



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título:

**“La Supervisión Clínica en el Acompañamiento Terapéutico:
Un Espacio Habilitante”**

Autor:

Cacchiarelli, Pablo Sexto – DNI: 22505850

Directora:

Lic. Cisnero, Agostina

Lugar: Rosario

Fecha de presentación:

27/07/2026

Firma autor

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Pablo Cacchiarelli", is written over a light blue rectangular background. The signature is stylized and cursive. Below the signature, the name "Pablo Cacchiarelli" is printed in a black, sans-serif font.

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a todas las personas que me orientaron y contribuyeron a moldear mi formación profesional y mi trayectoria de más de veinte años de acompañamiento terapéutico.

A Marcos Mudra, por nombrarme por primera vez esta hermosa profesión e invitarme a descubrirla, y por acompañarme en duelos personales y mudanzas profesionales.

A Pablo Dragotto y María Laura Frank, por ser mis primeros formadores, confiar en mí y dejarme ser parte del servicio de acompañamiento terapéutico de la Fundación Sistere en la ciudad de Córdoba.

A mis primeras supervisoras Wanda Campise y Costansa Gigante, por la coordinación amena y creativa de aquel grupo de supervisión semanal.

A Eduardo Kalina, por su maravillosa ocurrencia de inventar esta profesión.

A Susana Kuras y Silvia Resnizky, por sus invaluable elaboraciones teóricas plenas de rigurosidad conceptual y trascendente humanidad. Y por mostrarnos los “Territorios del Acompañamiento Terapéutico”. Sus libros son poesía que emociona, e invitan a amar esta profesión.

A todos los autores que se sumaron a la construcción colectiva del rol del Acompañante Terapéutico. Imposible nombrarlos a todos.

A Verónica Fernández y Carlos Graiño, por acogerme y dejarme ser parte de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Bahía Blanca, por los espacios de formación y convenios con distintas universidades, y por crear la Diplomatura Internacional en Supervisión Clínica para Acompañantes Terapéuticos. Sin duda son mis referentes.

A Gabriela Ascenzi, por guiarme y acompañarme, en lo personal y en lo profesional, para transformar carencias en posibilidades.

A Alfredo Stupiñan y todos los docentes de la Universidad del Gran Rosario, por su calidad humana y su compromiso para formarnos como Técnicos en Acompañamiento Terapéutico, y luego como licenciados.

A todos los colegas que conforman la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina, por crear y mantener viva esta red que nos sostiene a todos los AT.

A Romina Sarti y Agostina Cisnero, por su disposición y acompañamiento en la elaboración de este Trabajo Integrador Final.

A todos mis colegas de Córdoba y Bahía Blanca, por tantos momentos y experiencias compartidos.

A todos y cada uno de mis acompañados, por dejarme ser parte de un trayecto de sus vidas, y por confirmarme que siempre es posible volver a desear y ser protagonistas.

Finalmente, a los espacios de Supervisión Clínica, por ser mi continente y mi lugar a dónde volver para sentirme acompañado, habilitarme y rehabilitarme como AT.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Marco Teórico	
Supervisión Clínica	9
Acompañamiento Terapéutico	10
Rol del Acompañante Terapéutico	10
Encuadre Terapéutico	11
Sujeto	12
Falta	13
Demanda	13
Deseo	14
Angustia	17
Desamparo	20
Ética	20
Abstinencia	22
Desarrollo	
Contextualización del Acompañamiento Terapéutico	24
Cuerpo y Rol del Acompañante Terapéutico	27
Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico	32
Consideraciones e Importancia de la Supervisión Clínica	33
Las Reglas del Juego: El Encuadre Terapéutico	44
Funciones del AT	50
Demanda, Rol del AT y Angustia	53
Antecedentes Históricos de la Supervisión Clínica	65
Estilos de Supervisión Clínica	67
Conclusiones	69
Referencias	73

RESUMEN

La Supervisión Clínica es una instancia necesaria e ineludible para el desempeño ético y eficiente del rol del Acompañante Terapéutico (AT).

La clínica del acompañamiento terapéutico implica la construcción de un vínculo de mínima distancia entre el AT y el acompañado, cuyos efectos pueden devenir facilitadores u obstáculos para el tratamiento.

El AT debe estar advertido de estos efectos, para poder identificarlos, observarlos e interrogarlos en otro espacio diferenciado (Supervisión Clínica), junto a otro profesional AT de mayor experiencia y menos implicado (supervisor).

El supervisor opera como terceridad, orientando al AT a sostener su rol, revisar el encuadre terapéutico, trascender dificultades, metabolizar la clínica y encaminarla en la dirección de la cura.

De esta manera se garantiza al usuario que el AT actúa desde un posicionamiento técnico y ético, en función de los objetivos indicados por el equipo terapéutico, y se resguarda además la salud del profesional.

Palabras Clave: supervisión clínica, rol del acompañante terapéutico, ética, sujeto

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final toma como objeto de estudio a la Supervisión Clínica en el Acompañamiento Terapéutico.

Tiene como objetivo general invitar a los AT en formación y a los AT en ejercicio a una reflexión permanente y criteriosa sobre su rol y su desenvolvimiento clínico; y como objetivo específico conceptualizar y resaltar la importancia de la Supervisión Clínica como una práctica ineludible, inherente al acompañamiento terapéutico.

La metodología de abordaje es la investigación bibliográfica en articulación con la praxis para la elaboración de un ensayo de integración teórico-clínica.

Sustentado en más de veinte años de formación permanente y ejercicio profesional ininterrumpido en el campo del acompañamiento terapéutico, este trabajo pretende lograr una elaboración discursiva y reflexiva para metabolizar la clínica y capitalizarla, en diálogo con la expresión de otros autores.

Está motivado por la angustia que frecuentemente se hace cuerpo en el AT, la cual puede despertarse por efecto de infinitas situaciones vitales, y muy especialmente por la praxis clínica.

Esta angustia, según el reconocimiento y el tratamiento que el AT decida darle, puede arrojar luz tanto sobre sus aspectos personales como sobre su labor clínica, habilitándolo en su intervención terapéutica, o puede tornarse un obstáculo frente al cual el AT puede enceguecerse, enredarse, sufrir tropiezos y quedar atrapado, actuando aquello que está silenciado (acting out). Entre una y otra opción se juega la eficiencia y la ética de su rol profesional, la diferencia entre un acompañamiento terapéutico, orientado en dirección de la cura, y un mero acompañamiento, arrojado a un devenir azaroso.

Partiendo de la premisa de que la Supervisión Clínica es una instancia ineludible para garantizar el ejercicio ético y eficiente del rol del AT, se realizará una investigación bibliográfica y se rescatarán concepciones de varios autores en idioma español, tomando como marco teórico preponderante el paradigma psicoanalítico por ser el que históricamente fundamenta la mayoría de los desarrollos teóricos encontrados, en articulación con otros conceptos como por ejemplo los derivados de la teoría sistémica y de la teoría del apego.

Para poder comprender la importancia de la Supervisión Clínica será necesario considerar los aspectos relevantes del Rol del AT, el Encuadre Terapéutico y otros conceptos fundamentales que delimitan el Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico.

Cabe señalar, sin embargo, que este ensayo no pretende definir acabadamente dichos conceptos sino, al contrario, interrogarlos. Ponerlos en movimiento y en relación a otros conceptos, de modo tal de alcanzar a vislumbrar una posible red conceptual, viva y dinámica, que permita sustentar, pensar y cuestionar la clínica del acompañamiento terapéutico. Una clínica donde sean más importantes las preguntas que las respuestas.

Porque la labor terapéutica del AT no es develar misterios, ni rellenar incompletudes ajenas, sino reconocer y sostener el enigma subjetivante que existe en esa persona a la cual acompaña. Por lo tanto, este ensayo será un ensayo inacabado, que no podrá terminar en un punto, sino en puntos suspensivos que habiliten a nuevos interrogantes, que permitan acompañar sin responder. Una invitación a interrogarnos, a alojar ese enigma y sostenerlo como tal.

Podemos adelantar aquí que para eso existe la Supervisión Clínica: para acompañar al AT en esa misión tan compleja de alojar una pregunta sin contestarla. Enigma que algunas veces remite especularmente a la propia falta y despierta angustia, que debe ser reconocida y elaborada en otro momento y en otro lugar distinto al escenario clínico, resguardando la salud del AT y posibilitando su función terapéutica, manteniendo un posicionamiento ético que implica estar advertido de su propio psiquismo, abstinencia y

tolerancia a la frustración, evitando actuar el propio deseo para brindar así un territorio fértil donde pueda desplegarse el deseo subjetivante de la persona acompañada.

MARCO TEÓRICO

El Marco Teórico del presente trabajo comprende predominantemente concepciones provenientes de la Teoría Psicoanalítica, ya que históricamente la teorización del acompañamiento terapéutico fue abordada por autores que adherían en su mayoría a ese campo disciplinar. Sin embargo, no se limita a esa exclusividad, ya que en los últimos años nuevos autores han publicado trabajos desde otros posicionamientos teóricos que enriquecen el dispositivo de acompañamiento terapéutico.

El desarrollo de este trabajo centrará su atención en el concepto de Supervisión Clínica, alrededor del cual se cotejarán otros términos para intentar construir una posible red conceptual esclarecedora de su importancia.

SUPERVISIÓN CLÍNICA: La Supervisión Clínica es “un ‘espacio ineludible’ que acompaña la labor del AT y que ofrece al mismo y al tratamiento la seguridad de contar con una mirada objetiva que revisa, aporta, alerta y aconseja”. (Portela, 2020, p. 6).

(Un espacio) “donde se revisan tanto aspectos del tratamiento, como del vínculo del AT con su paciente y los aspectos personales del AT que inciden en el tratamiento y el vínculo, aportando alternativas para facilitar los procesos”. (Portela, 2020, p. 6).

“La principal función de la Supervisión Clínica en el acompañamiento terapéutico es contribuir a sostener el rol del AT en su riqueza y en su especificidad junto al paciente”. (Dragotto, 2017, p. 97).

“La supervisión es un espacio de revisión de los puntos ciegos del Acompañante Terapéutico, de sus resistencias inconscientes, de sus ideologías, de su ética; es un lugar de cotejo y de reformulación de las teorías en relación a la clínica”. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004, p. 60)

ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO: Según expresan Dragotto y Frank (2017), el Acompañamiento Terapéutico es un recurso que surge a mediados de la década de los '60 en Argentina, aunque algunos autores mencionan antecedentes de este rol en países de Europa a principios del siglo XX.

Se origina en el campo de los tratamientos de salud mental como una alternativa terapéutica para abordar patologías que anteriormente se consideraban intratables o condenadas al confinamiento asilar, como las psicosis, demencias, adicciones, etc.

Surge de la mano de las ideas que cuestionan la marginación y la estigmatización del paciente, en un intento de evitar la internación psiquiátrica o posibilitando que ésta sea más acotada.

Es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, dependiendo de la situación que el sujeto esté atravesando. Para ello el AT se inserta en la vida cotidiana del paciente, siguiendo las consignas del equipo terapéutico a cargo del tratamiento y del cual el AT forma parte.

Entre sus múltiples funciones se destacan la contención y la socialización, a través de la construcción de un vínculo humano con otro que posibilita que el sujeto no sea excluido de su trama social y relacional, apostando a la emergencia de su subjetividad. (Dragotto y Frank, 2017, pp. 21-22).

ROL DEL AT: Tomando la definición de Nora Cavagna (1996):

El AT es un agente de salud entrenado para realizar, básicamente, una tarea de contención a pacientes crónicos y agudos, en un nivel vivencial, no interpretativo, y para el cual debe poner el cuerpo y constituir una presencia receptiva, cálida y confiable. Trabaja inserto en un equipo terapéutico interdisciplinario, siguiendo las

consignas del terapeuta de cabecera. Este enfoque de mínima distancia y gran disponibilidad afectiva favorece una mayor eficiencia terapéutica.

ENCUADRE TERAPÉUTICO: Parafraseando a Frank (2017): El encuadre es un concepto técnico que proviene del psicoanálisis. Si bien Freud no lo nombra de esta manera, ha sido estudiado y conceptualizado por autores post-freudianos. Es una herramienta fundamental del trabajo psicoanalítico.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (1956), encuadrar significa encerrar en un marco o cuadro, encajar o ajustar una cosa dentro de otra, incluir, bordear algo, determinar sus límites.

Siguiendo a Bleger, para entender un proceso debemos tener un no-proceso. El encuadre sería un “no-proceso” en el sentido de que es una constante, dentro de cuyo marco se da “el proceso”. Así “el encuadre serían las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso el conjunto de variables. Un proceso sólo puede ser investigado y comprendido si se mantienen las mismas constantes (encuadre).

Dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el rol del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales, horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc. Son estas mismas variables las que debemos fijar en el dispositivo de acompañamiento terapéutico para otorgarle marco y sostén.

En el acompañamiento terapéutico no existe un entorno que ampare en su estructura. El AT circula por los espacios del paciente. El encuadre se convierte en una herramienta fundamental que protege tanto al AT como al acompañado de la arbitrariedad del deseo, de los embates de la transferencia y contratransferencia. El encuadre impone un límite tanto al paciente como al AT en el respeto por el otro. (Frank, 2017, pp. 53-57)

SUJETO: Según el diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano (Evans, 1997), la acepción de sujeto se refiere al sujeto en su singularidad.

En 1953 Lacan establece una distinción entre el sujeto y el yo. Mientras que el yo forma parte del orden imaginario, el sujeto es parte del orden simbólico. De modo que no equivale a la sensación consciente de agencia, que es una mera ilusión producida por el yo, sino al inconsciente; el sujeto de Lacan es el sujeto del inconsciente. Aunque la cura tiene efectos poderosos sobre el yo, el psicoanálisis opera primordialmente sobre el sujeto.

Las referencias al lenguaje pasan a dominar el concepto lacaniano del sujeto a partir de mediados de la década de 1950. Lacan distingue el sujeto del enunciado y el sujeto de la ENUNCIACIÓN, para demostrar que, puesto que el sujeto es esencialmente un ser hablante, está necesariamente dividido, castrado, escindido. En 1957 Lacan representa al sujeto con la letra S mayúscula tachada, para indicar que el sujeto está barrado, esencialmente dividido. A principios de la década de 1960 define el sujeto como lo que es representado por un significante para otro significante; en otras palabras, el sujeto es un efecto del lenguaje.

