinculadas a la tolerancia a la angustia, la frustración y las situaciones de desorganización y urgencia del paciente.

“Debe tener una fuerte vocación de maternaje”. No habla de técnica sino de capacidad de cuidado, disponibilidad afectiva, apoyo, continuidad, presencia. La referencia al maternaje ubica la intervención del acompañante en el registro del sostén subjetivo y vincular, más allá de procedimientos técnicos estandarizados.

“Saludable curiosidad y capacidad lúdica” que involucra apertura al encuentro, flexibilidad psíquica, creatividad que posibilite entrar en el mundo del paciente. Esto es claramente una posición subjetiva y personal. La curiosidad y la capacidad lúdica señalan la necesidad de una personalidad flexible, creativa, capaz de construir lazo terapéutico en escenarios variados, complejos y no convencionales.

La noción de reverie de Wilfred Bion citada por la autora, implica la capacidad de recibir estados emocionales sin filtros que amortigüen, metabolizar angustias, devolverlas transformadas, sostener la función continente. Es una función profundamente subjetiva. La apelación a la reverie coloca al acompañante como operador de funciones de continencia psíquica, lo cual exige una particular disponibilidad.

“perfil de persona con bajo narcisismo patológico y alta capacidad de empatía, tacto e intuición.”. Se describe aquí una estructura vincular, una modalidad de relación con el otro, manejo clínico, sensibilidad transferencial. Prácticamente, una definición de condición personal. El énfasis en la *empatía, el tacto y la intuición* muestra que la efectividad del acompañamiento depende en gran medida de la modalidad subjetiva del vínculo que el

acompañante pueda establecer con el paciente. Su función exige una competencia subjetiva específica, vinculada a la tolerancia a la angustia, la disponibilidad afectiva y la capacidad de desempeñar funciones de continencia psíquica en contextos clínicos complejos.

¿Qué instrucción formal previa se requiere para ser A. T.? Hay terapeutas que opinan que el A. T. debe ser necesariamente un psicólogo profesional. Consideran que solo una amplia y profunda formación en esta materia puede capacitar a alguien para acompañar a un enfermo mental. Otros terapeutas, en cambio, rechazan a quienes hayan tenido formación sistemática alguna, por considerar que sólo el sentido común debe privar en el desempeño de este rol: es él, dicen, quien orientará mejor que cualquier texto aprendido hacia la solución de los problemas conductuales de los enfermos. Por mi parte, opino como B. Shaw, que el sentido común es el menos común de los sentidos. ya que resulta de una síntesis de múltiples impresiones y aquélla no es sencilla de lograr. Si bien la instrucción formal no la genera, la ignorancia tampoco la alienta. Es cierto que el corsé que significan las teorías científicas (especialmente cuando están mal aprendidas o peor aplicadas) limita las posibilidades técnicas operativas de quien se encastilla en ellas, pero si ése fuera el caso seríamos los terapeutas los primeros perjudicados. Por otro lado, las mejores disposiciones y aptitudes naturales pueden inactivarse ante la inundación provocada por situaciones incomprensibles, inesperadas o difícilmente manejables si no se cuenta con un mínimo de conocimientos teórico-técnicos. Es por esta razón que creo que el A. T. debe estar formado especialmente para esta tarea, más aún el psicólogo profesional no recibe una educación oficial específica que lo capacite para ello. En este sentido, por supuesto el ser psicólogo no molesta, más tampoco basta. Dentro de la tarea formativa de un A. T. es su salud mental la que habrá de ser preservada por sobre todo, y no existirá peor noticia que dejar librada al azar su intervención junto al enfermo. El A. T. debe estar informado sobre las conductas esperables, sobre el valor y

significado que puedan tener para el paciente y su medio familiar (Dorfman Lerner, 1984, p. 23)

Esta extensa cita va dosificando y construyendo la competencia del acompañante entre formación, sentido común, experiencia y salud mental del propio operador.

“hay terapeutas que opinan que el A.T. debe ser necesariamente un psicólogo (...) otros rechazan a quienes hayan tenido formación sistemática”. Este pasaje muestra que la conveniencia del A.T. no se resuelve simplemente por el título, ni solo formación académica, ni solo sentido común, sino una articulación muy particular que hace a la dimensión subjetiva del rol. Su aptitud no puede reducirse solamente a la acreditación profesional, sino que necesita de una configuración subjetiva particular.

La referencia a George Bernard Shaw “el sentido común es el menos común de los sentidos” plantea que el sentido común no es espontáneo, sino una síntesis psíquica compleja que requiere cierta experiencia, elaboración, maduración subjetiva y personal. La apelación al sentido común como síntesis de múltiples impresiones y reflexión, permite pensar la idoneidad del acompañante como resultado de un proceso de elaboración subjetiva.

Pero “las mejores disposiciones y aptitudes naturales pueden inactivarse ante situaciones incomprensibles”. La buena voluntad e incluso las aptitudes previas, no alcanzan ahí donde la implicación emocional puede desbordar. La situación clínica impacta en el acompañante, lo que requiere preparación psíquica, capacidad de metabolizar lo inesperado, sostén subjetivo. La exposición a situaciones clínicas intensas exige del acompañante una competencia personal que permita sostener las intervenciones sin quedar desbordado por la experiencia de situaciones incomprensibles.

“debe estar formado especialmente para esta tarea”. No se habla de formación general sino formación específica, especial, para ocupar esa función. Esto es, aprender a posicionarse, aprender a intervenir y a mantener límites. Es formación de la función clínica. La necesidad de una formación específica señala que la idoneidad del acompañante tampoco es

completamente innata, sino que debe construirse y foguearse al calor de las exigencias subjetivas del dispositivo.

“Es su salud mental la que habrá de ser preservada”. Aquí se ve al acompañante afectado por la clínica, alguien que puede desorganizarse, alguien cuya estabilidad es condición necesaria para el desarrollo del tratamiento. La preservación de la salud mental del acompañante aparece como condición de posibilidad de su función, lo que evidencia el carácter personal y exigente de esta práctica.

“Debe estar informado sobre las conductas esperables”. La cualidad personal no es solo emocional, también se trata de comprender. Connota anticipar, leer situaciones, no reaccionar impulsivamente, sostener la orientación clínica. El conocimiento sobre las conductas esperables permite al acompañante realizar intervenciones subjetivamente controladas frente a situaciones de alta complejidad.

