



TRABAJO FINAL DE GRADO

Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

Título: “El acompañamiento terapéutico desde una perspectiva comunitaria ”

Autor:

**Mendoza, Romina Alejandra –
Nº DNI: 35817571**

Director/a:

Lic. Alarcón, Alex

**Lugar:
Rosario**

**Fecha de presentación
31/07/2023**



ÍNDICE

Resumen.....	p. 3
Introducción.....	p. 4
Marco teórico.....	p. 7
Desarrollo.....	p. 12
Conclusiones.....	p. 20
Anexo.....	p. 23

RESUMEN

El siguiente trabajo final pone en evidencia la importancia de posicionarse desde una perspectiva comunitaria para los dispositivos de acompañamiento terapéutico, debido a la relevancia de los vínculos y la presencia del *otro* para construir herramientas y modos de habitar el mundo en forma más amigable y saludable. Para ello se toman en cuenta las experiencias realizadas en un dispositivo de la ciudad de Bariloche. Se reflexiona acerca de otras posibilidades de abordaje y se propone el dispositivo de acompañamiento terapéutico grupal. El presente escrito, presenta modos de fortalecimiento de los vínculos de personas atravesadas por cuestiones de salud mental, su reinserción en la comunidad y la promoción de la salud.

PALABRAS CLAVES:

Acompañamiento terapéutico- vínculo- dispositivo comunitario- grupo- salud mental.

INTRODUCCIÓN

El trabajo final integrador que se presenta a continuación, tiene por objetivo principal describir la función del profesional acompañante terapéutico (AT) en los dispositivos que responden a una perspectiva comunitaria. Para ello, se va a caracterizar un dispositivo de AT que depende de la Municipalidad de la ciudad de San Carlos de Bariloche, el cual se enmarca en dicha lógica.

Al área llegan demandas, principalmente, de los Centros de Atención y Articulación Territorial (CAAT), que trabajan con las demandas que visualizan en la población y también cuando son los mismos usuarios quienes se acercan a pedir algún tipo de asistencia; del hospital zonal que articula con el programa federal de Incluir Salud, pero del que poco se obtiene, en términos de prestaciones; de otras áreas del municipio y también de las defensorías de la ciudad.

El origen de la demanda, pone de relieve la situación en la que se encuentran las personas a quienes se debe acompañar: personas atravesadas por una complejidad socioeconómica, ámbito donde circulan las diferentes formas de violencia, ya sea económica, física, verbal, simbólica. Personas que atraviesan alguna situación de salud mental y/o también, alguna condición clínica- médica que pone barreras en el desarrollo de las actividades de sus cotidianidades. Todo este contexto local, exige un Estado presente que genere las políticas sociales necesarias para su tratamiento.

A través de la caracterización del contexto, su población, se buscará señalar cuáles son las estrategias puestas en marcha para la promoción de la salud, propósito que es horizonte para la práctica profesional del acompañante terapéutico.

No sólo se debe abordar *un diagnóstico, una discapacidad*, sino que se debe abordar la problemática que este contexto socioeconómico pone en evidencia, como el no acceso a una vivienda en condiciones *dignas*, empleo estable, oportunidades educativas, la labilidad de los lazos que conserva la persona en cuestión, la imperiosa necesidad de fortalecerlos, y en caso de la inexistencia de éstos, acompañar para construir nuevos lazos sociales, tales como red familiar, red social y redes en articulación con otras instituciones.

Se considera importante comenzar a elaborar hipótesis con apoyo teórico que den sustento a las prácticas. Al respecto, en el XVIII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico desarrollado en la ciudad de Córdoba en octubre de 2022 pudieron apreciarse diversos trabajos que iban *de la clínica a lo comunitario*. Una de las exposiciones más llamativas, fue la de Bustos, quien habló específicamente del acompañamiento terapéutico comunitario.

También se puede mencionar el libro de *Clínica en las fronteras (2017)*, de las compiladoras Frank, Costa, Hernández; material en el cual se aprecian escritos de grandes referentes del campo.

El contexto actual demanda ampliar la perspectiva y el abordaje clínico, hacia una mirada que entienda que somos seres sociales que vivimos en comunidad y hablar de salud mental, es hablar de salud integral, donde se contemplen todos los factores que intervienen y moldean a las personas, entendiendo que no sólo se trata de una cuestión médico- biologicista.