En el discurso filosófico, sujeto designa la autoconciencia individual, mientras que en el discurso jurídico significa también “súbdito”, es decir, alguien sujeto al poder de otro, por ejemplo, al poder del soberano. El hecho de que la palabra sujeto tenga estas dos acepciones ilustra perfectamente la tesis lacaniana sobre la determinación de la consciencia por el orden simbólico: “el sujeto es un sujeto sólo en virtud de esta sujeción al campo del Otro”.

Las connotaciones filosóficas del término son particularmente subrayadas por Lacan, que lo vincula con la filosofía cartesiana del COGITO: el sujeto cartesiano es el que reconoce la duda como certidumbre (Evans, 1997, pp. 184 – 185).

FALTA: Evans (1997) expresa que, “en la obra de Lacan, el término ‘falta’ siempre está relacionado con el DESEO. Es una falta que causa el surgimiento del deseo. Sin embargo, la naturaleza precisa de lo que falta varía en el curso de su enseñanza”.

En 1955, la falta designa primero y principalmente una falta de SER. Lo que se desea es el ser mismo. “El deseo es una relación del ser con la falta. (...)”. Lacan vuelve a este tema en 1958, cuando dice que el deseo es la metonimia de la falta de ser. La falta de ser del sujeto “es el núcleo de la experiencia analítica” y “el campo mismo en el cual se despliega la pasión del neurótico”. Lacan contrasta la falta de ser, relacionada con el deseo, con la falta de tener que se relaciona con la demanda.

En 1956 la falta pasa a designar la falta de un objeto, y la palabra “falta” tiende a convertirse en sinónimo de castración.

En 1957, cuando Lacan introduce el símbolo algebraico del Otro barrado, la falta pasa a designar la falta de un significante en el Otro. “El significante de la falta en el Otro”. Por más significantes que se añadan a la cadena significativa, ella es siempre incompleta; le falta siempre el significante que podría completarla. Este “significante que falta” es constitutivo del sujeto (Evans, 1997, pp. 89-90).

DEMANDA: Evans (1997) destaca las connotaciones de exigencia y urgencia que suscita la palabra “demanda”.

Aunque la palabra “demanda” sólo comienza a destacarse en la obra de Lacan a partir de 1958, en el seminario de 1956-57 ya aparecen temas relacionados con ella. En ese seminario Lacan examina el llamado, el grito que el bebé dirige a la madre. Dice Lacan que este grito no es sólo una señal instintiva, sino que “está inserto en un mundo sincrónico de gritos organizados en un sistema simbólico”. Es

decir que los gritos del infante se organizan en una estructura lingüística mucho antes de que el niño sea capaz de articular palabras reconocibles.

La naturaleza simbólica de los gritos del infante constituye el meollo del concepto lacaniano de “demanda”, que Lacan introduce en 1958 en el contexto de su distinción entre la necesidad, la demanda y el deseo. Él sostiene que, puesto que el infante es incapaz de ejecutar las acciones específicas que satisfacerían sus necesidades biológicas, tiene que expresarlas en forma vocal (con demandas) para que otro (la madre) realice aquellas acciones. El ejemplo primario de necesidad biológica es el hambre, que el niño articula en un grito (una demanda) para que la madre le dé de comer.

No obstante, como el objeto que satisface la necesidad del niño es provisto por otro, adquiere la importancia adicional de dar prueba del amor del Otro. En consecuencia, también la demanda cumple una doble función: además de expresar una necesidad, se convierte en una demanda de amor. Y así como la función simbólica del objeto como prueba de amor deja en la sombra su función real de satisfacer una necesidad, también la dimensión simbólica de la demanda (como una demanda de amor) eclipsa su función real (como articulación de la necesidad). Esta doble función da origen al deseo, puesto que las necesidades que la demanda expresa pueden satisfacerse, pero el anhelo de amor es incondicional e insatisfacible; por lo tanto, persiste como un resto, aun después de satisfechas las necesidades: este resto constituye el deseo. (Evans, 1997, p. 64).

DESEO: Según Evans (1997): “Esta palabra da idea de una fuerza continua, que es esencial en el concepto lacaniano”.

Si existe algún concepto al que se le pueda asignar la posición central en el pensamiento de Lacan es el concepto de deseo. Lacan sigue a Spinoza al sostener que “el deseo es la esencia del hombre”. El deseo es al mismo tiempo el corazón de la existencia humana y la preocupación central del psicoanálisis. No obstante, cuando Lacan habla del deseo no se refiere a cualquier clase de deseo, sino siempre al deseo inconsciente. Esto no se debe a que considere que el deseo consciente carece de importancia, sino sencillamente a que es el deseo inconsciente el que constituye el interés central del psicoanálisis. El deseo inconsciente es enteramente sexual. Los motivos del inconsciente se limitan al deseo sexual.

El objetivo de la cura psicoanalítica es llevar al analizante a reconocer la verdad sobre su deseo. No obstante, sólo es posible reconocer el propio deseo cuando se lo articula en la palabra: “Solamente una vez formulado, nombrado en presencia del otro, ese deseo, sea cual fuere, es reconocido en el pleno sentido del término”.

De allí que en psicoanálisis “lo importante es enseñar al sujeto a nombrar, articular, traer a la existencia este deseo”. Sin embargo, no se trata de buscar un nuevo medio de expresión para un deseo dado, pues esto implicaría una teoría expresionista del lenguaje. Por el contrario, al articular el deseo en la palabra, el analizante lo trae a la existencia.

Que el sujeto llegue a reconocer y nombrar su deseo: ésta es la acción eficaz del análisis. Pero no se trata de reconocer algo que estaría totalmente dado. Al nombrarlo, el sujeto crea, engendra, una nueva presencia en el mundo.

Pero hay un límite para la articulación del deseo en la palabra, debido a una fundamental “incompatibilidad entre el deseo y la palabra”. Esta incompatibilidad explica el carácter irreductible del inconsciente (es decir, el hecho de que el inconsciente no es lo que no es conocido sino lo que no puede conocerse). Aunque

la verdad acerca del deseo está presente en alguna medida en toda palabra, la palabra nunca puede expresar la verdad total sobre el deseo; siempre que la palabra intenta articular el deseo, queda un resto, una demasía, que excede a la palabra.

De modo que el deseo es el excedente producido por la articulación de la necesidad en la demanda; “El deseo comienza a tomar forma en el margen en el cual la demanda se separa de la necesidad”. A diferencia de una necesidad, que puede ser satisfecha y deja de motivar al sujeto hasta que surge otra necesidad, el deseo no puede ser satisfecho; es constante en su presión, y eterno. La realización del deseo no consiste en “satisfacerlo” sino en reproducirlo como deseo. La distinción que traza Lacan entre necesidad y deseo, que sustrae totalmente el concepto de deseo del reino de la biología, recuerda mucho la distinción de Kojève entre el deseo animal y el deseo humano: el deseo es distintivamente humano cuando se dirige hacia el deseo de otro, o hacia un objeto que es “perfectamente inútil desde el punto de vista biológico”.

Es importante diferenciar el deseo de las pulsiones. Aunque uno y otras pertenecen al campo del Otro (al contrario del amor), el deseo es uno, mientras que las pulsiones son muchas. En otras palabras, las pulsiones son las manifestaciones particulares (parciales) de una fuerza única denominada deseo (aunque también puede haber deseos que no se manifiesten en las pulsiones. Hay un solo objeto de deseo, el objeto a, representado por una variedad de objetos parciales en diferentes pulsiones parciales. El objeto a no es el objeto hacia el que tiende el deseo, sino la causa del deseo. El deseo no es una relación con un objeto, sino la relación con una falta.

Una de las fórmulas más reiteradas de Lacan es: “El deseo humano es el deseo del Otro”. (...) El punto más importante que se desprende de la frase de Lacan es que el deseo es un producto social. No es el asunto privado que parece ser, sino

que siempre se constituye en una relación dialéctica con los deseos percibidos de otros sujetos. La primera persona que ocupa el lugar del Otro es la madre, y al principio el niño está a merced del deseo de ella. Sólo cuando el Padre articula el deseo con la Ley, mediante la castración de la madre, queda el sujeto liberado de su sujeción a los caprichos del deseo de ella (Evans, 1997, pp. 67-69).

ANGUSTIA: Evans (1997) expresa que:

Durante mucho tiempo, la angustia ha sido reconocida en psiquiatría como uno de los síntomas más comunes del trastorno mental. Las descripciones psiquiátricas de la angustia por lo general se refieren a fenómenos mentales (aprensión, preocupación) y corporales (sofocación, palpitaciones, tensión muscular, fatiga, vértigos, sudor y temblor). Los psiquiatras también diferencian los estados de angustia generalizados, en los que hay una “angustia flotante” casi continua, y los “ataques de pánico”, que son “episodios intermitentes de angustia aguda”.

Freud desarrolló dos teorías de la angustia en el curso de su trabajo. Entre 1884 y 1925 sostuvo que la angustia neurótica es simplemente una transformación de la libido sexual que no ha sido adecuadamente descargada. Pero en 1926 abandonó esta teoría, a favor de la idea de que la angustia es una reacción a una “situación traumática”, una experiencia de desamparo ante una acumulación de excitación que no se puede descargar. Los traumas son precipitados por “situaciones de peligro” tales como el nacimiento, la pérdida de la madre como objeto, la pérdida del amor del objeto y por, sobre todo, la castración. Freud distingue entre la “angustia automática”, en la que el estado surge directamente como resultado de una situación traumática, y la “angustia como señal”, reproducida activamente por el yo para alertar sobre una situación prevista de peligro.

Lacan, en sus escritos de preguerra, relaciona primordialmente la angustia con la amenaza de fragmentación que enfrenta el sujeto en el estadio del espejo. Dice que sólo mucho después del estadio del espejo estos fantasmas de desmembramiento corporal se fusionan en torno al pene, dando origen a la angustia de castración. También vincula la angustia al miedo a ser absorbido por la madre devoradora. Este tema (con su tono claramente kleiniano) subsiste en adelante como aspecto importante de la explicación lacaniana de la angustia, e indica una diferencia aparente entre Lacan y Freud; mientras que Freud postula que una de las causas de la angustia es la separación respecto de la madre, Lacan sostiene que lo que induce angustia es precisamente la falta de tal separación.

Después de 1953, Lacan comienza a articular cada vez más la angustia con su concepto de lo real, un elemento traumático que permanece externo a la simbolización, y con el cual no hay por lo tanto mediación posible. Este real es “el objeto esencial que ya no es un objeto sino este algo ante el cual todas las palabras cesan y todas las categorías fallan, el objeto de angustia por excelencia”.

Además de vincular la angustia a lo real, Lacan la ubica en el orden imaginario y la contrasta con la culpa, que sitúa en lo simbólico. “La angustia, como sabemos, está siempre conectada con una pérdida [...] con una relación bilateral a punto de desvanecerse para ser reemplazada por alguna otra cosa, algo que el paciente no puede enfrentar sin vértigo”.

En el seminario de 1956-57 Lacan continúa desarrollando su teoría de la angustia, en el contexto de su discusión de la fobia. Sostiene que la angustia es el peligro radical que el sujeto intenta evitar a cualquier precio, y que las diversas formaciones subjetivas que se encuentran en psicoanálisis, desde las fobias hasta el fetichismo, son protecciones contra la angustia. De modo que la angustia está presente en todas las estructuras neuróticas, pero es especialmente evidente en la

fobia. Incluso una fobia es preferible a la angustia; una fobia por lo menos reemplaza la angustia (que es terrible precisamente debido a que no está enfocada en un objeto particular, sino que gira en torno de una ausencia) por el miedo, que sí está centrado en un objeto particular y de tal modo puede ser elaborado simbólicamente.

Respecto al caso Juanito descrito por Freud en 1909, Lacan dice (...) que lo que da origen a la angustia no es la separación respecto de la madre sino el fracaso de esa separación. En consecuencia, la castración, lejos de ser la fuente principal de la angustia, es en realidad lo que salva al sujeto de la angustia.

En el seminario de 1960-1, Lacan subraya la relación de la angustia con el deseo; la angustia es un modo de sostener el deseo cuando el objeto está ausente y, a la inversa, el deseo es un remedio para la angustia, algo más fácil de soportar que la angustia misma.

En el seminario de 1962-3, titulado simplemente “La angustia”, Lacan dice que la angustia es un afecto, no una emoción, y, además, el único afecto que está más allá de toda duda, que no es engañoso. Mientras que Freud trazaba una distinción entre el miedo (focalizado en un objeto específico) y la angustia (sin focalizar), Lacan sostuvo que la angustia no es sin objeto; simplemente involucra un tipo distinto de objeto, un objeto que no puede simbolizarse del mismo modo que todos los otros. Este objeto es el objeto a, el objeto causa del deseo, y la angustia surge cuando aparece algo en el lugar de este objeto. La angustia surge cuando el sujeto es confrontado con el deseo del Otro y no sabe qué objeto es él para ese deseo.

También en este seminario Lacan vincula la angustia con el concepto de falta. Todo deseo surge de la falta, la angustia surge cuando falta esta falta; la angustia es la falta de falta. La angustia no es la ausencia del pecho, sino su presencia envolvente; es la posibilidad de su ausencia la que, de hecho, nos salva de la

angustia. El acting out y el pasaje al acto son las últimas defensas contra la angustia. (Evans, 1997, pp. 38-39).

DESAMPARO: Según Evans (1997):

El término “desamparo” tiene un significado específico en la obra de Freud, donde designa el estado del recién nacido, incapaz de realizar las acciones específicas requeridas para satisfacer sus propias necesidades, y por lo tanto completamente dependiente de otras personas (especialmente la madre).

Lacan sigue a Freud al destacar la importancia de la dependencia inicial del cachorro humano respecto de la madre. La originalidad de Lacan reside en el modo en que llama la atención sobre “el hecho de que esta dependencia es mantenida por un mundo de lenguaje”. La madre interpreta los gritos del bebé como hambre, cansancio, soledad, etcétera, y determina retroactivamente su sentido (véase puntuación). El desamparo del niño contrasta con la omnipotencia de la madre, que puede decidir si satisfará o no las necesidades de la criatura. El reconocimiento de este contraste genera un efecto depresivo en el niño.

Lacan utiliza también el concepto de desamparo para ilustrar la sensación de abandono y destitución subjetiva (...) (Evans, 1997, pp. 64-65).

ÉTICA: recurriendo una vez más al diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano (Evans, 1997), encontramos que “Lacan afirma que el pensamiento ético ‘está en el centro de nuestro trabajo como analistas’”.