La investigación en torno a la formación previa del acompañante terapéutico pone de relieve nuevamente, que su idoneidad, el ser apto, no depende exclusivamente de titulaciones profesionales, ni solo de disposiciones naturales. La necesidad de preservar su salud mental, de sostener intervenciones frente a situaciones inesperadas y de construir un criterio clínico propio muestra que el ejercicio de esta función exige una elaboración subjetiva específica, pero que también articule conocimientos teóricos, experiencia y capacidad de implicación.

los estados regresivos se acompañan a veces de estallidos de ansiedad y el A. T. debe estar en condiciones de contenerlos, encauzar las agresiones sin reciprocadas y, más allá, convivir situaciones desde una posición de “inmersión completa” en la cotidianeidad del paciente durante el tiempo comprendido entre las sesiones psicoterapéuticas. (Dorfman Lerner, 1984, p. 23)

Esta cita describe qué debe poder hacer el A.T. en situaciones de alta intensidad emocional y psíquica. “los estados regresivos se acompañan a veces de estallidos de ansiedad”. Esto sitúa la intervención en momentos de desorganización, pérdida de recursos

yoicos del paciente, aumento de acting, a veces fragilidad del encuadre. El acompañante se mantiene como punto de estabilidad subjetiva. La exposición del operador a estados regresivos del paciente, lo enfrenta a medir su capacidad de mantener una posición estable frente a manifestaciones de intensa ansiedad, pues además “debe estar en condiciones de contenerlos”. Contener no es solo intervenir técnicamente, ni solo estar presente, sino que comporta regulación emocional propia, ser continente, tolerancia a la angustia del otro, no desbordarse. La función de contención exige del acompañante una disponibilidad psíquica capaz de recibir y procesar la angustia del paciente sin responder desde la propia desorganización. “encauzar las agresiones sin reciprocarlas”, esto es, no responder desde la reacción contratransferencial, sostener límites sin actuar con violencia, diferenciarse del acting del paciente y operar con criterio, prudencia. Todas exigencias de elaboración subjetiva. La posibilidad de no reciprocidad frente a la agresión muestra que la intervención del acompañante requiere una medida personal que permita filtrar y transformar el impacto emocional en acción clínica, terapéutica.

“covivenciar situaciones desde una posición de ‘inmersión completa’ en la cotidianeidad”. Este pasaje describe algo muy específico del A.T. en términos de cercanía extrema, vecindad, continuidad del vínculo, presencia en lo cotidiano. Esto requiere de límites internos firmes, capacidad de no confundirse, estar en función sin fusionarse. La inmersión del acompañante en la cotidianeidad del paciente vuelve central su capacidad de sostener una posición clínica sin quedar absorbido por la dinámica muchas veces regresiva de lo vincular.

Luego, en contextos de regresión, ansiedad y agresividad del paciente, se requiere de una idoneidad personal específica por parte del acompañante. La necesidad de contener estallidos emocionales, encauzar conductas agresivas sin responder desde la reciprocidad y sostener una presencia clínica inmersa en la vida cotidiana del paciente muestra que la eficacia del AT depende en gran medida de la estabilidad personal del que opera.

“el tipo de relación A.T.-paciente que se crea no puede, por definición, revestir los matices del vínculo que se entabla entre el paciente y su terapeuta: los aspectos de autoridad o referencia última recaen sobre el terapeuta de cabecera, responsable máximo del tratamiento del paciente. No significa esto que el A.T. deba carecer de autoridad. Ocurre, más bien, lo contrario: en el "como si" del rol el A.T. ocupará el lugar de la madre y el terapeuta el lugar del padre”. (Dorfman Lerner, 1984, p. 24)

La cita deja entrever en la lógica del rol y de la función transferencial, una facultad ligada a la capacidad de sostener un lugar simbólico y no personal. “en el ‘como si’ del rol el A.T. ocupará el lugar de la madre”. El A.T. debe poder encarnar una función sin confundirse con ella, es decir, tener la capacidad subjetiva de prestar su persona al dispositivo sin quedar capturado imaginariamente. No alcanza con saber “qué hacer”; hay que poder soportar transferencialmente un lugar, sostener recursos personales como el manejo de la implicación, tolerancia a la dependencia del paciente, capacidad de no responder desde lo personal. Idoneidad ligada al reconocimiento del límite y de la autoridad clínica pues “los aspectos de autoridad o referencia última recaen sobre el terapeuta de cabecera”. El AT debe poder no ocupar el lugar de saber último, ni apropiarse del vínculo con el paciente. Es decir, la idoneidad supone aceptar también una posición no acaparadora, tolerar lo inacabado del rol, sostener la referencia a otro. La idoneidad no habilita una autonomía absoluta, sino la capacidad de trabajar en equipo y en transferencia con lo institucional.

“No significa esto que el A. T. deba carecer de autoridad. Ocurre, más bien, lo contrario”. El AT debe ejercer autoridad pero sin ser la autoridad última, una autoridad operativa, cotidiana, pero subordinada simbólicamente. Es una autoridad funcional y no en términos de identidad.

Es de todos conocido que cierto tipo de enfermos resulta inescrutable en presencia del terapeuta, mientras que en presencia de otros, familiares o amigos, manifiestan comportamientos insospechables. La posibilidad de tener esta clase de realimentación

por parte del A. T. enriquece y amplía el campo de observación del terapeuta. Los A. T. pasarían, metafóricamente, a desempeñarse a la manera de los sátrapas, "ojos y oídos" del rey entre los antiguos persas. (Dorfman Lerner, 1984, p. 27)

La cita nos entrega la posición del A.T. como instrumento clínico y mediador del saber. Esto es, la aptitud ligada a la capacidad de producir acceso a lo no explorado, lo no sabido, puesto que "cierto tipo de enfermos resulta inescrutable en presencia del terapeuta". El acompañante debe poder propiciar vínculos donde algo del sujeto aparezca. Es decir, su idoneidad no es solo observar, sino hacer posible la emergencia de manifestaciones subjetivas que no se producen en otros dispositivos. Esto requiere de recursos personales en términos de disponibilidad afectiva, plasticidad vincular, soportar la incertidumbre, capacidad de sostener escenas cotidianas sin forzarlas clínicamente.

"La posibilidad de tener esta clase de realimentación por parte del A.T. enriquece y amplía el campo de observación del terapeuta.". Esto nos acerca a la aptitud como capacidad de transmitir y no apropiarse del saber. El AT registra, elabora y transmite clínicamente lo vivido. Esto exige idoneidad subjetiva para no quedarse en el puro impacto emocional, no interpretar por cuenta propia, no retener la información como posesión personal, sino transformar la experiencia en material clínico para compartir. También, idoneidad como función de "instrumento".

"los A.T. pasarían, metafóricamente, a desempeñarse a la manera de los sátrapas, 'ojos y oídos' del rey". Aquí, el acompañante presta sus sentidos, su percepción y su presencia al tratamiento, pero sin volverse un mero ejecutor mecánico ni un factor persecutorio. Lo que requiere de una responsabilidad sin protagonismo, sin pegoteo, observación pero no control intrusivo. Esto es, idoneidad como manejo del poder transferencial de la información. El A.T. accede a un saber privilegiado: escenas íntimas, conductas espontáneas, dichos dirigidos y no dirigidos al terapeuta. La aptitud personal implica responsabilidad ética en el uso y transmisión

de ese saber. No todo lo que ve, debe decirse igual, ni en cualquier momento, ni sin previa elaboración.

en el "como si" de la terapia el médico desempeñará el rol-función paterna de discriminación y disolución de la simbiosis materna, mientras el A.T. se embarcará en una simbiosis sin riesgo, en su rol-función materna, entre cuyos cometidos está, en primer lugar, la reconstrucción -o construcción- del narcisismo sano ("trófico", Rossolato) que no acaba de conformarse nunca adecuadamente en el paciente psicótico. (Dorfman Lerner, 1984, p. 28)

Entonces, la idoneidad como capacidad de entrar en un vínculo intenso sin quedar capturado. "el A.T. se embarcará en una simbiosis sin riesgo". El A.T. debe poder acercarse mucho al paciente, pero sin perder su posición clínica. Aquí, ser idóneo es poder sostener una proximidad afectiva, atravesar momentos de fusión vincular, no responder desde lo personal. Esto invoca necesariamente recursos subjetivos como estabilidad del yo, trabajo sobre lo propio, posibilidad de sustentar límites internos.