Esta nueva demanda permite repensar la labor del AT, intervenir sin tener que dejar de ser ATS, investigar, escribir y accionar. Desde esta perspectiva, se trabaja en la promoción de la salud, en la intervención desde la presencia, revisando y estableciéndose, no como agentes en salud mental, sino como agentes de salud, que responden a una sociedad y usuarios dinámicos.

Teniendo en cuenta el objetivo principal, se va a presentar la experiencia vivenciada en el Centro de Atención y Articulación Territorial N°8 (CAAT 8) en el cual, desde fines del año 2019, se interviene en casos singulares y complejos que darán cuenta del modo en que se implementan intervenciones comunitarias. En este sentido, se deberá describir a la población con la que se trabaja y en base a tal caracterización, se va a reflexionar acerca del modo vincular que se establece y con el que se construyen las herramientas simbólicas, resaltando la importancia del *otro* en ese proceso psíquico.

Barrionuevo (2012) propone hablar del *sujeto de la sociedad de consumo* para analizar cómo se desarrolla la adolescencia y juventud en esta época. Este análisis epocal, sirve a los fines de este trabajo, ya que entender el contexto del Capitalismo tardío que se encuentra definido por la desvalorización de la palabra, el predominio de la imagen, el predominio del tener por sobre el ser, permite comprender las lógicas de producción subjetiva, que determinan los modos de vincularse entre los sujetos, con el mundo que los rodea. Lo que sucede a nivel macro, impacta en la constitución subjetiva de cada sujeto que forma parte de la comunidad: se evidencia la indiferencia de la masa, predomina el sentimiento de reiteración y estancamiento, no existe confianza ni fe en el futuro. A decir del autor: “la sociedad moderna ofrece supuesta seguridad y confortabilidad cotidiana que venden la ilusión de poder librar de los límites a la omnipotencia narcisista, instalando la convicción de que *todo es posible*” (p. 27)

Ciertamente, estas cuestiones, configuran los modos de padecer en la cultura, los modos/ posibilidades de cura, donde impera el individualismo. La posibilidad de pensar en dispositivos de AT que tengan una mirada comunitaria, en donde el vínculo con otros

y con la comunidad es fundamental y reparador, es de suma importancia para el desarrollo teórico y profesional del campo del AT. (Barrionuevo, 2012)

Por lo expuesto hasta el momento, el tema que guía la escritura del presente trabajo, tiene que ver con lo que se ofrece desde el campo del AT para la construcción de herramientas que permitan habitar el mundo social y cómo estas intervenciones terminan por contribuir a la promoción de la salud integral.

MARCO TEÓRICO

La obra que guía e impulsa el presente trabajo se titula *Clínica en las fronteras (2017)*, compilado hecho por Frank, Costa y Hernández, que incluye textos del ámbito académico, el campo de ejercicio, de contexto legal, entre otros.

Para comenzar, es necesario definir qué es un AT; para ello se trabajará desde el concepto de la ley provincial de Río Negro n° 4624 (2010), donde se lo entiende de la siguiente manera:

Un auxiliar de la salud que contiene y sostiene al paciente y su interrelación con el mundo, desde un enfoque integral e integrador. El acompañamiento terapéutico es una práctica alternativa para la atención y asistencia de pacientes de difícil abordaje, solicitada por el profesional médico o psicoterapeuta a cargo del tratamiento del paciente o convocado por el Estado en situaciones de catástrofes sociales o naturales (art. 2).

Los dispositivos de AT se construyen en la *Clínica de lo Cotidiano* (Dozza De Mendonça, 2017), que remite a las habilidades de la vida diaria y brinda las herramientas para habitar el mundo social y vincular del sujeto. Se trata de un lugar complejo y revuelto que requiere del trabajo en equipo, responsable, cuidadoso y ético de las subjetividades que habitan el mundo actual. La implementación de éstos, busca ofrecer, a quien atraviesa un sufrimiento psíquico, la contención y fuerza que al otro le falta. Tal como menciona Dozza de Mendonça, “*el término Clínica de lo Cotidiano viene a indicar que, más allá de la comprensión clínica que podamos tener de esos procesos vinculares, el AT se procesa en gran medida mediante situaciones e Intervenciones Escénicas*” (2017, p. 225); ofreciendo herramientas para habitar el mundo social de una forma más agradable y saludable.