En todo modo de dirigir la cura hay implícita una posición ética (...). Esa posición ética del analista es más claramente revelada por el modo en que formula la

meta de la cura. Por ejemplo, las formulaciones de la psicología del yo sobre la adaptación del yo a la realidad implican una ética normativa. En oposición a ella, Lacan comienza a formular su propia ética analítica.

La ética analítica de Lacan relaciona la acción con el deseo. Lacan la resume en una pregunta: “¿Has actuado de conformidad con el deseo que te habita?”. Él contrasta esta ética con la “ética tradicional” de Aristóteles, Kant y otros filósofos morales, en varios terrenos.

Primero, (...) la ética tradicional gira en torno al concepto del bien. La ética psicoanalítica rechaza todos los ideales, incluso los ideales de “la felicidad” y “la salud”; el hecho de que la psicología del yo los haya adoptado le impide pretender que es una forma de psicoanálisis. Por lo tanto, el deseo del analista no puede ser “curar” o “hacer bien”.

Segundo, la ética tradicional ha tendido siempre a vincular el bien al placer; el pensamiento moral se ha “desarrollado a lo largo de las sendas de una problemática esencialmente hedonista”. Pero la ética psicoanalítica no puede adoptar ese enfoque, porque la experiencia psicoanalítica revela la duplicidad del placer; hay un límite al placer y, cuando ese límite se atraviesa, el placer se convierte en dolor (véase GOCE).

Tercero, la ética tradicional gira en torno a “el servicio de los bienes” que antepone el trabajo y una existencia segura y ordenada a las cuestiones del deseo; le dice a la gente que haga aguardar a sus deseos. La ética psicoanalítica, por otro lado, fuerza al sujeto a enfrentar la relación entre sus acciones y su deseo (...).

Después de su seminario sobre la ética de 1959-60, Lacan continúa ubicando los interrogantes éticos en el corazón de la teoría psicoanalítica. Interpreta la célebre frase de Freud, “Donde era ello, debo ser yo” como un deber ético y sostiene que el

estatuto del inconsciente no es ontológico sino ético. En la década de 1970 cambia el énfasis de la ética psicoanalítica, que pasa del interrogante de actuar (“¿Has actuado de acuerdo con tu deseo?”) al interrogante de la palabra; se convierte entonces en una ética del “bien decir”. No obstante, más que una oposición esto representa, (...) sólo una diferencia de énfasis, puesto que para Lacan decir bien es en sí mismo un acto.

Lo que separa el psicoanálisis de la sugestión es fundamentalmente una posición ética; el cimiento del psicoanálisis es un respeto básico por el derecho del paciente a resistirse a la dominación, mientras que la sugestión considera tal resistencia como un obstáculo que hay que aplastar. (Evans, 1997, pp. 84-86).

ABSTINENCIA:

Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de abstinencia puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración. (Laplanche y Pontalis, 1971, p. 3).

La justificación de este principio es de tipo fundamentalmente económico. El analista debe evitar que las cantidades de libido liberadas por la cura se recarguen de modo inmediato sobre objetos externos; en lo posible deben ser transferidas a la situación analítica. La energía libidinal se encuentra ligada por la transferencia, y se rechaza toda posibilidad de descarga distinta a la expresión verbal. (Laplanche y Pontalis, 1971, p. 3).

Desde el punto de vista dinámico, el poder de la cura se basa en la existencia de un sufrimiento por frustración; pero ésta última tiende a disminuir a medida que los síntomas ceden su puesto a comportamientos substitutivos más satisfactorios. Por consiguiente, resulta importante mantener o restablecer la frustración para evitar la paralización de la cura. (Laplanche y Pontalis, 1971, p. 3).

DESARROLLO

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Intentar definir el acompañamiento terapéutico y el rol del AT, así como contextualizar los territorios y situaciones donde éstos se despliegan no es tarea sencilla, porque en todo momento nos interpela.

Parafraseando a Kuras de Mauer y Resnizky, los territorios del acompañamiento terapéutico constituyen una aventura que “nos siguen implicando subjetivamente”.

Un AT es “Alguien, un semejante, otro”. (...) “La dimensión de la alteridad es el eje que, desde nuestra perspectiva, estructura y define esta profesión. Transitamos un camino irregular con pocas señalizaciones y con una iluminación demasiado tenue para lo sinuoso que se presenta”.

“Iniciar un acompañamiento es lanzarse a una aventura con otro vulnerable por cierto desvalimiento”.

Alguien, una presencia implicada, comprometida; que apoye, aliente y confronte. Alguien dispuesto a ocuparse desde el vínculo de aquellas zonas inhabitables para el paciente. Alguien que aloje en sí una esperanza y la preserve de tanta impotencia. Alguien que soporte el vértigo psíquico que acosa, amenaza y debilita más aún la subjetividad ya lastimada por el dolor psíquico.

Nos ocupa la responsabilidad de (. . .) ayudar a recomponer categorías que no están adecuadamente instaladas en el sujeto, de ofrecer algún soporte al desamparo, (. . .) hacer de la adversidad un estímulo y un trabajo para la búsqueda de nuevos sentidos, de nuevos recursos para continuar el camino. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, pp.11-14).

“Buscamos darle la palabra, restituirle un lugar a la subjetividad destituida”.

(Kuras de Mauer y Resnizky, 2004, p.19).

Cuando un AT experimentado intenta expresar con palabras cuál es su tarea se encuentra frente al desafío de evocar sus propios recuerdos y emociones de haber transitado la clínica, inscriptos para siempre en cada una de sus células.

El AT ingresa a un territorio delicado, donde existe un sujeto destituido de su condición de tal, un sujeto aislado, excluido, vulnerado, desvalido, desamparado.

Ese es el contexto inicial que el AT debe afrontar, ingresando como extranjero a un territorio ajeno, al encuentro de un similar que está sufriendo, con la intención de comenzar a construir algo. Algo que sólo es posible construirse de a dos.

El desvalimiento es la situación en la cual todo ser humano nace. Ningún humano sobrevive sin la presencia de un Otro que lo reciba, lo abrigue, lo cuide, lo alimente y le de su amor. Desde el nacimiento el ser humano necesita la mirada de ese Otro que lo ampare, lo signifique y le otorgue reconocimiento y dignidad.

AT y acompañado están constituidos por la misma esencia. El AT debe estar advertido de que esta situación de desamparo lo remitirá una y otra vez a su propio desamparo original. Y esto muchas veces le moviliza angustia. Y el impulso de hacer algo, de actuar, de decir, de aliviar, y de aliviarse.

La persona desamparada necesita de Alguien que la ampare y le devuelva un poco de reconocimiento. Y ese Alguien no puede ser cualquiera.

El AT es ese Alguien que, reconociendo su propia vulnerabilidad, la haya podido transitar, elaborar y capitalizar; es decir, que esté habilitado psíquica y emocionalmente para poder acompañar el desamparo de otro, desde la sensibilidad y empatía, pero sin quedar atrapado especularmente. El AT, reconociendo sus propias marcas psíquicas, debe recurrir

a la abstinencia para que éstas no interfieran el espacio clínico. Este discernimiento es, tal vez, la tarea más difícil del AT. Tarea que requiere técnica y ética.

El AT también necesita no sentirse solo en su tarea, saberse acompañado, dignificado. Para esto cuenta, entre sus herramientas técnicas, con un espacio auxiliar, el espacio de la supervisión clínica. Un espacio técnico y ético que el AT debe demandar.

Finalmente, para contextualizar la complejidad del acompañamiento terapéutico, resaltaremos lo que podríamos llamar su premisa fundamental: La tarea del AT es una labor ética.

Diremos que, en todo momento, el AT debe interrogarse sobre su ética profesional. ¿Cuál es la ética que debe sostener el AT? La ética del sujeto, la ética del deseo de la persona a quien está acompañando. Porque precisamente la tarea del AT es una labor de restitución, de reivindicar la singularidad de una persona que ha sido desplazada de su lugar de sujeto deseante hacia el lugar de paciente, o enfermo, o loco, o discapacitado, es decir que ha sido signado por otros como objeto, al que hay que estudiar, diagnosticar, ayudar, auxiliar, enseñarle cómo debe conducirse y qué tareas debe concretar.

Restituir subjetividad implica dar un lugar al otro, alojarlo en su singularidad, devolverle protagonismo, hacerle una pregunta y valorar su respuesta. Esa pregunta tiene que ser sobre su deseo, más allá del deseo de las otras personas y de las exigencias del sistema normativo en el cual todos estamos inmersos.

Un acompañamiento será terapéutico cuando sea ético. Cuando respete la singularidad, cuando pueda alojar lo enigmático, acompañándolo, pero sin responderlo, sin pretender resolverlo, ni normalizarlo según las exigencias del entorno. La tarea del AT es una labor de construcción y restitución de dignidad.

CUERPO Y ROL DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO (AT)

Un Acompañante Terapéutico es un profesional del área de la salud que trabaja acompañando a personas con padecimientos psíquicos y/o físicos para ofrecerles contención emocional y habilitar un espacio de elaboración de su realidad, reconexión con su deseo y estimulación de sus potenciales creativos, a los fines de recuperar subjetivación, socialización, inclusión y autonomía dentro de parámetros posibles acordes a su singularidad.

Su principal estrategia de intervención es la construcción de un vínculo afectivo-terapéutico, asimétrico, no interpretativo, de mínima distancia con su acompañado o paciente, que le permitirá entrar en su mundo, su cotidianeidad, su hogar, su familia, su escuela, su trabajo, sus amigos, sus vecinos, su historia, su presente, su vida, su deseo.

Esta tarea puede resultar maravillosa y apasionante, pero no es sencilla. Requiere del AT un saber ser y un saber hacer, saber posicionarse profesionalmente, saber escuchar sin interpretar, saber decir, saber callar, saber actuar, saber abstenerse, y reconocer que muchas veces no sabrá cuál será la actitud más adecuada ante una circunstancia dada, y que permanentemente corre el riesgo de perder el norte y equivocarse.

Estos saberes no se refieren exclusivamente a conocimientos teóricos sino, además, a la pericia o destreza corporal y psíquica frente a los eventos emergentes de la praxis cotidiana, porque el AT debe poner su cuerpo y su psiquismo al servicio de un otro cuyo cuerpo y cuyo psiquismo se encuentran debilitados y vulnerados.

Pero quien oficia de AT también está inscripto de su propia historia, vivencias, vínculos, emociones, aciertos y desaciertos, encantos y desencantos, potenciales y debilidades, fortalezas y costados vulnerables, luces y sombras, atravesado por sus propias carencias, por esa falta o incompletud que alimenta su propio deseo y pulsión vital, y que puede generar angustia cuando no es reconocida y elaborada adecuadamente.

¿Cómo puede entonces un AT vaciarse de sí mismo, postergarse y aquietar un poco su propio latido existencial, para estar disponible para ese otro a quien acompaña, y ofrecerle así un espacio, alojarlo, brindarle un lugar simbólico donde pueda despertar su deseo, reparar y repararse? ¿Cómo hacer para prestar cuerpo y mente, y abstenerse de actuar los propios impulsos y deseos, para posibilitar al otro su proceso subjetivante, aceptando y respetando sus tiempos y sus posibilidades?

AT y Acompañado, dos seres distintos en sus roles, pero parecidos en su esencia humana, se encuentran y construyen un vínculo en un espacio-tiempo compartido, y se arriesgan a un devenir incierto. La idea es que, de este “andar juntos”, el acompañado resulte fortalecido, y que el AT resulte ileso. Sí: esa es la idea, el ideal imaginario. Pero en todo momento la función terapéutica del AT requerirá discernimiento, entre lo propio y lo ajeno, entre lo ideal, lo posible y lo real.

“Andar juntos” implica emprender un viaje incierto por un camino que no existe. Sortear barreras físicas, burocráticas y sociales. Crear puentes entre el aislamiento y lo social.

Un sujeto vulnerado, con un psiquismo debilitado y herido, tal vez deba emprender su viaje acompañado, delineando huella tras huella ese recorrido desde la dependencia de un otro hacia la consecución de una autonomía posible, guiado por su propia motivación, por su propio deseo.

Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky intentan delinear los “territorios del acompañamiento terapéutico” y expresan que “por tratarse de una experiencia de relieve heterogéneo y de alcances disímiles hicieron falta aproximaciones tentativas que nos fueron acercando a una identidad. Subrayamos: tan sólo acercando” Y continúan: “Transitamos un camino irregular con pocas señalizaciones y con una iluminación demasiado tenue para lo sinuoso que se presenta”. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, p.11).

Para no perderse en este viaje el AT necesita, en todo momento, asegurarse de tener bien definidos dos parámetros fundamentales: el Rol del AT y el Encuadre Terapéutico. Éstos serán el plan de viaje u hoja de ruta, una suerte de mapa con algunas anotaciones al margen que permitan recordar y orientar el rumbo en la dirección de la cura.

Se mencionó anteriormente que el AT pone su cuerpo. Al respecto expresa Frank: “La puesta en juego del cuerpo, de la escena, nos parece imprescindible, ya que no sólo acompañamos con conceptos e ideas, se acompaña con el cuerpo, con la vivencia, la empatía: ‘el sentir con’ (Frank, 2017, p. 45).

El Rol se incorpora, se encarna, se hace cuerpo. Pero el cuerpo, y el psiquismo, no son estáticos. La permanencia es mera ilusión porque, paradójicamente, en la vida la única constante es el cambio.

El cuerpo es biológico. Todas sus células sintetizan proteínas, algunas de las cuales funcionan como ladrillos que conforman parte de su estructura, y otras cumplen la función de enzimas, es decir que desarrollan funciones operativas como armar y desarmar esa estructura.

El cuerpo es metabólico. El ser humano se está sintetizando y degradando a cada instante, anabolismo y catabolismo, se construye y se desarma para volver a construirse. Como el dios Shiva de la mitología hindú que con un brazo destruye todo lo que existe, y con el otro lo vuelve a crear en una danza sin fin. O como ese fino equilibrio pulsional entre Eros y Tánatos, la pulsión de vida y la pulsión de muerte descriptas por Sigmund Freud.

Y así como el cuerpo y el psiquismo se transforman, también van mutando los roles que se encarnan. El Rol del AT se desdibuja y se deforma permanentemente en el andar profesional, por lo que habrá que volver a definirlo con cierta frecuencia, repararlo y reencaminarlo en la dirección de la cura. La misma suerte corre el Encuadre Terapéutico. El AT cuenta con el auxilio de la Supervisión Clínica para esta tarea.