Tenemos otro aspecto de la idoneidad, esta vez, como manejo del "como si" del rol, "en el 'como si' de la terapia". El A.T. debe poder encarnar una función materna sin ser la madre. Es decir, prestar su presencia pero no identificarse imaginariamente, no creer que "salva" al paciente, no confundirse con un vínculo real de filiación o amistad. La idoneidad subjetiva es entonces la capacidad de habitar un lugar transferencial sin apropiárselo, sin quedar adherido. Pero también, idoneidad como sostén del narcisismo del paciente, en términos de "la reconstrucción -o construcción- del narcisismo sano". El A.T. no solo acompaña. Participa activamente en operaciones psíquicas muy primarias (construcción/reconstrucción), lo que requiere sensibilidad para detectar fragilidad, cuidado en intervenciones, evitar humillaciones, confrontaciones bruscas o intrusiones. La capacidad subjetiva comporta entonces una ética del cuidado del yo del paciente.

La expresión “simbiosis sin riesgo” es casi una definición de idoneidad, porque señala que el riesgo no desaparece y el AT debe saber cómo transitarlo. Esto supone supervisión, referencia al terapeuta, capacidad de tomar distancia, no quedar atrapado en demandas exclusivas

### 5.5 La búsqueda como posición subjetiva: fundamentos del AT en Gabriel Pulice

En la obra de Gabriel Pulice, más precisamente en el texto “Mito de Origen”, publicado en el libro Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico (2011), encontramos algunas conceptualizaciones que permiten pensar la noción de *búsqueda* como una posición subjetiva de origen:

Desde su surgimiento en Argentina, en una fecha indeterminada que podríamos situar entre finales de los años 60' y principios de los 70' del pasado siglo XX, el Acompañamiento Terapéutico nace como una herramienta clínica que se inscribe en una búsqueda —compartida por una buena parte de los profesionales del campo de la Salud Mental— cuyo propósito no era otro que intentar subvertir los lineamientos por entonces imperantes, aun fuertemente arraigados, del modelo manicomial. (Pulice, 2011, p. 1)

La noción de búsqueda en la que está inscripta el Acompañamiento Terapéutico según este autor, significa ya una posición subjetiva de partida. Si surge como parte de un contexto de búsqueda clínica, entonces el acompañante no se ubica tan solo como mero ejecutor de indicaciones, sino como alguien que participa activamente en la construcción del dispositivo. Su función se funda en una disposición subjetiva investigativa, una actitud interrogativa.

La aparición en escena del Acompañamiento Terapéutico está fuertemente atravesada por ese contexto: ligada a una praxis que se ubica más como una investigación que como una ciencia establecida —habida cuenta de que el destronado «Paradigma Pineliano» no halló sin embargo un pronto y claro sucesor—, sería necesario un

prolongado período de maduración para que, más allá del multiatravesamiento de saberes que le da origen, pudieran comenzar a delimitarse con alguna precisión los contornos de su figura. Esto permite entender la diversidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de nuestra experiencia para establecer un marco conceptual propio y distintivo. (Pulice, 2011, p. 3)

Aunque, nuevamente ligado al modo en que surge la práctica, en esta cita se encuentra algún indicio que permite leer la exigencia de idoneidad personal y subjetiva del A.T. en relación a la falta de una ciencia establecida y consolidada, a la falta de un marco conceptual, que condicionan al acompañante terapéutico a sostener una actitud investigativa, de exploración (lo que supone recursos de otra índole, como los personales, la tolerancia a la incertidumbre, la disposición a la sorpresa y lo nuevo, etc). También se habla ahí de un “prolongado período de maduración”, como condición de crecimiento del acompañamiento y su práctica, que propicia la capacidad de esperar, soportar procesos largos, no buscar resultados inmediatos, cierta prudencia y paciencia clínica.

El mencionado “multiatravesamiento de saberes” señala otra dimensión a tener en cuenta: el AT no puede ser cerrado y rígido en términos de saber. Debe poder estar a la altura de un rol “entre” disciplinas, soportar tener un lugar opaco. Esto exige plasticidad subjetiva, y por sobre todo, capacidad de trabajo en equipo. Por otra parte, la “dificultad para establecer un marco conceptual propio”, favorece que muchas veces el rol no quede claro (aún hoy en día) o esté teñido de formas ambiguas. Esto requiere de la capacidad de sostener el rol aun en las indefiniciones, y tolerancia a la falta de reconocimiento que se puede derivar de dicha dificultad.

Así, a partir de éste autor, la idoneidad del acompañante terapéutico antes de su inscripción académica, deja inferir que implicaba una disposición subjetiva particular, que incluía desde su origen, capacidad investigativa, tolerancia a la incertidumbre, maduración

emocional, plasticidad frente al multiatravesamiento disciplinar y de saberes, aptitud para sostener el rol en contextos donde sus contornos aún no están claramente delimitados.

### **5.6 Gustavo Rossi: el “entre”, la mediación y la terceridad**

Pero no alcanzaba con esto, ni siquiera para sostener el tratamiento. Se le indica inmediatamente medicación psicofarmacológica, y después de un tiempo se incluye también acompañamiento terapéutico, en este caso como una forma de mediatizar, de hacer de "bisagra", entre aquel ensimismamiento y el mundo, delimitándose a su vez algún tope con eso que desde la silueta maternal se le volvía terrible, amenazante. La presencia de dos acompañantes algunas horas cada día, permitió en el espacio cotidiano una interlocución con alguien que sin llegar a ser un extraño tampoco era un miembro de su familia, ni su madre, ni su hermana. (Rossi, 2004, p. 3)

En esta cita de una viñeta clínica, en el texto de Gustavo Rossi, El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental (2004), se encuentran varios indicios muy interesantes sobre la idoneidad subjetiva, para esta investigación. Capacidad de habitar un “entre” en este “hacer de bisagra entre aquel ensimismamiento y el mundo”. Esto exige un acompañante que pueda ocupar posiciones intermedias, no forzar ni invadir, no retroceder, tolerar las ambigüedades y los momentos de transición y un manejo prudencial de la distancia y la cercanía.