Para comprender dónde se inserta la figura del AT, es preciso comprender que trabaja desde una perspectiva comunitaria de la salud mental y entiende a esta última como un proceso complejo determinado por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales que atraviesan al sujeto y a su historicidad (OMS, 2018).

En el libro *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A. T.* (2017), Dragotto y Frank mencionan a Saurí (1997), quien propone que “*el acompañante terapéutico es quien camina junto a otro, es una presencia comprometida*” (p. 21). Acompañar es caminar junto al otro, pero desde un lugar profesional. Esto implica que se establece un vínculo entre el paciente y el AT, respetuoso de la ética, en abstinencia, es decir, un vínculo profesional en donde el AT se abstiene de satisfacer todas las demandas del

usuario y también lo hace de sugestionar, de dar sentido a todo lo que ocurre sin un marco regulatorio.

Ahora bien, ¿de qué se habla cuando se menciona el término *dispositivo*? García Fanlo (2011) retoma la conceptualización de Foucault (1977), quien lo entiende como la red de relaciones de poder/saber que se presenta entre elementos heterogéneos como las instituciones, leyes, discursos profesionales, decisiones reglamentarias, administrativas. El dispositivo en este contexto, entonces, se sostiene por el hecho de establecer un vínculo terapéutico, el trabajo en equipo y el hecho de estar sostenido desde la cotidianeidad del sujeto. La cotidianeidad de cada sujeto es compleja y diversa por eso es que se plantea la necesidad de un abordaje interdisciplinario, en el que exista un intercambio entre los diferentes profesionales que atienden al usuario, en pos de trabajar para lograr una mayor autonomía, mejoras en su sufrimiento psíquico.

En el libro *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* (2011) de los autores Dragotto y Frank se propone que el dispositivo de AT surge en el marco de los tratamientos de las adicciones y psicosis; con el paso del tiempo el abordaje se fue ampliando a diversas patologías y diferentes contextos, sin perder la particularidad del rol.

Se puede ubicar que la historia de los AT surgen en Argentina en la década del '60 como alternativa terapéutica al modelo asilar imperante en la época, con el objetivo de no estigmatizar a los usuarios del sistema de salud mental, promover el tratamiento ambulatorio inserto en la cotidianeidad del sujeto. Se propone como posibilidad de tratamiento para patologías que se consideraban intratables y, por esa razón, sólo se ofrecía el encierro en instituciones, el alejamiento de sus redes vinculares. Se comienzan a visibilizar estas prácticas y consecuentemente, se adopta una mirada crítica hacia las mismas; se comienzan a gestar comunidades terapéuticas, centros de día que alojan a quienes hasta el momento no pertenecían al sistema.

Un claro ejemplo es el trabajo de Kalina, médico graduado de la UBA y especialista en psiquiatría a lo largo de la década del 70, quien acuñó el término de "amigo calificado". En relación a la profesionalización del AT, cabe mencionar que un hito fundamental a nivel nacional fue la sanción de la Ley de Salud Mental 26657 en el año 2010 que propone una nueva perspectiva de la Salud Mental, entendiéndose como un proceso complejo determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. En esta misma línea, se puede mencionar, a nivel regional, la sanción de la Ley 4624 promulgada en el año 2010 que regula, encuadra y delimita las

prestaciones, deberes y derechos, alcances que adquiere a nivel provincial la figura del AT.

El desarrollo del presente trabajo entiende a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida y puede trabajar fructífera y productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2018). Si se pensara en los objetivos a largo plazo que se planteó con la ley nacional N° 26657 de cerrar los psiquiátricos para dar lugar a una atención integral de la salud y la salud mental, aún es algo que circula en el plano de los ideales. Entonces es que surgen diversos dispositivos para dar respuesta a la realidad del encierro asilar, la discriminación a nivel social de las personas que hacen uso del sistema de salud, la estigmatización que sufren los usuarios. Así es como se moldean preguntas que buscan respuestas en lo concreto e inmediato: ¿Cómo posibilitar la inserción de la figura de un AT en un dispositivo territorial teniendo en cuenta la complejidad de la realidad que atraviesa a los usuarios? ¿Es posible la cura sin el sostén de un *otro* que aloje?