Suele ser más simple explicar el rol del AT a través de sus funciones, lo cual veremos en otro apartado. Sin embargo, corresponde mencionar que el aspecto patognomónico del rol del AT es la ética de la subjetivación: acompañar a una persona vulnerada a recuperar su dignidad, acompañarla en un proceso de restitución de su condición subjetiva, es decir su condición deseante.

Expresan Kuras de Mauer y Resnizky:

En la interacción sujeto-vínculo-cultura hay puntos de anudamiento y puntos de vacío. Una cultura que busca erradicar la angustia propende a la proliferación de síntomas que son efecto del amordazamiento del dolor.

Asistimos a un proceso de subjetivación precario, caracterizado por la dificultad en la ligadura y un déficit representacional a nivel imaginario y simbólico. La subjetividad amenazada y a veces hasta destituida es quizá la marca distintiva de nuestra época.

Adherimos a la idea de un psiquismo abierto concibiendo a la subjetividad en un proceso de construcción permanente, con posibilidad de adquirir nuevas marcas.

Queremos combatir el concepto de salud que descansa sobre la necesidad de darle a la enfermedad una “solución” práctica y no una consciencia subjetiva personalizada. Buscamos darle la palabra, restituirle un lugar a la subjetividad destituida.

Estamos tironeados entre una cultura actual que pide eficacia clínica para acallar el dolor psíquico y nuestra convicción de que la angustia como verdad del sujeto debe ser escuchada.

La brújula que orienta la clínica es siempre singular. La “hoja de ruta” del proceso terapéutico se traza en el caso por caso. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004, p. 17-19).

Es decir que, parafraseando a Frank, el rol del AT es un posicionamiento ético, que implica abstinencia, asimetría del vínculo, confidencialidad y secreto profesional. (Frank, 2017, p. 58).

DISPOSITIVO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

El paradigma psicoanalítico constituye una de las fuentes preponderantes, entre muchas otras, que sustentan la base teoría y la clínica del acompañamiento terapéutico, no porque sea mejor que otros posicionamientos, sino porque históricamente muchos de los autores que donaron palabras significativas para la construcción de la función del AT estaban formados en ese campo disciplinar. Es así que la clínica del acompañamiento terapéutico también se sustenta sobre los tres pilares que menciona Sigmund Freud en su texto “¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad?” como requisitos para devenir analista: formación teórica continua, análisis personal y análisis de control (Supervisión Clínica). (Freud, 1919, pp. 165 - 171).

Si a estos tres pilares agregamos el trabajo en equipo interdisciplinario y la praxis clínica conformamos el Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, estrategia de intervención terapéutica mediante la cual ejerce su rol profesional el AT.

Kuras de Mauer y Resnizky, basadas en la filosofía de los dispositivos de Miachael Foucault, definen el concepto de dispositivo como la relación o red de naturaleza estratégica y de formaciones heterogéneas que van armando trama. Una serie de prácticas y mecanismos que se ponen en marcha con el objetivo a hacer frente a una urgencia. Su motor son los distintos profesionales que lo construyen y sostienen. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2025, p. 23).

El acompañamiento terapéutico es un dispositivo que permite diseñar una estrategia adecuada a la singularidad de cada paciente, donde el AT se suma a un equipo terapéutico interdisciplinario o a un terapeuta que dirige el tratamiento, siguiendo sus consignas para acompañar a ese paciente en su cotidianeidad. Entre sus múltiples funciones se destacan la contención y la socialización, desplegada preferencialmente dentro de la trama relacional de pertenencia, para que el paciente puede vincularse con otro, y con otros, restituyendo su subjetividad. (Dragotto y Frank, 2017, p. 22).

CONSIDERACIONES E IMPORTANCIA DE LA SUPERVISIÓN CLÍNICA

Para poder definir y sostener el rol del AT y el dispositivo de acompañamiento terapéutico es necesario habilitar otro dispositivo que los proteja, al cual llamamos Supervisión Clínica.

Viñeta 1:

Mayda Portela (2020), en su trabajo “La supervisión clínica en el acompañamiento terapéutico. Un espacio ineludible”, presenta el siguiente caso:

Un muchacho de veinticinco años de edad sufrió un accidente automovilístico por lo cual tiene por delante un largo período de inmovilización en cama. Ya de regreso en su domicilio, donde convive solamente con su madre, comienza a presentar síntomas depresivos que lo aíslan socialmente y enlentecen su recuperación.

Se solicita un AT varón para ayudarlo a abordar aspectos emocionales y estimular la práctica de ejercicios de rehabilitación motora.

El AT que toma el caso tiene la misma edad que el paciente, es estudiante universitario y vive en una residencia estudiantil alejado de su ciudad y de su familia.

Luego de algunas semanas de acompañamiento el AT solicita un primer encuentro de supervisión. Presenta el caso, los lineamientos indicados por el equipo de salud y la evaluación que pudo realizar sobre aspectos emocionales y vinculares del paciente. Menciona que pudo entablar un buen vínculo, tanto con el paciente como con su madre. El supervisor lo orienta con posibles estrategias terapéuticas para ayudar a su acompañado a expresar emociones, indagar sobre gustos y deseos anteriores al accidente, si tiene amigos y si éstos están presentes o si el paciente está socialmente aislado.

Pasa un tiempo y el AT pide una segunda sesión de supervisión. En esta ocasión el AT dedica un tiempo llamativamente extenso a hablar sobre el buen vínculo que entabló con

la madre del paciente: “Ella me espera con chocolate caliente y galletitas, y antes de retirarme nos quedamos conversando un rato en la cocina”.

El supervisor pregunta: ¿Y el paciente? ¿Cuánto tiempo le estás dedicando al paciente? El AT se queda en silencio un rato y luego, de repente, se agarra la cabeza y expresa: “Uh! Recién ahora me doy cuenta de que saqué el foco del paciente y me dejé atrapar por los cuidados de madre que no tengo y tanto extraño”. (Portela, 2020, pp. 3-4).

Una simple pregunta del supervisor había iluminado un punto ciego del AT que no le permitía ver al paciente. Inconscientemente el AT veía a su madre en la madre del paciente. Y, probablemente, la madre del paciente veía a su hijo sano en el AT.

En ese mismo trabajo Portela (2020) expresa:

La Asociación de Psicología Americana define la supervisión clínica como: “un servicio profesional que emplea una relación colaborativa, que tiene componentes facilitadores y valorativos, que se extiende a lo largo del tiempo, cuyas metas son mejorar la competencia profesional y la práctica científica del supervisado, monitorear la calidad de los servicios proporcionados, proteger al público, y proporcionar una función de control de entrada a la profesión” (APA, 2014).

Y agrega: “Es un espacio de trabajo más, un espacio de intercambio (del trabajo realizado y de los aspectos personales del trabajador) que ofrece un resguardo para el paciente, para el tratamiento y para el propio técnico”. (Portela, 2020, p. 2).

Podríamos completar la definición de APA agregando que la Supervisión Clínica ejerce, además de la función de control de entrada en la profesión, también la de permanencia. Esta observación no es menor, ya que es muy común que tanto analistas como acompañantes terapéuticos cumplan con supervisar sus primeras prácticas profesionales, y tal vez un tiempo más, pero luego tiendan a solicitar supervisión cada vez

más espaciadamente, tal vez hasta olvidarla, y recurrir a ella sólo en situaciones de urgencia.

También observa Portela (2020) lo llamativo que resulta que, siendo la Supervisión Clínica un aspecto trascendental dentro de la práctica clínica, existan pocos desarrollos teóricos que la tomen como objeto de estudio.

Tal vez podamos ver aquí una gran oportunidad para interrogarnos sobre la resistencia profesional que se manifiesta frente a la Supervisión Clínica. Resistencia a considerar en sus dos aspectos: la resistencia como obstáculo, y la resistencia como habilitante para la clínica.

Esta resistencia profesional para solicitar con cierta periodicidad una supervisión clínica muchas veces tiene que ver con la creencia equivocada de que el profesional está siendo evaluado o controlado en su desenvolvimiento, o con dar por hecho que la labor clínica no está presentando ningún tipo de dificultad.

Es precisamente en el espacio de la supervisión clínica donde el AT puede interrogarse, descubrir y elaborar estas resistencias, iluminar puntos ciegos, trascender obstáculos y rehabilitarse en su rol profesional.

Intentando derribar este mito, asociado a los significantes “supervisión” y “control”, algunos autores como, por ejemplo, Leonel Loyden, proponen otros nombres y formatos alternativos, como “supervisión colaborativa” y “covisión” y, además, que ésta se realice entre colegas AT. (Loyden, 2021)

Para darles identidad mencionaremos que los profesionales de salud que participan en una sesión de Supervisión Clínica encarnan los roles de supervisor uno de ellos, y de supervisado (o supervisante) el otro, lo cual, aunque los mismos puedan ser colegas, implica una relación asimétrica, vertical, donde el supervisado le supone un saber al supervisor, el Sujeto Supuesto Saber descrito por Lacan en 1964 en su Seminario 11 (Evans, 1997, pp.

185 - 186), y esto posibilita la activación de un mecanismo psíquico necesario al cual Freud llama Transferencia (Freud, 1912, pp. 97 - 105).

Según expresan Laplanche y Pontalis en su diccionario de psicoanálisis, “la transferencia designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica”.

“Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad”. (Laplanche y Pontalis, 1971, p. 459).

La transferencia es un fenómeno que se da entre las personas, pero especialmente en los vínculos terapéuticos. El analizante transfiere sus deseos, pulsiones y fantasmas inconscientes en su analista, el acompañado en su AT, y el AT en su supervisor.

La transferencia implica un saber, la suposición de que ese otro a quien se consulta es poseedor de un saber superior al propio. Por ello describimos a esta relación como asimétrica y vertical.

El AT elige a su supervisor por su formación académica, por su trayectoria, por su especialidad o por recomendación de otros profesionales, y principalmente por los sentimientos que éste le genera, sentimientos de confianza, admiración y respeto. Esto posibilita la instauración de la transferencia, requisito necesario para que el dispositivo de Supervisión Clínica funcione.

Distintos autores coinciden en que la Supervisión Clínica es un espacio necesario e ineludible, de suma importancia para una buena praxis clínica, pero que, paradójicamente, está muy poco estudiada y con poco desarrollo teórico.

Constituye un concepto de vital importancia en el campo de la clínica psicoterapéutica y de la clínica del acompañamiento terapéutico, tanto en la etapa de formación inicial y entrada a la profesión como en etapas avanzadas de la praxis.

El Código de Ética de la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de la República Argentina (AATRA), en su artículo 14, menciona a la Supervisión Clínica como uno de los deberes inherentes al ejercicio profesional del Acompañante Terapéutico, a realizarse con periodicidad. (AATRA, 2010)

La Supervisión Clínica es un espacio de trabajo e intercambio entre el supervisor y el supervisante o supervisado (el AT), entre quienes se instala una relación transferencial y donde el supervisor encarna el rol de Sujeto-Supuesto-Saber a quien el AT acude para elaborar un relato de su praxis clínica, esclarecerla y otorgarle significación, procurando así encaminar el acompañamiento terapéutico en la dirección de la cura.

Según Kuras de Mauer y Resnizky:

El material de supervisión está constituido por el relato de los desvelos profesionales. La Supervisión Clínica no se genera a partir de certezas, sino a partir de aquello que vuelve e insiste. Permite una revisión de los puntos ciegos del profesional, de sus resistencias inconscientes y de su ética. Recordar la teoría en relación a la clínica, cuestionarla y reformularla. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, p. 195).

El espacio de supervisión rescata al AT de situaciones de especularidad con el paciente. Cuando se instala en el vínculo una configuración dual imaginaria el supervisor actúa como terceridad, favoreciendo la salida de una fantasmática especular, y fortaleciendo el orden simbólico. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, p. 196).

La Supervisión Clínica es un lugar que el AT debe abrir, solicitar, pedir, demandar, crear, habilitar y habitar, para habilitarse profesionalmente. Es un lugar a donde volver, una base segura, un refugio en el cual el AT puede reconocer que también él necesita sentirse acompañado en su praxis.

La Supervisión Clínica es una instancia particular de formación para el AT, sujeta a honorarios profesionales del supervisor elegido.

“La Supervisión Clínica constituye así un encuadre protector de otro encuadre” (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, p. 196), un dispositivo protector de otro dispositivo o, mejor aún, podemos considerarla una instancia inherente al Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico, un requisito necesario para el desempeño ético, una condición sine qua non del rol de AT.

En la Supervisión Clínica el AT busca posicionarse en un lugar más distante y menos contaminado desde el cual, junto a un otro menos implicado, observar e interrogar la clínica, abordando los aspectos transferenciales y contratransferenciales que impregnan su vínculo con el acompañado. Allí el AT construye un relato de su experiencia clínica que le permite darle un sentido. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005, p. 196)

Respecto a la utilidad de la Supervisión Clínica, expresa Portela (2020):

1. Asegura al paciente y a su familia que lo que se trabaja está siendo revisado de a dos, integrando el saber y el hacer del AT con la mirada objetiva de un supervisor experimentado, quien además podrá sugerir estrategias y abordajes.

2. Permite al AT cuidarse a sí mismo, sostener su trabajo en la línea terapéutica, mantener una actitud de vigilancia para discernir qué es material del paciente y qué es personal, expresar y elaborar lo que siente durante su trabajo (contratransferencia). Constituye así una herramienta de psico-profilaxis para el AT, ayudándolo a prevenir el agotamiento emocional (Síndrome de Burnout).

3. Garantiza al paciente, a su familia y al equipo tratante que el AT puede mantenerse en el lugar técnico que le corresponde (encarnar y sostener su rol), siendo parte del sistema familiar sin dejar que lo adopten, es decir sin adherirse o perderse en el mismo. (Portela, 2020, p. 4).

El concepto clave es el ROL DEL AT. La función del AT es ejercer su rol. Para esto es necesario poder definirlo, encarnarlo y sostenerlo. Y la función de la Supervisión Clínica es auxiliar al AT para que pueda ejercer ese rol, y no otro. El rol del AT requiere ser revisado frecuentemente (supervisado) en la clínica de lo singular.

Desde su formación teórica el AT puede conocer a la perfección todas las particularidades que determinan su rol. Sin embargo, al sumergirse en el mundo del paciente, este rol se desdibuja, y se hace necesario volver una y otra vez a delinear sus contornos. El espacio de Supervisión Clínica es el lugar apropiado para que el AT pueda restablecer su identidad profesional, para poder cuestionarse y redefinirse en su función terapéutica.