“delimitándose a su vez algún tope con eso que desde la silueta maternal se le volvía terrible, amenazante.” El AT es alguien que puede poner un límite sin violencia, especie de filtro o modulador de lo invasivo No se confunde con figuras primarias (no queda capturado en lo materno). Se trata de regulación de lo amenazante. Aquí la competencia radica en la

capacidad de sostener límites y no quedar atrapado en identificaciones transferenciales masivas.

El autor espera del acompañante, su disponibilidad para una presencia significativa pero no invasiva, esto es “alguien que sin llegar a ser un extraño tampoco era un miembro de su familia” No es completamente ajeno pues hay vínculo, no es familiar pues hay diferencia estructurada por el rol y la función. El acompañante es aquel que sabe ubicarse en una posición tercera de no fusión, de no distancia absoluta.

En esta cita se lee además la capacidad de generar diálogo, pues “permitió (...) una interlocución con alguien”. El AT debe habilitar la palabra y formas de intercambio, ofrecerse como otro disponible para el lazo, no imponer discurso, sino propiciar emergencia subjetiva. Por lo tanto, escucha y función de soporte del lazo social.

El acompañante trabaja “en el espacio cotidiano”, lo que conduce a Intervenir fuera del consultorio clásico, leer en situaciones complejas, en acto, tener criterio clínico en la inmediatez.

Toda la cita pone en evidencia que la idoneidad del acompañante terapéutico radica en su capacidad de sostener una posición intermedia, ni extraña ni familiar, haciendo las veces de bisagra entre el repliegue subjetivo y el mundo, regulando lo amenazante sin invadir, y habilitando el diálogo en la vida cotidiana.

“El acompañante permite muchas veces una presencia cercana, que no es la del amigo o familiar, precisamente cuando el terapeuta a cargo considera que la interrelación con la familia no es conveniente en determinadas situaciones, al menos sin "mediaciones". (Rossi, 2004, p. 3). Aunque no esté formulada explícitamente en la cita textual, igualmente puede leerse algo del orden de las capacidades personales y subjetivas esperadas.

“Permite una presencia cercana”. Esto no es solo una función técnica, acarrea una capacidad subjetiva de estar con otro sin invadirlo, dando cuenta de una predisposición para la proximidad regulada, el poder acercarse sin confundirse con su acompañado. Supone el

manejo de la intervención, ni distancia fría ni fusión, “que no es la del amigo o familiar” lo que señala algo central, esto es, la diferenciación de roles, no quedar capturado en lugares de amistad, de socorro o familiaridad. Esto conlleva una aptitud subjetiva que se traduce en poder poner límites a la identificación y sostener una función más que un vínculo espontáneo.

“cuando el terapeuta a cargo considera”. Esto introduce la dimensión del trabajar en equipo, soportar la transferencia institucional. El AT debe poder subordinar su accionar a una dirección clínica. Esto abre la dimensión del respeto y en cierta medida, acatamiento del encuadre, sin actuar por cuenta propia desde lo personal, apartándose de toda pretensión narcisista.

“la interrelación con la familia no es conveniente”. Esto coloca al AT en un lugar delicado, ahí donde debe sustituir parcialmente un lazo sin ocuparlo plenamente. Esto demanda tolerar lugares ambiguos o incompletos, sin pretender cerrarlos. Entonces, soportar la indeterminación, no obturarla con respuestas inmediatas o identificaciones.

“al menos sin ‘mediaciones’.” El AT funciona como mediador. No es un actor directamente comprometido sino alguien que filtra, traduce, regula los vínculos con aptitud de terceridad, lo que redundaría en no quedar atrapado en relaciones duales, sino que introduce un espacio simbólico, tercero.

Esta cita textual pone en juego una idoneidad subjetiva del acompañante terapéutico apoyada en la capacidad de sostener una presencia cercana sin caer en la familiaridad, diferenciando su rol de los vínculos duales, imaginarios. Demanda una posición de mediación que exige tolerar la indeterminación, evitar identificaciones masivas y sostener la función dentro de una dirección clínica, lo cual da cuenta de una aptitud para operar como ese tercero en la regulación de los lazos.

“Luego del inicio del tratamiento de psicoterapia, con la presencia de ese tercero extra-familiar -que aquí se encarna en los acompañantes terapéuticos- se genera en el trato cotidiano una cierta “toma de distancia”, lo cual resulta pacificador.” (Rossi, 2004, p. 3). Aquí la

idoneidad subjetiva del acompañante terapéutico aparece todavía más condensada que en la anterior, sobre todo en torno a su función de terceridad.

“la presencia de ese tercero extra-familiar”. El AT no es uno más, es un tercero de quien se requiere no quedar capturado en la lógica paciente–familia, sostener una posición diferenciada, no alinearse automáticamente con ninguna de las partes. Es una capacidad personal de descentrarse, de no responder desde lo personal.

Ese tercero “se encarna en los acompañantes terapéuticos”. La palabra “encarna” permite leer una función que pasa por el cuerpo y la presencia, lo que indica que la herramienta principal es el propio sujeto del A.T.

Saber prestar el cuerpo sin quedar absorbido “en el trato cotidiano”. Nuevamente, esto no ocurre en un consultorio, sino en la vida diaria que exige una capacidad de lectura permanente de la situación, sin sostenerse en dispositivos rígidos, y entrañando “una cierta ‘toma de distancia’” que no genera cercanía solamente. El AT debe poder operar regulando los vínculos, no responder desde la urgencia afectiva ni desde la identificación, sino desde una posición mediadora “lo cual resulta pacificador” a partir de una aptitud subjetiva que apunta a disminuir tensiones.

El autor pone de relieve que la idoneidad del acompañante terapéutico radica en su capacidad de encarnar una función de terceridad en el entramado familiar, que supone una aptitud subjetiva para no quedar capturado en vínculos duales, sostener presencia diferenciada en lo cotidiano y operar introduciendo una distancia que regula y pacifica los lazos. Posición que requiere manejo de la propia implicación, evitando identificaciones y la intervención invasiva.

En esta lectura, subrayemos que no será el acompañante terapéutico alguien que “sabe” cuál sería el bien del paciente, y qué tendría que hacer o dejar de hacer, a la manera de recetas, que indican qué es lo normal y qué es lo patológico. No se plantea como un “modelo” de salud mental, ni quiere serlo, como tampoco a mi entender lo

sería el terapeuta, aunque la posición desde la cual organice su estrategia tendrá consecuencias para el lugar del acompañante. (Rossi, 2004, p. 5)

El autor introduce un matiz porque define la idoneidad del acompañante terapéutico por la negativa, es decir, por lo que no debe ser. Aparece con fuerza la exigencia subjetiva del rol.

Se descarta una posición de saber total sobre el otro, pues “no será (...) alguien que ‘sabe’ cuál sería el bien del paciente”. La aptitud subjetiva consiste en la capacidad de renunciar al saber absoluto, por lo tanto, tolerar la incertidumbre y no ubicarse como quien define el destino del paciente, ni “qué tendría que hacer o dejar de hacer, a la manera de recetas”, o sea, rechazo de todo lo aplicado mecánicamente, no operar desde la moral, no generalizar.