A través de la lectura de referentes en el ámbito de la salud mental, Shiappa Pietra (2015) y Cohen (2013), se desprende que el proceso de desmanicomialización, propone una nueva mirada acerca de la salud mental, como se viene mencionando, ya no sólo centrándose en la *cura de la enfermedad*, sino apuntando a la reinserción en la sociedad de las personas atravesadas por un proceso de salud mental.

Una perspectiva que avanzó de manera interesante en este aspecto es la Psicología Comunitaria, la cual ha tenido un gran despliegue en las últimas décadas en el territorio latinoamericano. Esta propuesta, presenta una estrategia metodológica basada en la investigación-acción, orientada hacia el cambio social y la concientización (Montero, 1984). Este abordaje comenzó a dar respuestas a las problemáticas que comenzaban a surgir, en el contexto, el encierro, siendo el manicomio el lugar de exclusividad para alojar a “los locos”. La patología mental (definida por el paradigma médico imperante) sumado a su tratamiento de encierro, fueron convirtiendo a las personas en objetos de estudio y con un fuerte impacto en el imaginario social de manera negativa. Estas huellas fueron marcando el modo de la “estigmatización” del loco. De la lectura de la autora, se desprende que el estigma puede definirse como esa característica o marca diferenciadora apartada de la norma socialmente establecida. Hay toda una imagen que se construye socialmente con este estigma, asociado a lo negativo, lo violento, lo peligroso del contacto con alguna persona que haga uso (o haya hecho uso en algún momento de su vida) del sistema de salud mental.

Al día de hoy, quienes hacen uso del sistema de salud mental, son discriminados, excluidos del sistema. Y si bien se encuentra vigente la ley de Salud Mental 26657 que habla, en líneas generales, de que se terminen o “desaparezcan” los hospitales monovalentes, aún queda largo trecho por recorrer para su efectiva implementación.

Por ello es importante sumar a los enfoques comunitarios y hacer énfasis en tratamientos inclusivos y a la luz de la ley. Montero plantea que el fortalecimiento es entendido como:

El proceso mediante el cual los integrantes de una comunidad desarrollan en conjunto, recursos para controlar su situación de vida, asumiendo una postura crítica frente a la realidad, buscando generar un cambio en su entorno según sus necesidades y aspiraciones. (2003)

La autora propone que éste se apoya en procesos comunitarios tales como la participación en la comunidad; la conciencia, que permite superar la alienación, la ideologización y pasividad; la politización considerada como la ocupación del espacio público; el compromiso, que imprimiera la acción el respeto y consideración por los otros, por la comunidad y por sí mismo. El AT que se posicione desde este lugar, tendrá un trabajo significativo con el usuario en cuestión, pero también con su comunidad, ya que uno no es sin el otro. Creo que las herramientas que el AT pueda brindar en este marco, serán las necesarias para que el sujeto pueda asumir su posición subjetiva y en el mejor de los casos, comenzar a trabajar en pos de un deseo que motorice los cambios.

Un concepto fundamental en el enfoque comunitario y que sostiene la tarea de un AT es “subjetividad”; desde el psicoanálisis se entiende al concepto como la forma en que se constituye la singularidad humana en el entrecruzamiento de lo universal y lo particular que atraviesan su existencia. Cada uno de los eventos fundamentales de nuestra existencia, va marcando la constitución subjetiva, por lo que se puede pensar, en lo afectada que se encuentra la subjetividad de sujetos en situación de encierro prolongado.

Ese re- encuentro con el Otro, con la comunidad, es lo que hace que esa subjetividad pueda quedar ‘sujetada’, nuevamente, en esos lazos y vínculos que se van tejiendo a nivel social, y que muchas veces este camino necesita de un otro profesional que transite con el padeciente, su vida cotidiana.

Delgado (2012) menciona al respecto que este tipo de dispositivo “es un tratamiento no segregativo de la economía del goce de los sujetos” (p. 84) en tanto considera al Otro en la escena subjetiva del sujeto; ese sujeto que busca anudar y dar sentido a su sin

sentido. Entonces, el sentido se construye en ese encuentro con el otro, y es en el proceso que la función del AT, como sostén y contención, cobran un papel de especial relevancia.