Encarnar el rol de AT implica un posicionamiento técnico y ético. El rol del AT consiste en ofrecer su presencia y su mirada a la persona que acompaña, y ver en ella a un sujeto deseante, más allá del deseo del Otro.

Viñeta 2:

Un AT pregunta a otro AT: ¿cuándo te tomas vacaciones?

La respuesta obtenida es: “Aún no sé, tengo que preguntarles a los papás de mi paciente”.

Esta breve conversación entre dos profesionales AT nos invita a reflexionar sobre cuál es el rol del AT. Interrogarse es una actitud técnica y ética del AT, porque lo ayuda a

sostenerse en su rol terapéutico, evitando posicionarse o ser colocado en lugares que no le corresponden. El AT siempre está en riesgo de ser desplazado desde su rol terapéutico hacia cualquier otro rol, en función del deseo del Otro.

¿En qué lugar está posicionado el AT? ¿Por qué ocupa ese lugar? ¿Es consciente del lugar donde se está posicionando? ¿Quién lo ubicó allí? ¿Ocupar ese sitio le está permitiendo ejercer su rol terapéutico? ¿Al servicio de quién está este AT ejerciendo su función? ¿Está satisfaciendo alguna demanda? ¿Está acompañando al paciente según la indicación terapéutica? ¿Existe aquí una dirección de la cura, un hacia dónde? ¿Quién está dirigiendo la cura, el tratamiento? ¿Está este AT trabajando en equipo con otros profesionales de salud? ¿Está supervisando el caso? ¿El AT está enfocado en alojar el deseo de su acompañado o es funcional al deseo del Otro?

Muchas preguntas, sí; esa es una de las atribuciones del rol del AT: dudar, interrogarse, interpelar la clínica. Porque ocurre que el único que puede conocer el rol del AT es el mismo AT.

Generalmente un acompañamiento terapéutico se inicia con un malentendido. Todos pueden entender mal las funciones del AT, excepto el AT. El lado positivo de este malentendido es que sirve como puerta de entrada por donde el AT, en su condición de extraño, logra el permiso para ingresar en la privacidad de un territorio ajeno, el mundo del paciente y su familia. Luego de este primer paso, el AT debe explicar sus funciones, su modalidad de trabajo y su pertenencia a un equipo terapéutico al cual representa y del cual seguirá consignas.

El AT es convocado para trabajar con un paciente. Lo puede convocar el psicólogo, o el médico, o el equipo terapéutico, o el equipo docente, o los padres del paciente, o el mismo paciente. Pero cabe preguntarse: ¿qué es lo que están solicitando? ¿por qué solicitan un AT y no otro profesional? ¿qué desean para ese paciente o alumno? ¿saben qué hace un AT, cómo trabaja y en función de qué o quién?

Seguramente saben algo, suponen algo, creen algo respecto al trabajo de un AT, y según eso que imaginan o desean será el lugar en el cual intentarán colocar al AT: para que lo acompañe al paciente a hacer las compras, para que no duerma tanto, para que haga ejercicio, para que se comporte bien en la escuela, para que no moleste, para que lo cuide mientras mamá y papá trabajan, para que lo acompañe a las demás terapias, para que lo higienice y le dé la medicación, para que no coma tanto, para cumplir con el requisito de la escuela que expresa que sólo podrá asistir a clases si viene acompañado por un AT...

Resulta, muy probablemente, que quien solicita un AT no sabe cuál es su función. Y no tiene por qué saberlo. Precisamente una de las funciones principales del AT será explicar al solicitante en qué consiste su trabajo, que hay actividades que son pertinentes a su rol, que hay otras tantas que escapan a su competencia profesional, y que hay tareas que no sabe si las va a realizar, que las va a considerar y las va a plantear en el equipo terapéutico.

No existe un listado preciso de tareas que un AT pueda o deba realizar. Lo importante es que el AT debe estar advertido de que, desde que recibe el primer llamado telefónico que lo convoca, el o los demandantes intentarán colocarlo en el lugar que ellos necesitan o desean.

Entonces, el AT escuchará atentamente, con mucha cordialidad y actitud receptiva para, desde ese mismo momento, comenzar a encuadrar. Intentará alojar la demanda, pero sin satisfacerla. Evaluará si están dadas las condiciones para tomar el caso, si desea tomarlo, si puede, si existe un equipo terapéutico que esté tratando al paciente, si el paciente desea tener un AT. Percibirá qué lugar desean asignarle y se correrá de allí, para explicar sus funciones y sus condiciones de trabajo. Incluso cuando el demandante le exprese que está de acuerdo, que está todo muy claro, aun así, intentará colocarlo en un lugar al servicio de su deseo.

En todo momento, desde el inicio y durante el transcurso de todo el tiempo que dure un acompañamiento terapéutico, el AT será colocado en distintos lugares por el

acompañado, por la madre o el padre del paciente, por el equipo, por la maestra, y hasta por su propio deseo. Lugares a los cuales deberá interrogar, y muy probablemente correrse hacia otros posicionamientos, de modo tal de alojar las distintas demandas, pero no satisfacerlas (principio de abstinencia), porque sólo así estará acompañando terapéuticamente.

En todo momento la función del AT es dudar, incluso de sí mismo. Porque, parafraseando a Carlos Graiño, “nadie está exento de padecer de su propio yo”. El discurso yoico es un lugar de engaño, el lugar de las supuestas certezas conscientes. (Graiño, 2023).

En el acompañamiento terapéutico se trabaja sacando el foco del yo para enfocar al sujeto. El territorio donde habita el sujeto es el de la duda, el enigma. El AT, en su posicionamiento ético, aplicando el principio de abstinencia, debe poder alojar ese enigma y sostenerlo, soportarlo, sin apurarse a encontrar respuestas y soluciones posibles a un determinado sufrimiento o síntoma, porque sus motivaciones radican en el inconsciente, y los mecanismos y tiempos de abordaje son complejos. Sostener ese enigma implica un esfuerzo y mucha dificultad. Tolerar la frustración de no saber qué es lo que pasa. Es función del supervisor acompañar al AT a poder soportar ese enigma sin caer en la trampa yoica de pretender responderlo. (Graiño, 2023)

Retomando la viñeta 2 podemos pensar, tal vez, que ese AT está ocupando el rol de empleado de los padres del paciente, es decir que estos padres serían sus jefes laborales, quienes decidirán cuándo este AT podrá tomarse sus vacaciones. Cabe preguntarse aquí si ese posicionamiento está siendo terapéutico. Si el AT está ejerciendo su rol profesional u otro rol distinto. Si la cura está siendo dirigida por el equipo terapéutico o por los padres del paciente. Si el acompañamiento está en función del deseo del sujeto acompañado o si está al servicio del deseo de los otros.

Para prevenir estas distorsiones y cuidar el Dispositivo de Acompañamiento Terapéutico existe el Encuadre Terapéutico. Encuadre y rol deberán revisarse frecuentemente en el espacio de Supervisión Clínica.

LAS REGLAS DEL JUEGO: EL ENCUADRE TERAPÉUTICO

Todo juego supone un conjunto de reglas. Los jugadores deben conocerlas y aceptarlas para poder jugar. Tienen carácter común para todos los jugadores.

Describen el rol, el lugar y los objetivos del juego. Dentro de estas normas el juego se desarrolla en libertad y permite a los jugadores hacer sus propias jugadas. Si un jugador no las respeta se considera trampa. (Frank, 2017, p. 67).

El encuadre terapéutico es una estrategia técnica que permite delimitar un territorio de trabajo, contornearlo, bordearlo, poner límites operativos que posibiliten diferenciar lo que es pertinente de lo que no lo es respecto a la intervención terapéutica.

Está formado por premisas acordadas con el equipo terapéutico, con el paciente y/o con su familia.

Tiene el valor de un contrato, por lo cual en algunos casos se podrá elegir redactarlo por escrito y firmarlo por todas las partes (paciente, familia, terapeuta, equipo, AT), especialmente en los casos de pacientes con patologías complejas donde predominen comportamientos trasgresores.

En el caso de un paciente adulto siempre será preferible que éste participe en el armado del encuadre, a modo de intervención terapéutica, acorde a la ética de devolverle la palabra y subjetivación. (Frank, 2017, p. 66).

El AT escucha y analiza la demanda; luego explica cuáles son sus funciones y expresa sus condiciones de trabajo. Se acuerdan así los lineamientos que ordenarán la modalidad de esta prestación: los objetivos terapéuticos, quién dirige el tratamiento, las estrategias de intervención, las funciones del AT, el lugar de trabajo, los días y horarios de encuentros, la duración de cada sesión, el manejo del dinero para las salidas terapéuticas o compra de materiales, consentimiento escrito, honorarios profesionales y modalidad de pago, la comunicación con el equipo terapéutico, el secreto profesional, etc.

El encuadre sirve para determinar normas y condiciones que definen y cuidan el dispositivo, al paciente y al AT. Así el encuadre “podrá cumplir un efecto de terceridad”. (Frank, 2017, p. 61).

Contempla algunas normas explícitas (el rol del AT, lugar, tiempo, honorarios, etc.) y otras implícitas (regla de abstinencia, respeto por el otro, por la subjetividad y por el proceso terapéutico y por todos los integrantes del equipo). (Frank, 2017, p. 57).

El encuadre, una vez delimitado, marcará el contexto en el que se desarrollará el vínculo. Cuando el encuadre habla, cuando se rompe, lo invisible se vuelve visible develando distintas situaciones de la trama vincular AT-paciente. Podremos entender estas rupturas como el idioma en que se expresa el vínculo, e interpretar lo sucedido ya sea como un acting-out, como resistencia, como síntoma a ser develado, etc. (Frank, 2017, p. 56).

Este encuadre deberá ser claro y definido, aunque no rígido, permitiendo cierta flexibilidad adaptativa cuando sea necesario, siempre que se acuerde previamente, pero deberá respetarse en el sentido de que opera como Ley. Esto permitirá tener en claro que es el equipo terapéutico quien coordina el tratamiento y dirige la cura, y no el paciente o su familia, que el AT representa al equipo y forma parte de él, y que cualquier necesidad de modificar el encuadre deberá ser considerada por el equipo terapéutico.

El AT aceptará o rechazará ocupar ciertos lugares, o realizar ciertas tareas, según considere en función de su rol y de los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, en relación a la viñeta 2, podríamos encuadrar que el AT decidirá y comunicará con antelación cuándo se tomará vacaciones, pero no pedirá permiso para ello, porque eso jugaría en contra de su identidad profesional y distorsionaría el vínculo transferencial con su acompañado. De la misma manera, comunicará previamente cualquier variación que necesite hacer respecto del encuadre, por ejemplo: avisar a su acompañado si un día no trabajará o llegará más tarde.

Es importante aquí rescatar el concepto de DIRECCIÓN DE LA CURA. Este concepto señala un “quién” y un “hacia dónde”. Quién es el profesional de salud que dirige o coordina el tratamiento, y hacia dónde lo encamina, cuáles son los objetivos terapéuticos que considera para un determinado paciente.

La cura o tratamiento está dirigida por un profesional o por un equipo de profesionales de salud. El paciente y sus familiares deben confiar en el equipo profesional que ellos han elegido, permitirles dirigir el tratamiento y tomar las decisiones pertinentes.

Si los padres de un paciente deciden, por ejemplo, cuándo uno de los profesionales puede tomarse sus vacaciones, o que un día la sesión durará una hora más, o cómo el profesional debe hacer su trabajo, es un claro signo de que ese profesional no está posicionado técnicamente en su rol, lo cual puede devenir en que la dirección de la cura sea tomada por quien no corresponde y se pierda el sentido terapéutico de la intervención. Estas contingencias deberán comunicarse al equipo terapéutico y revisarse también en el espacio de supervisión clínica.

Siempre que sea necesario, se recordará al paciente y a sus familiares cuál es el encuadre de trabajo, y, si hace falta, se harán las adaptaciones correspondientes.

El encuadre permitirá que en cada momento el AT pueda evaluar lo que es pertinente y lo que no es pertinente a su rol. Su capacidad de poner límites operará como ley (función paterna) ante un paciente o una familia que intenten transgredir el encuadre o dirigir el tratamiento. El encuadre permitirá delinear un territorio confiable y seguro, contornearlo y desmalezarlo. Construyendo allí un lugar simbólico, encarnado por el AT, que aloje cálidamente al acompañado, lo sostenga desde la ternura, lo reconozca y le permita ser y desplegarse (función materna). El encuadre permite ejercer el rol del AT, integrando las funciones paternas (límites del encuadre y del rol) con las funciones maternas (flexibilidad y cordialidad del encuadre y del rol).

Muchas veces ocurre que el AT acuerda trabajar en el domicilio del acompañado, por ejemplo, tres veces por semana de 15 a 18 Hs. Pero un día, un rato antes de irse, recibe un llamado de la madre del paciente que le dice: “Necesito que te quedes hasta las 20 Hs, porque estoy demorada”. O “La semana que viene no vengas el martes, pero vení el sábado a la noche porque yo tengo una cena y no tengo con quien dejar al nene”. O “Esta semana no tengo el auto. ¿Podés llevarlo vos en el tuyo?”.

Es esperable que estas situaciones ocurran, que los distintos actores (equipo terapéutico, padres del paciente, el paciente...) intenten colocar al AT en el lugar que ellos desean.

El AT debe estar advertido de esto y saber correrse, abstenerse de tapar esos agujeros o vacíos ajenos, resguardando su función terapéutica.

Vamos a dar por supuesto que esto el AT lo tiene muy claro. Sin embargo, estas fuerzas, externas e internas, están actuando permanentemente y poco a poco el rol del AT corre el riesgo de desdibujarse.

Posiblemente estén ocurriendo situaciones que el AT no está pudiendo ver, y que obstaculizan o desvían el tratamiento en función de las resistencias defensivas del paciente, del equipo, de la familia o del propio AT, perdiendo de vista las coordenadas terapéuticas. Esta ceguera o puntos ciegos del AT requieren ser advertidos y considerados para reorientar el rumbo en la dirección de la cura. Para esto es necesario el ejercicio frecuente de la Supervisión Clínica.

Habíamos mencionado anteriormente a la ABSTINENCIA como una norma implícita del encuadre terapéutico. La abstinencia es entonces otra palabra clave. Es un aspecto técnico y ético del rol del AT. Y es precisamente lo que lo diferencia de otros roles.