El autor cuestiona el posicionamiento normativo clásico al referirse a “qué es lo normal y qué es lo patológico.” Indica la competencia de no sostenerse en ideales rígidos de normalidad, lo cual demanda una posición ética, no imponer un modelo de vida, ni “un ‘modelo’ de salud mental”. Mucho menos, el A.T. no es ejemplo ni ideal a imitar. La aptitud radica en no ofrecerse como modelo identificadorio del que sabe vivir bien y cierto trabajo sobre el propio narcisismo.

En la cita se introduce la responsabilidad clínica, pues “la posición desde la cual organice su estrategia tendrá consecuencias” aunque no haya saber total. El AT debe poder leer que su modo de intervenir produce efectos.

La cita bordea la idoneidad del acompañante terapéutico a partir de una ética de la no imposición. No se trata de alguien que detenta un saber sobre el bien del paciente ni que opera mediante recetas o ideales normalizadores. Por el contrario, se exige una aptitud subjetiva para sostener la incertidumbre, evitar posiciones normativas o identificatorias y renunciar a erigirse como modelo. Esta renuncia no significa ausencia de responsabilidad, pues

la estrategia que el acompañante despliegue tendrá efectos inevitables en la dirección del tratamiento.

En el plano de las terapéuticas posibles, se observa que resultan productivas las experiencias donde se apela al vínculo del sujeto con pares, donde algo del imaginario de un vínculo amistoso se juega, y el diálogo implica la presencia de un otro como semejante y no una interrogación desde el lugar del Saber/Poder del terapeuta (sea psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, acompañante terapéutico o cualquiera de las funciones psi disponibles). (Rossi, 2009, p. 366)

Esta cita extraída del artículo Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas (Rossi, 2009) nos indica que el A.T. no puede posicionarse como quien sabe sobre el otro. Como consecuencia de ello, renuncia a la posición de dominio o autoridad evitando una postura directiva o interpretativa, tolera no saber, no tener respuestas cerradas. Esto lo conduce a una humildad clínica y a un manejo del narcisismo profesional que le posibilita ubicarse como “semejante” de su acompañado, estableciendo un lazo horizontal (ni por encima ni por debajo). Así, el vínculo se acerca a lo humano, sin perder el encuadre, en el seno de un diálogo que no invade con preguntas, dejando que la palabra circule. La idoneidad subjetiva pasa aquí por la capacidad de escucha, paciencia, respeto por los tiempos del otro. El hecho de que “algo del imaginario de un vínculo amistoso se juega”, le permite al acompañante poder encarnar cierta cercanía afectiva, pero sin confundirse con un amigo real, sin perder la función clínica, lo que comporta un trabajo personal sobre los límites y la propia implicación.

En el texto El at y su lazo social: interpelaciones a la comunidad, lugares para el malestar singular (2013), Gustavo Rossi plantea lo siguiente:

El dispositivo de AT utiliza precisamente esos espacios del afuera, de la cotidianeidad, en beneficio de un proyecto terapéutico. Más bien podemos decir que el At es claustrofóbico. La “casa” de la que hablamos en el AT es la del paciente, así sea una

institución... En el AT, ese saber se produce en una “escena artesanal” que también es “a construir” entre el acompañado y el acompañante. (Rossi, 2013, p. 3)

El hecho de que el dispositivo se despliegue en “esos espacios del afuera, de la cotidianeidad”, comporta una práctica siempre al borde de lo contingente, flexible, donde se necesita alguien capaz de lectura de la situación. Al situarse en la casa del paciente, el A.T. debe poder intervenir en un territorio que no le pertenece, lo que requiere prudencia y respeto por la alteridad. La referencia a una “escena artesanal” indica que las intervenciones ponen en juego la creatividad y el compromiso personal del acompañante. Aquella escena “a construir” entre ambos, señala la necesidad de una posición abierta para sostener un vínculo donde el saber se produce en la relación y no antes.

### **5.7 Susana Kuras de Mauer entrevistada: el entusiasmo**

Entrevistada en el año 2011 por Emilia Cueto para el portal [elsigma.com](http://elsigma.com), Susana Kuras de Mauer responde a la pregunta por su práctica desde el año 1971:

Siendo estudiante de la carrera de psicología de la UBA conocí a Eduardo Kalina, quien trataba pacientes graves, especialmente adolescentes adictos y proponía, ya entonces, estrategias clínicas de abordaje que incluían en su seno a psicoterapeutas, psiquiatras, terapeutas familiares, y lo que por entonces llamábamos “amigos calificados”. Sin vacilar, bendije esa posibilidad de integrarme a un equipo asistencial, que me dio la oportunidad de trabajar, aprender y formarme, mientras asistíamos a jóvenes, en su mayoría psicóticos.

Recuerdo que mi entusiasmo era tal, que luego de haber trabajado un largo mes, cuando me reclamaron que no había pasado mis honorarios correspondientes, ¡me enteré que se trataba de una tarea remunerada!”. (Kuras de Mauer, 2011, p.1)

En esta respuesta de Kuras de Mauer, la idoneidad subjetiva aparece encarnada en una experiencia. Es muy interesante, pues deja ver qué disposiciones hacen posible ocupar ese lugar. Hay una firme convicción de entrar en un dispositivo colectivo. “Sin vacilar, bendije esa

posibilidad de integrarme a un equipo asistencial”, y no a trabajar desde un lugar individualista, denotando la capacidad de ubicarse como parte de un engranaje y no como figura central. La entrevistada subraya una posición de aprendizaje permanente que le “dio la oportunidad de trabajar, aprender y formarme”, reconociendo la propia incompletud, no suponerse ya formado.

“mi entusiasmo era tal” El entusiasmo aparece como motor, deseo de comprometerse en la tarea, condición subjetiva clave en el acompañamiento. Lo que empalma con la confesión de “luego de haber trabajado un largo mes, (...) ¡me enteré que se trataba de una tarea remunerada!” donde se puede leer una posición no guiada por el rédito económico, una relación no mercantil inmediata con la práctica, donde prima el aprendizaje y el compromiso con la tarea. Entrega clínica más allá de los cálculos.

La cita deja ver que la idoneidad del AT incluye un deseo de participar en la práctica clínica, de aprender y formarse en la experiencia, capacidad de trabajar con otros en equipo y una responsabilidad personal que no se agota en lo económico.

“pertenecer a la prehistoria ágrafa del acompañamiento es un problema justamente porque las experiencias eran clínicas, y hasta podría decirse épicas, y el intercambio entre distintos polos de pertenencia era aún informal.” (Kuras de Mauer, 2011, p.1). Aquí se dejan leer ciertas exigencias del rol. La “prehistoria ágrafa del acompañamiento” ya da cuenta de que no había formalización ni marcos teóricos consolidados, requiriendo de una capacidad para sostener la práctica sin garantías ni referencias claras. Esto es, la falta de saber instituido, pero sin retroceder ante esto.