Abstenerse es un desafío permanente para el AT. En lo cotidiano de la clínica surgen situaciones de falta, y el AT, como todo ser humano, tiende a querer completar lo que falta,

a ser útil, amable, funcional, servicial. Es más sencillo tapar los agujeros vacíos que abstenerse de hacerlo. El acting está siempre a flor de piel. Recordemos la íntima relación entre la falta y el deseo, y que el deseo puja fuertemente por ser cumplido.

La abstinencia implica un esfuerzo y tolerancia a la frustración, porque inquieta y angustia, y puede generar en el AT la sensación de culpa. Sin embargo, es la condición para que el acompañamiento resulte terapéutico: soportar el enigma.

La abstinencia también introduce una pausa, una espera, una postergación necesaria para poder pensar, frenar un poco la avasallante repetición para crear un espacio donde pueda surgir la novedad. En este sentido el AT opera efectivamente como un referente para mostrar una alternativa ante la compulsión, hacer una pregunta, inaugurar un lugar para la palabra.

La Supervisión Clínica opera en ese sentido como una descarga a tierra, una metabolización de esa sensación culposa, un lugar donde el AT puede nombrar sus palabras silenciadas y sus actos reprimidos en la clínica, un espacio para sentirse acompañado y retirarse aliviado.

Porque la abstinencia implica una disociación, a la cual podemos llamar técnica, operativa o instrumental, pero disociación al fin, que atenta contra la calma interna del AT, lo incomoda y lo pone en tensión psíquica y emocional.

Supervisar frecuentemente los casos clínicos le permitirá al AT recordar y revisar el encuadre terapéutico, y redefinir su rol. Sentirse acompañado en su labor. Poner en palabras sus sensaciones y emociones para evitar el acting en la clínica. El espacio de Supervisión Clínica le restituye al AT su integridad y lo rehabilita profesionalmente.

Entonces: ¿Existe un lugar para la palabra del AT? Sí.

Respetando el secreto profesional, la palabra del AT debe circular en los espacios adecuados, en las reuniones de equipo y en los espacios de supervisión, en las reuniones entre colegas, espacios de formación, ateneos, etc. Hay muchos lugares donde la palabra del AT debe circular, excepto en la clínica.

El AT es portador de datos, hechos, observaciones, y situaciones concretas que ocurren en los territorios personales del acompañado, lo cual muchas veces no llega al equipo terapéutico si no es a través del AT.

La palabra del AT, muchas veces es portadora de información relevante para el tratamiento. Y está ligada a sentimientos contratransferenciales del AT a los cuales hay que dar un lugar. Porque lo silenciado se actúa.

Esto no implica que el AT no converse con su paciente, sino que, en el territorio clínico, la palabra que importa es la del sujeto acompañado, mientras que el AT la aloja y le otorga reconocimiento, desde una escucha y una mirada calificadas, sin interpretar. Si el paciente pregunta, el AT puede devolverle la pregunta, invitándolo a expresar su opinión; o dar respuestas abiertas, que habiliten posibilidades para seguir pensando, evitando que sus propias marcas psíquicas contaminen el espacio del paciente. Y también puede sugerirle que lo converse con su psicólogo.

La limitación ética para la palabra está dada por el secreto profesional.

La privacidad del paciente no debe quedar sólo en el AT sino en el equipo, y eso debe estar claro en el encuadre terapéutico. EL AT debe hacer circular la información entre los miembros del equipo. Es conveniente explicitar esta particularidad del secreto profesional al paciente y su familia (...), aclarando que todo lo que suceda en el espacio del acompañamiento será compartido con el quipo a cargo. Esto aportará un elemento ordenador. El encuadre podrá cumplir un efecto de terceridad. (Frank, 2017, p.61).

FUNCIONES DEL AT

Tomando como referencia a Kuras de Mauer y Resnizky (2004) podemos decir que las funciones del AT son:

1. Contener al paciente: El AT se ofrece como sostén, auxiliando al paciente en su imposibilidad de delimitarse a sí mismo. Lo acompaña y ampara en su desvalimiento, su angustia, sus miedos, su desesperanza, e incluso en aquellos momentos de mayor equilibrio.

2. Ofrecerse como referente: El AT constituye una terceridad, un organizador psíquico que lo ayuda a regularse. Le muestra modos alternativos de actuar y responder frente a la realidad, otras posibilidades, sin pretender ser las únicas. Al trabajar en un nivel dramático-vivencial, no interpretativo, ofrece al paciente, in situ, modos diferentes de reaccionar frente a lo cotidiano. Esto resulta terapéutico porque propicia una ruptura de los modelos estereotipados de vinculación que lo llevaron a enfermar. Además, porque lo ayuda a aprender a postergar y esperar.

3. Ayudar a reinvestir: Los pacientes gravemente comprometidos se encuentran retraídos, perdieron el dominio e investidura de los objetos y situaciones vitales. Se encuentran debilitados y desinteresados para interactuar, para poder decidir o tomar una iniciativa. Poseen un yo comprometido y debilitado por la enfermedad. El AT opera como un yo auxiliar, prestando su yo, y actuando o decidiendo en aquellos órdenes en que el paciente no puede hacerlo.

4. Registrar y ayudar a desplegar la capacidad creativa del paciente: El AT pondrá el foco no tanto en los aspectos enfermos o desorganizados del paciente, sino más bien en detectar y estimular sus potenciales adaptativos y creativos, la expresión y despliegue de sus intereses, acompañando a abandonar el pensamiento mágico e inmediato, e incorporar la noción de proceso en su nexos con la realidad.

5. Aportar una mirada amplia del mundo objetivo del paciente: El AT, al estar en contacto cotidiano con el paciente, tiene un acceso privilegiado y ampliado a información que el resto del equipo terapéutico no puede ver en los límites espaciales y temporales del consultorio. Sus modos vinculares con su familia, las personas con las que elige relacionarse, sus emociones, cómo son su alimentación, su sueño, su higiene personal, sus modos de reaccionar. Todos estos datos acortan los tiempos de conocer y evaluar al paciente, elaborar diagnósticos y pronósticos, evaluar su evolución y diseñar las estrategias clínicas.

6. Habilitar un espacio para pensar: La cercanía y frecuencia del vínculo propician un espacio de confianza que habilita al diálogo no interpretativo, aprender a hablar y escuchar, como una herramienta expresiva, organizadora del discurso, que estimula la habilidad comunicativa y el interés por el vínculo social, a su vez que ayuda a metabolizar y elaborar procesos.

7. Orientar en el espacio social: Los pacientes con perturbaciones psíquicas han perdido el dominio del espacio social al que a menudo perciben amenazante y expulsivo. El AT se ofrece como un puente que lo ayuda a reconectarse progresivamente con algo de lo perdido. Lo acompaña en el proceso de volver a vincularse.

8. Intervenir en la trama familiar: El AT puede ayudar a descomprimir, amortiguar y oxigenar las tensiones y modos vinculares del paciente con su familia. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004, pp. 31-35).

Un AT que conoce sus funciones podrá determinar junto al equipo terapéutico qué actividades realizará, y cuáles no, con un determinado paciente, lo cual no se puede generalizar, sino que formará parte del plan de trabajo terapéutico singular para ese paciente.

Mencionaremos una vez más que el rol del AT, según las necesidades y deseos del paciente y su familia, será confundido con otros roles, de los cuales el AT deberá correrse para generar un vacío terapéutico (abstinencia).

En concreto: un AT no es médico, no es psicólogo, no es enfermero, no es cuidador, no es niño, no es secretario, no es tío, no es padre ni madre, no es padrino ni madrina, no es chofer, no es el que arregla todo lo que se rompe, no es amigo de su paciente. El AT no interpreta, ni otorga sentido al discurso y comportamiento de su acompañado.

El AT abre el diálogo, escucha preguntas sin responderlas, aloja el enigma y lo sostiene sin develarlo. Acompaña al sujeto en sus carencias sin resolverlas, escucha sus demandas sin satisfacerlas, estimulando su capacidad resolutive y su habilidad creativa, su revinculación con el mundo externo y la recuperación del grado de autonomía que sea posible, hacia una rehabilitación existencial donde la persona reconecte con su propio deseo.

El AT podrá cumplir su rol terapéutico si logra abstenerse de ocupar estos lugares donde intentarán colocarlo una y otra vez. La abstinencia es un requisito técnico y ético para cumplir las funciones enumeradas. También lo son el secreto profesional, poner el cuerpo y tener una buena capacidad de postergación y de tolerar la frustración.

El AT cuenta con el auxilio de la Supervisión Clínica para interrogarse respecto a su rol, sus funciones, el encuadre terapéutico, la demanda y la contratransferencia, con el fin de resguardar su salud y contribuir al tratamiento en la dirección de la cura.

DEMANDA, ROL DEL AT Y ANGUSTIA

Corresponde también a las funciones del AT analizar la demanda. Analizarla en función de determinar si lo que el paciente necesita es un AT u otro tipo de profesional. Si la demanda la realiza el terapeuta a cargo del paciente, un equipo terapéutico, la familia, o el paciente mismo. ¿Existe demanda? ¿Qué se demanda? ¿Esta demanda la está realizando el paciente o la realizan otros? ¿Puede el AT consultado responder a esta demanda?

Parafraseando a Kuras de Mauer y Resnizky podemos decir que:

El cause por el que discurre esta práctica subjetivante es la clínica del desvalimiento. Estado de desamparo, carencia y dolor psíquico. Un territorio inhóspito, de intemperie emocional y desesperanza, donde no existe la demanda y muchas veces ni si siquiera hay consciencia de un padecimiento.

Demandar o pedir suponen un registro de estar necesitando de un otro que asista, que ofrezca la “acción específica” para calmar ese estado de tensión interna o displacer. Pero el bebé con su grito no sólo demanda la satisfacción de una necesidad, sino que expresa una demanda de amor incondicional que nunca podrá satisfacerse totalmente. Siempre queda un resto sin satisfacer que origina el deseo.

La dimensión de la demanda de AT excede los recursos de quien la necesita. Recién orquestando el dispositivo clínico, se puede pensar en construir una demanda. La demanda se construye en el encuentro con el otro, cuando el sujeto reconoce su dependencia.

La presencia del AT ofrece una proximidad intersubjetiva como posibilidad de instalar la transferencia sobre la cual surgirá una demanda. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2025, pp. 73 - 80).

Expresa Verónica Fernández, docente de la Diplomatura Internacional en Supervisión Clínica para Acompañantes Terapéuticos, brindada por la Asociación de Acompañantes Terapéuticos de Bahía Blanca a partir del año 2023: “Nunca un AT debe satisfacer sistemáticamente la demanda del Otro”. Aclarando que “el Otro” se refiere al médico, al psicólogo, a la maestra, a la madre, al padre, al hermano, al paciente y por supuesto al mismo AT. (Fernández, 2023).

De manera similar, expresa Pulice, la necesidad, al principio del acompañamiento, de “desmalezar el terreno”, de tantos imperativos institucionales, familiares o superyoicos del mismo paciente, para poder dirigir la mirada al sujeto y posibilitar la transferencia y la construcción de la demanda. (Pulice, 2021, p. 83).

La ética que debe sostener el AT es la ética del deseo del sujeto, lo cual es muy distinto a la sobre-adaptación ortopédica al deseo del Otro.

La eficiencia del AT no está en tapar agujeros ajenos, sino en reconocerlos y acompañar a transitarlos. Reconocer la falta, lo que está incompleto y demanda reparación. Tolerar la frustración que genera lo inconcluso, lo carente, la castración, aquello que escapa a la simbolización del lenguaje y ni siquiera puede ser nombrado.

La falta es constitutiva del sujeto. El sujeto desea porque algo le falta. Hay un agujero que debe permanecer vacío para poder desear. Parafraseando a Lacan, podemos mencionar que lo que angustia no es la falta, sino la falta de falta, es decir cuando el deseo avasallante del Otro obtura esa falta y destituye al sujeto en su condición deseante.

Lacan vincula la angustia con el concepto de falta. Todo deseo surge de la falta, la angustia surge cuando falta esta falta; la angustia es la falta de falta. La angustia no es la ausencia del pecho, sino su presencia envolvente; es la posibilidad de su ausencia la que,

de hecho, nos salva de la angustia. El acting out y el pasaje al acto son las últimas defensas contra la angustia. (Evans, 1997, p. 39).

La dificultad que debe tolerar el AT radica en que lo que falta en el paciente puede, especularmente, remitirlo a su propia falta, lo cual puede angustiarlo y llevarlo al acto de tapar el hueco (acting out), para que no se vea y no tener que soportarlo. Por eso es tan importante para el AT elaborar la propia falta que le moviliza la clínica, metabolizarla a través de su construcción discursiva en su espacio de supervisión, y abordarla con mayor profundidad en su espacio terapéutico personal.

Entorno a un paciente todos demandan, y esas demandas posibilitan la incorporación de un AT a la vida cotidiana de un ser que necesita ayuda. Poniéndose aquí en evidencia una paradoja. La puerta de entrada por la que el AT ingresa a la vida de un paciente es paradójal. El AT debe estar advertido de que, cuando es llamado, esa demanda es un engaño. Por supuesto que un engaño sin intención consciente. Es demandado desde una falsa demanda que le solicita una “actitud medicamentosa”, normalizadora, que acalle los síntomas, pero sin estar dispuestos a soportar los efectos secundarios.

Desde una posición yóica y contradictoria se le pide al AT que resuelva algo que realmente no se desea resolver, que se resiste al cambio. Porque cuando una pieza del sistema familiar se mueve y se reacomoda, todas las demás piezas también están obligadas a reacomodarse, de lo contrario puede romperse la estructura y derrumbarse el sistema.

Estos reposicionamientos movilizan angustia en los otros miembros de la familia del paciente. Saber posicionarse frente a la demanda y soportar la angustia que la presencia del AT moviliza es incumbencia del rol del AT. Orientar en la tramitación de esa angustia es incumbencia del equipo terapéutico, y particularmente del terapeuta que dirige la cura.

El AT, aunque es demandado, es también un extraño que ingresa en la casa del paciente, en la escena familiar, y representa una amenaza para el actual equilibrio del sistema.

Cuando en una familia ya están asignados los lugares que ocupa cada uno de sus integrantes, la presencia de un agente de cambio como es el AT despierta resistencia. Una resistencia defensiva, que protege, que oculta, aquello que falta, aquello que no se puede nombrar.