“las experiencias eran clínicas, y hasta podría decirse épicas” sugiere situaciones límite, intensas, desbordantes, que solo se tolera si hay una disponibilidad para implicarse en escenarios complejos, con alto grado de exposición subjetiva e inventiva clínica. Además, si “el intercambio (...) era aún informal” quiere decir que no había dispositivos sistemáticos de supervisión o coordinación. Se trata de la capacidad de construir lazo con otros sin estructuras

formales, habilitar la interlocución aun en la precariedad, con responsabilidad propia, sin apoyarse completamente en regulaciones externas dentro de un campo heterogéneo sin quedar capturado por un solo polo.

“Con pudor y con orgullo seguimos recordando, anécdotas de los comienzos, propias de tanteos de la inexperiencia, como correr por la calle a un paciente adolescente, alto y ágil fugado del hospital de Día mientras llegaba el acompañante de reemplazo. Yo corría a pie y Jorge, el AT que venía a reemplazarme en su Fiat 600. Cuando encontramos finalmente al paciente, algunas cuadras más adelante cometimos el error de subirnos al Fitito los tres con la pretenciosa ilusión de que el paciente pudiera reflexionar sobre su acting out... Eran los tempranos setentas”. (Kuras de Mauer, 2011, p. 2)

La idoneidad subjetiva del acompañante se configura aquí a partir del error y la experiencia, no como un saber previo. Es muy valiosa porque muestra cómo se va construyendo como aptitud en la práctica. “Con pudor y con orgullo seguimos recordando” comporta poder revisar, elaborar y asumir los errores sin negarlos. El “pudor” como reconocimiento de límites y el “orgullo” como reivindicación de la experiencia y de los “tanteos de la inexperiencia”. La práctica no parte de un saber previo, sino de la aptitud y la disponibilidad de aprender desde la incertidumbre, sin pretender un dominio total, de soportar no saber qué hacer en ciertas circunstancias, como “correr por la calle a un paciente (...) fugado”. A la escena de urgencia, desborde y acting, respuesta en lo real, compromiso corporal y presencia activa. Lo que exige idoneidad para no solo intervenir en lo simbólico, sino también en lo concreto.

Kuras de Mauer resalta el punto clínico de “la pretenciosa ilusión de que el paciente pudiera reflexionar sobre su acting out”, como el error de suponer que el paciente, en ese estado, podía mentalizar o simbolizar. La aptitud subjetiva aparece por contraste. Se trata de ajustar la intervención al momento del sujeto, sin imponer tiempos de elaboración previos

como capacidad de rectificación, de aprender de la experiencia. La idoneidad del AT no pasa por “no equivocarse”, sino por implicarse en la situación real y urgente, equivocarse y poder leer ese error clínicamente, ajustar la intervención a las condiciones subjetivas del paciente, construir saber desde la experiencia

“en aquel escenario inicial los amigos calificados fuimos comenzando a incluirnos como jóvenes estudiantes, con vocación asistencial, creatividad y convicción de que el trabajo en equipo podría hacer de este recurso un aporte terapéutico.” (Kuras de Mauer, 2011, p. 3). Aquí, la idoneidad subjetiva aparece en forma bastante directa, asociada a ciertas disposiciones personales que habilitan la práctica, más que a saberes formales. Ya “jóvenes estudiantes” subraya que no se parte de una posición de saber consolidado sino de una posición de aprendizaje, apertura a formarse en la práctica. Lo incompleto como condición de trabajo, sumado a lo “vocación asistencial” como dimensión del deseo de ayudar, de acompañar, de disponibilidad hacia el otro, interés por el sufrimiento ajeno. No alcanza con la técnica ni lo académico. Hay una orientación ética hacia la tarea y la “creatividad”. Entonces, deseo y vocación por la tarea asistencial, apertura al aprendizaje, creatividad e invención clínica, disposición al trabajo en equipo, como aptitudes.

“En aquel entonces yo integraba el equipo de niños y adolescentes del Policlínico Avellaneda, que dirigía Silvia Berman. Fuimos echados todos de los Servicios hospitalarios de Salud Mental, que quedaron desmantelados y arrasados en su conjunto. Pese a eso seguimos trabajando en grupos, reflexionando sobre la función de acompañar, viviendo momentos de riesgo mientras acompañábamos a nuestros pacientes en la vía pública, pero seguimos adelante.” (Kuras de Mauer, 2011, p. 3)

En este pasaje hay que agudizar la lectura entre líneas. Por ejemplo, la aptitud aparece sosteniendo el deseo más allá de las condiciones adversas. Cuando sentencia “fuimos echados (...) los servicios quedaron desmantelados (...) pese a eso seguimos trabajando”, aparece un deseo de sostener la función, sin garantías institucionales. Se trata de una idoneidad que abre

la posibilidad de no depender únicamente del encuadre formal, sino de sostener una posición subjetiva incluso cuando el Otro institucional falla. El “seguimos adelante” permite inferir una responsabilidad ética frente al otro. El A.T. no abandona la tarea aun en condiciones precarias, ni se retira cuando la escena se vuelve difícil o incierta.

La frase “seguimos trabajando en grupos, reflexionando sobre la función de acompañar” muestra una práctica pensada, elaborada, supervisada colectivamente, alejada de intervenciones aisladas. Esto señala la capacidad de poder interrogar la propia práctica, no actuar de manera automática ni individualista.

El hecho de estar “viviendo momentos de riesgo mientras acompañábamos (...) en la vía pública” muestra que el acompañante trabaja muchas veces fuera de espacios controlados. La idoneidad pasa por tolerar la inestabilidad, no desorganizarse ante lo imprevisto, sostener la presencia, el estar preocupado. Hay riesgo (no negación del mismo) pero no se pierde la capacidad de pensar lo que se hace. Al quedar “arrasados” los dispositivos, el acompañamiento tiene que reinventarse, requiriendo una posición creativa para poder construir dispositivo en acto, en función de cada situación. La aptitud del acompañante terapéutico es profundamente subjetiva: sostener el deseo, compromiso ético, capacidad de elaboración colectiva, soportar riesgos, capacidad de invención.

“Del mismo modo en que buscamos combatir la marginalidad del paciente, quisiéramos insistir en la necesidad de dar empuje a vínculos terapéuticos más ligados a la paridad, fraternos, más horizontales, como los que se entablan con el AT. Creemos que el intercambio en horizontalidad produce modos de subjetivación suplementarios indispensables para la mejoría de los pacientes.” (Kuras de Mauer, 2011, p. 5)

Kuras de Mauer desplaza la idoneidad del A.T. hacia la calidad del lazo que es capaz de producir. Se trata de “saber hacer”, y de cómo posicionarse subjetivamente en el vínculo.

Cuando se habla de vínculos “más horizontales, fraternos”, se sugiere que el A.T. puede correrse de la asimetría clásica, sin ubicarse como el experto que sabe, y por lo tanto,

no quedar capturado en posiciones de dominio o saber absoluto. En la horizontalidad no se trata de ser amigo del paciente. Supone una aptitud más compleja que se traduce en estar cerca, compartir escenas de la vida cotidiana, sin disolver la función terapéutica. Esto exige una modulación subjetiva fina: ni distancia fría ni fusión.