Explica Pulice que la escena familiar que se nos muestra está maquillada de normalidad, que es un montaje, al servicio de resguardar algo ominoso que comanda la trama, el fantasma que comanda la escena, que mueve los hilos invisibles de cada uno de los personajes. A ese fantasma detrás de la escena propone llamarlo “La Otra Escena”. (Pulice, 2021, p. 99)

Podemos discernir que la escena familiar demanda ayuda, pero que la Otra Escena opone resistencia. Dos fuerzas en conflicto.

La sola presencia del AT ya resulta terapéutica para su acompañado, porque aporta algo nuevo, algo distinto ante tanta repetición. Tomando la metáfora de la escena familiar, el AT aporta (importa) a ese escenario un nuevo foco de iluminación que suma luz al sistema y, además, la orienta hacia alguien en particular, para devolverle protagonismo. Trae una novedad, en la medida que lo mira y lo aloja para ayudarlo a restituir el vínculo con lo perdido, invitándolo a correrse del lugar pasivo de ser vulnerable y desamparado hacia el lugar activo de sujeto deseante.

Sin embargo, los otros integrantes de la escena familiar pueden angustiarse. Generalmente la misma persona que demanda la presencia de un AT es quien sabotea el tratamiento cuando el acompañado comienza a mejorar. Como dice

Pulice: “(...) el que boicotea es al mismo tiempo quien solicitó nuestra intervención, y quien, además, la sostiene económicamente”. (Pulice, 2021, p. 90).

Viñeta 3:

Podemos imaginar un sistema familiar en el cual la madre es quien resuelve todos los problemas, el padre es quien se enoja y desaparece, la hermana mayor es la estudiosa, el hermano del medio es el silencioso, y el menor es el enfermo, el ruidoso, el que explota con berrinches y agresiones, molesta en la escuela, hay que medicarlo y llevarlo a terapias...

La presencia del AT oxigena y descomprime, alivia y permite que los demás descansen un poco. Pero también duda, interroga, evidencia, sin decir mucho, con su sola presencia. Porque si su acompañado mejora y ya no está tan enfermo, comienza a sonreír y disfrutar, comienza a correrse un poco del lugar de objeto averiado o enfermo, hacia el lugar de sujeto deseante y con un potencial creativo singular, entonces todo lo que ocurre en la familia ya no se le puede atribuir sólo al hijo menor.

La madre hace mucho que no duerme en su cama con su marido, porque prefiere dormir en otra habitación junto a su hijito para vigilar que no convulsione, o rescatarlo de sus pesadillas, o llevarlo al baño cada dos horas para evitar la enuresis nocturna, y así no perturbar el sueño del padre de familia que debe levantarse muy temprano para ir a trabajar.

Pero si, luego de un tiempo de tratamiento, el niño expresa que quiere dormir solo, y ya no tiene tantas pesadillas, ni incontinencia urinaria, entonces la madre ya puede volver a dormir en su propio lecho conyugal con su marido. Pero resulta que cuando todo está mejorando la madre se enferma, o deciden cambiar

de psicólogo, o prefieren cambiar de AT, o surgen otras complicaciones que llevan a la interrupción del tratamiento.

Es esperable que esto ocurra, porque cuando un integrante de una familia ocupa el rol de enfermo, entonces todos los demás son los sanos, y todo lo disruptivo del sistema puede justificarse o atribuirse a la enfermedad. Todos son, en apariencia, normales y completos. El único enfermo y carente es el hijo menor. Pero todos gozan de los beneficios secundarios de la enfermedad a los cuales no desean renunciar.

Pero si este integrante mejora, adquiere autonomía, y comienza a hablar, a expresarse, a desear nuevas cosas, a estar compensado a pesar de sus dificultades, entonces ya no requiere tanta atención familiar y todos pueden mirar hacia otro lado, pero también todos corren mayor riesgo de ser vistos. Esto puede movilizar angustia.

El AT debe estar advertido de estas resistencias inconscientes de todo el sistema, y de que representa una presencia amenazante. Porque cuando las cosas comiencen a cambiar advendrá la angustia, se evidenciarán otras faltas, porque además de la falta de salud del hijo menor, seguramente faltaban muchas otras cosas, a todos sus integrantes, pero no podían verse, porque no eran miradas, y entonces no producían angustia.

La presencia del AT en algún momento movilizará angustia. Y tanto el AT como el equipo terapéutico deben estar preparados para contenerla, de lo contrario ocurrirán muchos boicots o sabotajes, se verán muchos palos en la rueda, y correrá riesgo la continuidad del tratamiento.

La angustia delata una falta y reclama reconocimiento, implicancia, ser mirada, ser vista, ser nombrada, ser puesta en palabras, escuchada y elaborada. Si

la angustia es negada y rechazada ocurre el acting out o pasaje al acto, ya sea del paciente, de algún otro miembro de su sistema familiar o del AT.

Parafraseando a Lacan, la angustia es el único afecto que no engaña, que está más allá de toda duda. (Evans, 1997, p. 39).

Giachino rescata una frase de Sigmund Freud:

El que tenga ojos para ver y oídos para oír se convencerá de que los mortales no pueden guardar ningún secreto. Aquel cuyos labios callan se delata con las puntas de los dedos. El secreto quiere salirse por todos los poros. Y por eso es posible dar cima a la tarea de hacer consciente lo anímico más oculto. (Giachino, 2020, p.12).

Todo cambia, porque antes había que llevar al psicólogo y a muchas otras terapias sólo al hijo menor, pero ahora que el niño ya está mejor tal vez haya que llevar a terapia también a la pareja. La presencia del AT moviliza estructuras y obliga a redefinir roles.

Tomando prestadas palabras de Carlos Graiño, docente de la misma diplomatura en supervisión: “El yo es un lugar de engaño, y nadie está exento de padecer de su propio yo”. (Graiño, 2023).

En la demanda que convoca al AT hay muchas voces, muchos deseos yoicos, todos demandan, todos desean, a veces lo mismo, y a veces cosas distintas. Pero, llamativamente, en ese coro polifónico suele estar ausente el vocalista del grupo, la verdadera demanda.

Es como una obra de teatro interpretada por actores de reparto que centran sus discursos en alguien que es el protagonista de la obra, pero ese protagonista aún no aparece corporalmente en escena, es una suerte de construcción imaginaria

que hacen los otros, hay un gran suspenso, una gran intriga que mantiene al público en tensión, deseando el gran momento en que ese protagonista finalmente pise el escenario y diga algo. Todos hablan de él, pero él aún no aparece. Podríamos decir que está imaginariamente presente, porque todos lo mencionan y aportan datos que nos llevan a construir una imagen que no es real, pero que mitiga la tensión que genera su ausencia. El protagonista aún no expresa su propia voz, aún no habla, sino que es hablado por los otros. Cuando el gran momento ocurra y el protagonista al fin se asome a la escena tal vez hasta cueste reconocerlo. Será necesario darle foco y escuchar lo que tiene para decir.

Según Pulice, en la etapa inicial de la intervención terapéutica “hay una dificultad para localizar al sujeto. ¿Cuál es el sujeto del tratamiento? Nos dicen cuál es el paciente, pero no nos dicen cuál es el sujeto que tenemos como interlocutor, cuál es el fantasma que comanda la escena” sobre la que otros desean que intervenga un AT. (Pulice, 2021, p. 78).

El AT es convocado por un profesional o por un equipo de profesionales para sumarse e intervenir en la cotidianeidad de un paciente. Y se le indican los objetivos terapéuticos. Pero muchas veces no se sabe si el paciente quiere tener un AT. Y mucho menos se sabe sobre lo que quiere el paciente, si quiere algo, y si eso que quiere tiene algo que ver con los imperativos propuestos como objetivos terapéuticos.

El AT debe estar advertido de este mecanismo, porque no siempre el acompañado está en posición de sujeto. El AT, y el equipo terapéutico, deberán dar un lugar y un tiempo diferenciado a cada uno de los demandantes, para que esas voces se expresen y se calmen.

Los integrantes del equipo deberán reunirse, expresar lo que cada uno de ellos quiere y elaborar acuerdos que permitan coordinadas en dirección de la cura.

El AT podrá indagar los fundamentos y las posibilidades de llevar a la praxis esos lineamientos. También el AT podrá expresar su opinión profesional y su deseo. En una entrevista con la directora de la escuela y la maestra se las podrá escuchar y tener en cuenta lo que ellas quieren respecto del alumno. Y se podrán acordar entrevistas individuales con la madre, con el padre, y con algún otro familiar que demuestre estar esperando algo de ese hijo o hermano “problemático”.

El AT podrá analizar su propio deseo en su espacio de Supervisión Clínica y también en su espacio terapéutico personal. Y así, poco a poco se irá descontaminando la escena del deseo de los otros, se irá descomprimiendo, oxigenando y, al decir de Pulice: “desmalezando el terreno” (Pulice, 2021, p. 73), para dirigir la mirada al acompañado, ofrecerle un lugar nuevo, un lugar distinto, un lugar simbólico que lo aloje y lo invite a desplegarse, un nuevo lugar que reconozca y respete su singularidad, que albergue el enigma sin pretender resolverlo, que acompañe el vacío sin obturarlo, donde poder reconectar con la falta y el deseo.

En esa falta radica el deseo, y en ese deseo radica el sujeto. Entonces podemos concluir que el AT deberá vaciarse y abstenerse, reconocer y valorar la falta, la propia y la ajena, diferenciándolas, tolerar la frustración y la angustia de lo incierto, para habilitar un terreno fértil donde el paciente pueda devenir sujeto.

Podemos comenzar a dilucidar entonces que en este llamado que recibe el AT, en esta solicitud de acompañamiento terapéutico, existe una “Gran Demanda” dentro de la cual el AT, desde su pericia técnica y desde su ética profesional, deberá comenzar a separar la paja del trigo, en busca de la verdadera demanda.

La pregunta principal será: ¿dónde está el sujeto? ¿Demanda algo ese sujeto? ¿Cuál es entonces la verdadera demanda? Aquí hay que elaborar tal vez el duelo de que esa imaginaria demanda ni siquiera exista. El AT se presenta ante un

sujeto debilitado y desamparado para ofrecerle su mirada, para devolverle identidad, para reconocerlo como sujeto deseante.

La verdadera demanda, la demanda del sujeto, debe construirse en transferencia. La construcción del vínculo terapéutico AT- paciente posibilita la construcción de esa demanda.

Este vínculo terapéutico posibilitará abrir un camino, construir un puente hacia la realidad perdida, y en este “andar juntos” ocurrirá una reivindicación subjetiva.

En el mismo momento en que el AT recibe el llamado a acompañar a alguien queda planteado un gran enigma. El enigma es una persona que sufre, que no la está pasando bien, o que de alguna manera genera sufrimiento en otros, o por lo menos eso es lo que se plantea. En ese mismo momento el AT comienza a ejercer su función de escuchar, discernir, dudar, tratar de comprender, cuestionar, alojar esa demanda y esbozar un posible encuadre.

Este vínculo de mínima distancia, activa y moviliza mecanismos psíquicos tanto en el acompañado como en su acompañante, porque ambos están hechos de la misma sustancia, y ambos están incompletos, barrados, atravesados por la falta y el deseo. Es entonces donde el AT corre el riesgo de enceguecerse y perder su rol terapéutico, confundiendo lo propio con lo ajeno, anteponiendo su deseo y el deseo del Otro al deseo del acompañado, impulsado a obturar agujeros que no le pertenecen.

Para que su rol resulte terapéutico, el AT debe estar advertido de que estos mecanismos se ponen en juego, y debe poder soportar la falta, tolerar la frustración, la propia y la ajena, acompañar desde un lugar de no saber, sostener el enigma, propiciando la emergencia del sujeto acompañado.

Este sujeto devendrá tal en la medida que el AT acompañe su incompletud, desde la abstinencia, sin pretender solucionarla u obturarla. Acompañarlo desde la propia falta y la propia condición deseante, brindando una presencia imperfectamente humana que apueste a su potencial de reparación y construcción de subjetividad, sociabilidad, inclusión y autonomía posibles para una vida digna.

Viñeta 4:

Finalmente, podemos citar un fragmento de “El Principito”, de Antoine de Saint-Exupéry, para graficar la construcción del vínculo y de la demanda:

—No puedo jugar contigo —dijo el zorro—, no estoy domesticado.

—¿Qué significa "domesticar"?

—Es una cosa ya olvidada —dijo el zorro—, significa "crear vínculos..."

(...) Tú no eres para mí todavía más que un muchachito igual a otros cien mil muchachitos y no te necesito para nada. Tampoco tú tienes necesidad de mí y no soy para ti más que un zorro entre otros cien mil zorros semejantes. Pero si tú me domesticas, entonces tendremos necesidad el uno del otro. Tú serás para mí único en el mundo, yo seré para ti único en el mundo... (...) Si tú me domesticas, mi vida estará llena de sol. Conoceré el rumor de unos pasos diferentes a todos los demás. Los otros pasos me hacen esconder bajo la tierra; los tuyos me llamarán fuera de la madriguera como una música. (...) ¡Si quieres un amigo, doméstícame!

—¿Qué debo hacer? —preguntó el principito.

—Debes tener mucha paciencia —respondió el zorro— Te sentarás al principio un poco lejos de mí, así, en el suelo; yo te miraré con el rabillo del ojo y tú

no me dirás nada. El lenguaje es fuente de malos entendidos. Pero cada día podrás sentarte un poco más cerca... (...) Si vienes, por ejemplo, a las cuatro de la tarde, desde las tres yo empezaría a ser dichoso. Cuanto más avance la hora, más feliz me sentiré. A las cuatro me sentiré agitado e inquieto, descubriré así lo que vale la felicidad. Pero si tú vienes a cualquier hora, nunca sabré cuándo preparar mi corazón... Los ritos son necesarios.

—¿Qué es un rito? —inquirió el principito.

—Es también algo demasiado olvidado —dijo el zorro—. Es lo que hace que un día no se parezca a otro día y que una hora sea diferente a otra. Entre los cazadores, por ejemplo, hay un rito. Los jueves bailan con las muchachas del pueblo. Los jueves entonces son días maravillosos en los que puedo ir de paseo hasta la viña. Si los cazadores no bailaran en día fijo, todos los días se parecerían y yo no tendría vacaciones.

De esta manera el principito domesticó al zorro.

(...) —Lo que hace más importante a tu rosa, es el tiempo que tú has perdido con ella. (...) Eres responsable para siempre de lo que has domesticado. Tú eres responsable de tu rosa... (Saint-Exupéry, 1999, cap. 21).

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SUPERVISIÓN CLÍNICA

Expresa Fuentes Martínez:

Freud, en *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* (1912), menciona al análisis personal como una exigencia para con los analistas que desean tratar pacientes en psicoterapia. El objetivo de este planteamiento es que el terapeuta pueda vencer las represiones que subyacen a los puntos ciegos en su percepción analítica. Aunque no hace mención a la supervisión como parte de estos requisitos de preparación del psicoterapeuta, eran en esos tiempos una práctica común las conversaciones e intercambios epistolares entre analistas, donde se comunicaban entre sí las dificultades que les planteaban sus pacientes en tratamiento. La correspondencia mantenida por Freud con algunos de sus discípulos, y más sistemáticamente con el padre de Juanito (Freud, 1909) son testimonios tempranos de la práctica de la supervisión, aunque no fuese nombrada como tal.

Posteriormente en 1918, Freud señala que la orientación teórica la obtiene el analista en formación mediante el estudio de la bibliografía respectiva y, más concretamente, en las sesiones científicas de las asociaciones psicoanalíticas. En cuanto a su experiencia práctica, aparte de adquirirla a través de su propio análisis, podrá lograrla mediante tratamientos efectuados bajo el control y la guía de los psicoanalistas más reconocidos, haciendo así alusión a lo que hoy conocemos como supervisión o análisis control. (Fuentes Martínez, 2017).

Respecto a la implementación del dispositivo de Supervisión Clínica en el terreno del acompañamiento terapéutico, podemos hacer una breve referencia a que la figura del AT nace en Argentina, de la mano del Dr. Eduardo Kalina.

Susana Kuras de Mauer y Silvia Resnizky, en su libro “Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica”, publican una entrevista al Dr. Eduardo Kalina donde él expresa:

“(...) en 1970 creé el rol de ‘amigo calificado’, como resultado de la necesidad de contar con más recursos para tratar adolescentes con problemas de adicción a las drogas”. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004, p. 110).

Y en referencia a cómo debe cuidarse un AT, Kalina dice:

Insistimos, las reuniones de equipo, las supervisiones y un alto nivel de información son fundamentales para todos: los pacientes, la familia y el equipo tratante.

(...) No hay duda de que es necesario tomar todo tipo de precauciones, como hacen, por ejemplo, los radiólogos cuando usan delantales de plomo para evitar ser dañados por las radiaciones.

La tarea con enfermos psiquiátricos exige de nosotros una serie de cuidados y una disciplina de vida que no todos los que eligen este camino están dispuestos a seguir. (Kuras de Mauer y Resnizky, 2004, p.113).

ESTILOS DE SUPERVISIÓN CLÍNICA

Portela menciona tres modalidades de supervisión clínica:

1. Centrada en el paciente: se revisan los aspectos técnicos, como el rol del AT, el encuadre terapéutico, la comunicación con el equipo, objetivos y estrategias que se están implementando, etc.
2. Centrada en el AT supervisante: es una metodología didáctica que aborda la contratransferencia, es decir cómo se está sintiendo el AT en su trabajo clínico con un paciente en particular, qué dificultades está teniendo, sus puntos ciegos, sus temores, dudas, avances observados, etc.
3. Modalidad mixta: contempla tanto los aspectos técnicos del tratamiento como los aspectos personales del AT en relación a su tarea.

Y agrega: “En esta última modalidad, enriquecedora (...) es donde entiendo que debe enfocarse el concepto de supervisión en el acompañamiento terapéutico, siendo un aspecto más que se debe integrar en la formación y ejercicio profesional de nuestros AT”. (Portela, 2020, p. 5).

En el capítulo sobre consideraciones e importancia de la supervisión clínica ya mencionamos lo llamativo que resulta que, siendo ésta un deber ético para todos los AT, exista cierta resistencia a demandar y sostener su práctica regular, así como a abordarla en desarrollos teóricos.

Posiblemente esto se deba a que tanto las acepciones de “control” y “supervisión” son fácilmente asimilables a la idea de que el AT está siendo vigilado y evaluado en su tarea, asociado a la verticalidad de la relación supervisor - supervisado.

Para desactivar este mito, varios autores proponen otras formas de mencionarla, por ejemplo: intervisión, supervisión colaborativa o covisión. Y también modalidades más horizontales, individuales o grupales, donde la experiencia se parece más a una charla entre colegas.

Leonel Loyden, propone otros nombres y formatos alternativos, como “supervisión colaborativa” y “covisión” y, además, que ésta se realice entre colegas AT. (Loyden, 2021).

Desde los inicios del acompañamiento terapéutico en Argentina el rol de supervisor lo asumía principalmente un psicólogo con experiencia en acompañamiento terapéutico.

Actualmente existen cursos de formación en supervisión clínica, donde los AT con suficiente experiencia clínica, pueden capacitarse y habilitarse como supervisores.

Cada AT puede elegir la modalidad que desee, individual o grupal, en el espacio y con el supervisor que desee. Lo importante es que siempre supervise.

Finalmente, es necesario especificar que las reuniones con el equipo terapéutico no pueden ser confundidas con una supervisión clínica. Ambas instancias son necesarias para el correcto funcionamiento del dispositivo de acompañamiento terapéutico, pero cada una de ellas persigue objetivos diferentes.

De la misma manera, se hace necesario aclarar que a nivel educativo existe una normativa legal en provincia de Buenos Aires, Argentina (Resolución 782/13 de la Dirección General de Cultura y Educación), que exige que el AT, en su condición de “asistente externo”, trabaje bajo la coordinación y supervisión de un profesional de salud responsable que pueda dar cuenta de su accionar. Esta garantía podrá certificarla el equipo terapéutico o el profesional de salud que esté dirigiendo el tratamiento. Pero esta “supervisión técnica” no cumple la función de la supervisión clínica. El AT siempre debe demandar su propio espacio de supervisión clínica, a partir de su propia iniciativa, acorde a los fundamentos técnicos y éticos de su profesión.

CONCLUSIONES

La investigación realizada nos permite confirmar que todos los autores consultados coinciden con la premisa de este trabajo: La Supervisión Clínica en el acompañamiento terapéutico es una instancia fundamental, inherente al rol del AT, que siempre debe estar presente durante el ejercicio profesional para garantizar una correcta intervención técnica desde un posicionamiento ético.

El acompañamiento terapéutico es un dispositivo demandado para complementar y acompañar el proceso terapéutico de personas portadoras de patologías congénitas o adquiridas que comprometen seriamente su cuerpo y su psiquismo.

Cuando se solicita incorporar un AT a un tratamiento, generalmente esa solicitud tiene el peso de una demanda, con sus connotaciones de exigencia y urgencia de solucionar algo del orden de un sufrimiento excesivo, que afecta la vida de una persona y su entorno familiar. Una situación desbordada que ya no se puede sostener. Y que exige “solución inmediata”.

Así suelen llegar tales solicitudes: buscando a “alguien” que actúe como un cuerpo de bomberos en un incendio, donde impera una situación desmedida que atenta de manera aguda contra la vida. Muchas veces se llama al AT cuando se activó la alarma de la angustia y ya no quedan palabras que simbolicen lo que está ocurriendo.

El AT responde a esa demanda advertido de que lo espera una gran tarea por delante, que requerirá de mucha disponibilidad afectiva y discernimiento para alojar y analizar esa demanda que le llega con marcadas connotaciones de angustia y de embrollos intersubjetivos donde muy probablemente existe un sujeto

vulnerado y desamparado, destituido de su condición deseante y arrasado por el deseo desmedido del Otro.

Es decir que un AT ingresa, poniendo su cuerpo, a un territorio ajeno y contradictorio (ambivalente) donde su presencia es demandada a su vez que resistida.

El AT muchas veces es el último recurso al que se apela para auxiliar una situación de repetición desmedida que, a pesar de tanto sufrimiento, se resiste al cambio.

Esta situación de falta de salud y de cordura, donde coexisten el desamparo y el avasallamiento, remite especularmente a la propia falta del AT, por lo cual la clínica puede despertarle angustia y obstaculizarle su función terapéutica.

Este ensayo habla de la angustia ante la falta. Sobre la castración que nos limita y nos hace desear, nos humaniza y nos convierte en sujetos. Sobre el mundo del lenguaje que nos significa y condiciona. Sobre la condición de sujetos sujetados al deseo del Otro y las habilidades que debemos desarrollar para liberarnos un poco y tener deseos propios más allá de los imperativos culturales. Invita a una reflexión sobre la imposibilidad de ser completos, obligándonos a construir maneras creativas de atravesar nuestras limitaciones y dignificar nuestra existencia.

Reconociendo el placer y la satisfacción que produce poder concluir una tarea, también se hace necesario aceptar que muchas veces más que conclusiones que cierran el círculo a la perfección, lo que logramos son aproximaciones a una determinada meta.

Entonces, este “ensayo inacabado” carece de conclusiones propiamente dichas. Prefiere ser un humilde intento de aproximación a una síntesis integrativa de la teoría y la praxis, que permita rescatar lo complejo del rol del AT y la

fundamental importancia que tiene el espacio de Supervisión Clínica para cuidar el dispositivo de acompañamiento terapéutico, brindar eficiencia clínica desde un posicionamiento ético al usuario y resguardar la salud del AT.

La esencia de este ensayo está en el reconocimiento de la propia angustia, y en poder valorarla en su ambivalencia: la angustia como obstáculo, y la angustia como habilitante para la clínica. La angustia como brújula, como afecto que no engaña, como verdad que debe ser escuchada.

La tarea que realiza un AT no es simple, se despliega en un territorio contradictorio que lo demanda, pero se resiste. Exige un claro y convencido posicionamiento técnico y ético que le permita ejercer y sostener su rol, para brindar un servicio terapéutico eficiente.

La Supervisión Clínica permite al AT contar con una base segura, un lugar a donde volver, un faro en la noche, un otro que lo acompañe y lo rescate del pantano y la ceguera, que oficie de terceridad ante el peligro de alienarse al vínculo terapéutico.

Permite garantizar al usuario un servicio eficiente y ético, y al AT una estrategia para elaborar la clínica, realizar integración teórico – clínica y resguardar su salud.

La Supervisión Clínica constituye para el AT un espacio de formación, una posibilidad de interrogar la clínica e interrogarse en transferencia junto a un otro a quien le supone un saber y a quien elige como referente.

Es el espacio donde el AT aprende a ejercer su rol. No puede ser una opción, sino una práctica ineludible, una condición sine qua non del rol del AT. Rol que exige un cuidado permanente. Cuidando su rol el AT se cuida a sí mismo, al paciente, al dispositivo y a la profesión.

Supervisar la praxis clínica con una frecuencia regular promueve una actitud humilde, ética y responsable, a través de la cual el AT se habilita a ejercer su rol profesional.

En este ensayo se rescata la importancia de lo social como factor fundante, constituyente y necesario para la condición humana, para sostener la vida, soportarla, disfrutarla y trascenderla.

El vínculo nutre y restituye identidad, otorga reconocimiento al cuerpo y al alma, como unidad integrada. Todos necesitamos ser reconocidos, ser mirados, tocados, valorados, escuchados y acompañados por los otros.

Lo vincular permite crear redes, ser parte, anudarse, implicarse, saber que no estamos solos. Nada es sino con otros.

Finalmente, se desea invitar a los AT a generar espacios de reflexión entre colegas. Es de vital importancia que los AT no trabajen solos. Que puedan nuclearse en grupos de pares y crear redes para sostener el peso de su rol.

Luego de concluir la formación teórica básica, los AT deben seguir buscando otros espacios de formación y contención. Nadie puede ofrecer acompañamiento idóneo si primero no se cuida a sí mismo, buscando espacios y personas para saberse acompañado.

Los tres pilares que sostienen la labor clínica son la formación continua, el análisis personal y la supervisión clínica. A través de ellos el AT se habilita y rehabilita en su rol terapéutico.

REFERENCIAS

(AATRA, 2010, 21 de agosto). Código de ética. URL:

<https://www.aatra.org.ar/institucional/codigo-de-etica/>

Cavagna, N. Mesa redonda sobre acompañamiento terapéutico. Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría. Buenos Aires, 26 de febrero de 1996. (Desgravación).

De Saint-Exupéry, A. (1999). *El principito*. Colicheuque.

Dragotto, P.A. (2017). Acompañando Acompañantes: Notas acerca de la indicación, la coordinación y la supervisión en acompañamiento terapéutico. En P. A. Dragotto y M. L. Frank (Eds.), *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en AT*. Fundación Sistere.

Dragotto, P. A., y Frank, M. L. (2017). *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en AT*. Fundación Sistere.

Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, V. 2023. Clase inicial. Diplomatura Internacional en Supervisión Clínica para Acompañantes Terapéuticos. Tiempo 03:05:00. URL:
https://youtu.be/iJxjfeDX4mk?si=FFS_TnJ2hO9JFWpz

Frank, M. L. (2017). Reflexiones sobre el encuadre en el acompañamiento terapéutico. En P. A. Dragotto y M. L. Frank (Eds.), *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en AT*. Fundación Sistere.

Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. Obras completas, 12. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Obras completas, 12. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1919). ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? *Obras completas*, 17, 1917-1919.

Fuentes Martínez, M. (2017). La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. En Revista Carta Psicoanalítica. URL: <https://www.cartapsi.org/new/la-supervision-clinica-un-espacio-de-aprendizaje-psicodinamico-en-la-formacion-del-psicoterapeuta-psicoanalitico/>

Giachino, V. La importancia de la supervisión en la praxis clínica. Revista digital Info AATRA N° 7. Agosto 2020.

URL: <https://www.aatra.org.ar/biblioteca/2020-info-aatra-n-7/infoaatra7.pdf>

Graíño, C. (2023). Clase inicial. Diplomatura Internacional en Supervisión Clínica para Acompañantes Terapéuticos. Tiempo: 01: 10: 00

URL: https://youtu.be/iJxjfeDX4mk?si=FFS_TnJ2hO9JFWpz

Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2004). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico-clínica*. (2a ed.). Letra Viva.

Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2005). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Letra Viva.

Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2025). *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. (2a ed.). Letra Viva.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. (1a ed.). Labor

Loyden, L. (2021). Supervisión colaborativa y covisión. Reflexión sobre el ejercicio profesional entre colegas. Tinta Libre.

Portela, M. (2020). La supervisión en el acompañamiento terapéutico: un espacio ineludible.

Info AATRA N° 7. URL: <https://www.aatra.org.ar/biblioteca/2020-info-aatra-n-7/infoaatra7.pdf>

Pulice, G. (2021). Acompañamiento Terapéutico, transferencia y dirección de la cura.

Fundamentos éticos de su clínica. (2a ed.) Letra Viva.