La frase “combatir la marginalidad del paciente” ubica al AT como alguien que trabaja contra procesos de exclusión, pero no desde la asistencia vertical, sino desde un lazo que restituye dignidad, paridad simbólica y reconoce al otro como sujeto, no como objeto de nuestra intervención.

Cuando la entrevistada subraya que la horizontalidad produce “modos de subjetivación suplementarios”, indica que el A.T. abre el horizonte de nuevas formas de ser y de vincularse. Esto requiere aptitud para abstenerse de imponer sentidos, favoreciendo condiciones para que algo del sujeto emerja. Supone además, que el A.T. puede inventar modos de estar con el otro, ajustándose a cada situación. Entonces, plasticidad y capacidad de lectura del caso por caso.

no fuimos educados para trabajar en equipos. En un enfoque interdisciplinario se busca articular lo diverso con lo propio. Allí conviven profesionales que necesitan interactuar y dialogar para evitar interferencias que perjudiquen al paciente. No olvidemos que trabajar en el terreno de las psicosis, la clínica de las impulsiones, las depresiones, la discapacidad, nos compromete a coincidir en una estrategia conjunta. No siempre los profesionales están disponibles para sostener esta dinámica de equipo. (Kuras de Mauer, 2011, p.6)

No alcanza con la formación individual. Se exige una aptitud subjetiva para habitar el “entre” de los discursos. Kuras de Mauer señala que “no fuimos educados para trabajar en equipos”. La idoneidad conlleva poder ceder la centralidad, no quedar detenido en “mi mirada es la correcta”. Esto requiere una posición subjetiva no narcisista frente al saber. Así mismo, “articular lo diverso con lo propio” comporta una operación compleja: no diluir la especificidad

del rol pero tampoco endurecerla. La aptitud está en sostener una identidad profesional flexible, capaz de dialogar con otros sin perder su función. La necesidad de “interactuar y dialogar” es fundamentalmente subjetiva: incluye poder escuchar al otro profesional, tolerar diferencias, desacuerdos. No todos están “disponibles” para eso, expresa la entrevistada, y esa disponibilidad es precisamente un índice de idoneidad, como así también, poder leer los efectos de la propia intervención en el conjunto, sin actuar de manera aislada y en el mejor de los casos, “coincidir en una estrategia conjunta” alineando la práctica en una dirección compartida. Saber no decidir todo, aceptar orientaciones de otros, ubicar la propia convicción dentro de un plan más amplio, reclama idoneidad personal; y todo esto dentro de un marco de complejidad clínica, pues Kuras de Mauer menciona las psicosis, las impulsiones, la depresión, la discapacidad, como campos donde el trabajo en equipo no es una opción. Idóneo es aquel capaz de sostener una posición de articulación en el dispositivo.

En algún tiempo hablamos del AT como de un soldado de la primera línea de fuego, en otro momento encontramos útil la representación de un fusible. Lo cierto es que el grado de exposición y proximidad del Vínculo AT-paciente requiere del equipo una actitud de cuidado a sus integrantes. (Kuras de Mauer, 2011, p. 7)

La idea de “primera línea de fuego” indica que el AT está en contacto directo con lo más descarnado de la clínica. La aptitud implica poder estar ahí sin desbordarse, soportando situaciones críticas, sin responder de modo reactivo. La metáfora del “fusible” sugiere que el AT muchas veces recibe y atenúa tensiones del dispositivo, lo que podríamos relacionar con el Burnout. Pero esto no debe leerse como “quemado”, sino como una aptitud para regular, metabolizar y redistribuir aquello que circula en el vínculo. Se trata de un mediador idóneo que no se deja arrasar por el “grado de exposición y proximidad del vínculo AT-paciente”. Esto exige la capacidad subjetiva de estar cerca en la vida cotidiana, en lo íntimo, sin perder la función, sin confundirse con el otro. Es una cercanía que requiere límites internos sólidos. Los

límites no solo tienen que ver con la abstención, sino también con su reconocimiento; esto es, reconocer los propios límites cuando algo comienza a desgastar o afectar al acompañante.

### **5.8 Dr. Eduardo Kalina: amigo calificado, vitalidad, fortaleza e ingenio**

El libro *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica* (2017), de Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky, incluye una entrevista al Dr. Eduardo Kalina. En la misma, el Dr. Kalina se refiere al acompañante terapéutico como “un aporte personal” y una invención grupal (Kuras de Mauer, 2017, p. 109). Más adelante, prosigue Kalina: “Eran necesarios “amigos calificados”. Tenían que ser jóvenes vitales, fuertes, con cualidades especiales, ingenio, lealtad, una sólida convicción anti-drogas, y fundamentalmente, creatividad para lograr ser objetos pasibles de identificaciones positivas” (Kuras de Mauer, 2017, p. 111). La cita da cuenta de que la idoneidad del acompañante terapéutico conlleva determinadas condiciones subjetivas y vinculares como creatividad, ingenio, fortaleza yoica, compromiso y capacidad de constituirse como referente identificadorio positivo. Todas estas cualidades son consideradas necesarias para sostener la función terapéutica y el lazo con el sujeto acompañado.

## 6. Conclusión

### 6.1 Detrás de escena

Antes de concluir, se hace menester regresar a las anotaciones, preguntas, interrogantes, ideas y elucubraciones que dieron origen a esta investigación, que se fueron suscitando también en el camino de lectura, e incluso, en su finalización; una especie de *detrás de escena*, que permitirá sopesar cuales cuestiones fueron respondidas, y cuales quedarán para futuras investigaciones.

¿Qué era ser Acompañante Terapéutico antes de las titulaciones oficiales, certificaciones y cursos? O más aún, ¿qué autorizaba a alguien a ocupar ese lugar?, ¿qué producía que alguien deviniera, o se metamorfoseara, en aquello que en sus comienzos fue nombrado como “Amigo Calificado”? ¿Qué se esperaba de ese que acompañaba al loco en la calle, en la institución o en su propio domicilio?. ¿Existían condiciones necesarias o suficientes para ejercer esa práctica, o se trataba más bien de una disposición singular difícil de precisar?

Estas preguntas abrían a otras no menos interesantes. ¿Se nacía acompañante, como quien posee un don para la música o las matemáticas?. Ciertos rasgos empíricos invitan a interrogar la idoneidad: por ejemplo, la prevalencia de mujeres en el rol, o el hecho de que muchos acompañantes hayan atravesado experiencias de vulnerabilidad, cuidado de otros, exclusión o padecimientos propios. ¿Constituyen estas condiciones una forma de aptitud para la tarea, o apenas un punto de partida?

Considerando a aquellos acompañantes de los tiempos fundantes, que operaban con escasos marcos teóricos y desde una práctica en gran medida creativa, con respecto a los acompañantes actuales, que acceden a un saber acumulado, sistematizado y transmisible, ¿qué se gana y qué se pierde en ese pasaje?.

¿Cómo sostener el espíritu de una época, donde la experiencia y la implicación subjetiva eran centrales, en un contexto donde la formación académica organiza y regula la práctica? ¿Cómo preservar, incluso hoy, una posición abierta a lo nuevo, a lo no sabido, a aquello que aún está por descubrir?

En la actualidad, la formación no se agota en la obtención de un título. Se habla de formación continua, de hacer de la formación un modo de vida. Incluso, ya no solo se espera del Acompañante Terapéutico que acompañe, sino también que transmita, que enseñe, que supervise. ¿Alcanza el título y la formación continua, para autorizar y ejercer la práctica en forma idónea, o son necesarias la aptitud, la disposición personal, la experiencia, esas que no se certifican del todo, las que terminan configurando la idoneidad?

## **6.2 Concluir**

Hoy en día, un Acompañante Terapéutico en la provincia de Buenos Aires, tiene la convicción de ser tal, avalado por los títulos y certificados que ha recibido de los cursos, tecnicaturas y licenciaturas por las que ha transitado como estudiante. El A.T. es, en principio, confirmado por su título y, más tarde, por su propia práctica. Sin embargo, este TIF demuestra que esto no ha sido siempre así. Esta evidencia abre una brecha entre un antes y un después que no es meramente cronológica, sino que introduce una serie de interrogantes que atraviesan el corazón mismo de la función.

Es en el cruce de estas tensiones, entre saber y experiencia, entre acreditación y posición subjetiva, entre lo instituido y lo instituyente, donde se inscribe la reflexión que da lugar a la presente conclusión.

El recorrido realizado permite afirmar que la idoneidad del acompañante terapéutico, en sus orígenes, no puede pensarse como un atributo derivado de la formación académica ni como un efecto de la acreditación institucional. Muy por el contrario, emerge como una condición subjetiva previa a su formalización, ligada a la posibilidad de sostener una práctica en contextos de incertidumbre, precariedad y ausencia de marcos teóricos consolidados.

En la llamada “prehistoria” del acompañamiento terapéutico, la aptitud no se verificaba en títulos sino en la capacidad de estar, de sostener, de comprometerse y de responder en acto frente a lo real de la clínica. Tal como lo muestran las experiencias relatadas, la función surge como invención: allí donde no había dispositivo, éste debía ser creado; donde no había teoría, se imponía la lectura singular; donde no había garantías, se ponía en juego el propio sujeto del acompañante como principal herramienta clínica.

Los desarrollos de los autores citados, permiten delimitar con mayor precisión los contornos de esta idoneidad subjetiva. Se trata de una aptitud compleja que incluye la capacidad de sostener transferencias intensas sin actuar, habitar posiciones intermedias, tolerar la incertidumbre, regular la proximidad sin caer en la fusión, trabajar en equipo sin ocupar el lugar de saber absoluto, y operar como mediador entre el sujeto, la institución y lo social. A esto se suma la exigencia de una estabilidad psíquica que permita contener, metabolizar y transformar los afectos que circulan en el vínculo, sin quedar reducido a un mero “recipiente” de descargas.

La investigación pone en evidencia que esta idoneidad es el resultado de una articulación entre disposición personal, experiencia, elaboración subjetiva y, progresivamente, formación específica. Incluso antes de su inscripción académica, se advierte la necesidad de un trabajo sobre el propio inconsciente, de supervisión, de intercambio con otros, y de construcción de un criterio clínico propio.

La posterior institucionalización del acompañamiento terapéutico no crea esta idoneidad, sino que la reconoce, la nombra, la redobra y busca transmitirla. En ese pasaje se introduce una paradoja: ¿cómo formalizar una práctica cuya eficacia radica, en gran medida, en aquello que no es del todo formalizable?. En este sentido, y como saldo interesante de esta investigación bibliográfica, la idoneidad del acompañante terapéutico conserva un núcleo irreducible a la enseñanza sistemática, ligado a la posición subjetiva desde la cual se ejerce la función. Tal vez éste núcleo irreducible así planteado, sea un hallazgo colateral de éste TIF,

pero de suma importancia para la comprensión de nuestra práctica, en tanto conformada por dos dimensiones de diferente naturaleza: una subjetiva, y la otra, formal.

En definitiva, antes de ser un rol, una técnica o una profesión acreditada y avalada por títulos, el acompañamiento terapéutico en la provincia de Buenos Aires, fue, y en algún punto sigue siendo, una posición. Una manera de estar con el otro, de sostener un lazo allí donde este se encuentra frágil, y de intervenir no tanto desde el saber, sino desde una ética de la presencia, la mediación y la invención clínica.

## 7. Referencias

- Cueto, E. (2011). Entrevista a Susana Kuras de Mauer. *Elsigma.com*  
<https://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-susana-kuras-de-mauer/12341>
- Donghi, A. (1979) El acompañamiento terapéutico: una aproximación teórica., *Revista Actualidad Psicológica Nº 49*, septiembre de 1979. Buenos Aires
- Dorfman Lerner, B. (1984) Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el Acompañamiento Terapéutico. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*.
- Freud, S. (1915-16) *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Partes I y II). Volumen 15* Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914) El Moisés de Miguel Ángel. *Tomo XIII Obras Completas*. Amorrortu editores.
- Ginzburg, Carlo. (1989) *Mitos, emblemas e indicios. Morfología e historia*. Editorial Gedisa.
- Kuras de Mauer, S.; Resnizky, S. (2017) *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Editorial Letra Viva.
- Marx, K. (2010) *Tesis sobre Feuerbach y otros escritos filosóficos*. Fundación Editorial El perro y la rana.
- Pulice, G. O. (2011) Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica. Texto publicado originalmente en Pulice, G.; *Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. Capítulo 1. (2011). Editorial Letra Viva.
- Ramírez Cortés, J. A. (2019) El nacimiento del paradigma indiciario entre las ciencias y sus impases: Freud y el ejercicio investigativo basado en la lectura de indicios.  
<https://www.scielo.org.ar/pdf/topicos/n40/1666-485X-topicos-40-06.pdf>

- Resolución 1014 de 2014. (Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE) de la Provincia de Buenos Aires) Por la cual se aprueba el diseño curricular del Curso de Formación Profesional de Acompañante terapéutico. 30 de Junio 2014.
- Resolución 1221 de 2015. (Dirección General de Cultura y Educación (DGCyE) de la Provincia de Buenos Aires) Por la cual se aprueba el diseño curricular de la Tecnicatura de Acompañante terapéutico. 8 de Julio 2015
- Rossi, G. P. (2005) El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental. *Uaricha*, 2(6), 49-53. [https://www.revistauaricha.umich.mx/ojs\\_uaricha/index.php/urp/article/view/346](https://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/346)
- Rossi, G.P. (2009) Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen 20 Nro 87* pp.359-370
- Rossi, G. P. (2013). El at y su lazo social: interpelaciones a la comunidad, lugares para el malestar singular. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de AT, México, noviembre de 2013.
- Santander, P. (2011) Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta moebio* 41: 207-224 [www.moebio.uchile.cl41/santander.html](http://www.moebio.uchile.cl41/santander.html).