DESARROLLO

Para poder describir el rol del AT en dispositivos de atención comunitaria es preciso hacer una revisión acerca de cómo se llega a pensar la salud mental desde la perspectiva comunitaria. Como ya se mencionó, la Ley 26657 que se sanciona en el año 2010, propone un abordaje que le permita a las personas continuar en sus comunidades y evitar la exclusión social. Se trata de una ley acorde a los estándares internacionales de derechos humanos en materia de salud mental, cuyos ejes centrales son la garantía del derecho a la salud en el marco comunitario y la integración y plena inclusión de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, considerados como sujetos titulares de derechos con capacidad para ejercerlos plenamente.

Para comprender el proceso, es necesario historizar los hitos fundacionales que dieron lugar a la reforma en la provincia de Río Negro. A continuación se propone un punteo de tales hechos:

- **1982:** Inicio de cuestionamientos por parte de profesionales al modelo centralizador; realización de asambleas; redacción de propuestas.
- **1983:** Se crea la **COORDINACIÓN PROVINCIAL DE SALUD MENTAL**, que implicó la puesta en marcha de los proyectos propuestos.
- **1984:** Replanteo de la necesidad de descentralizar a los profesionales (apertura progresiva de Servicios de Salud Mental Comunitaria en cada hospital público de la provincia), y revisión de las características de las prestaciones institucionales presentes en torno a la internación; organización del día de vida, asambleas, huertas y salidas recreativas. Se plantean interrogantes en torno a las jerarquías construidas y roles profesionales.
- **1985:** se crean los **LINEAMIENTOS GENERALES** para el nuevo Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria.
- **1986:** se crea el **REGLAMENTO ÁREA PROGRAMA**, incorporándose a la salud mental como 5ta. Clínica Básica. Se decreta la obligación de realizar internaciones por salud mental en las salas de los Hospitales Generales.

*Se organiza lo que se llamó el **equipo de externación-proceso de reinserción comunitaria para los pacientes internados en el hospital de Allen**. Objetivo: analizar y trabajar la problemática desde un proceso de acción-reflexión. Conformación: dos psicólogos y una trabajadora social. Metodología de trabajo: entrevistas individuales, familiares, referentes comunitarios, profesionales tratantes; y documentación de la historia clínica.

*Posteriormente este equipo se transformó en un **Equipo de Intervención en Crisis**, que ante la posibilidad de una nueva derivación al hospital psiquiátrico se actuaba sosteniendo a la persona durante 72 hs en la guardia del hospital general de su localidad para intentar resolver la crisis y evitar por innecesaria su derivación. Este equipo cubría un radio de 500 km. A partir de la sistematización de esta experiencia, se crearon las "Normas de Intervención en Crisis".

- **1988:** Reconversión del Hospital Psiquiátrico de Allen, en Hospital General.
- **1991:** Se aprueba la **LEY PROVINCIAL N° 2440** - "De Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental", dando un marco legal al programa de salud mental rionegrino.
- **2008:** Ratificación Argentina a la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad".
- **2010:** **LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657.-**
- **2014:** NUEVO "CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN".-
- **2018:** **Actualización de la Ley 2440**, acorde a las nuevas normativas vigentes.

(Extraído de la *Coordinación Provincial de Salud Mental Comunitaria y C. C.*)

La reforma en la provincia de Río Negro de 1985 se pasa de un modelo individualista con lógica manicomial, a una mirada social expansiva donde la recuperación del sujeto se realiza, en la medida de lo posible, en su contexto.

El neuropsiquiátrico de Allen, era el único hospital preparado para atender problemas de salud mental, donde llegaban personas de la provincia y también derivados de la patagonia. La configuración edilicia, respondía a un modelo asilar- manicomial, y como ya se ha demostrado, la recuperación tras esos muros, es imposible. Por eso es que en el año 1988 el neuropsiquiátrico se convierte en un hospital general.

En el año 1991 se sanciona, a nivel regional, la Ley N° 2440 de "*Promoción Sanitaria y Social de personas con padecimiento mental*", con el objetivo de legitimar la reforma comprometida con la recuperación y reinserción de los y las usuarios/ as de salud mental dentro de la comunidad respetando sus derechos, su identidad, sus lazos sociales.

Teniendo en cuenta el contexto regional, es que en el año 2020 surge en la Dirección de Promoción Social de la Municipalidad de Bariloche el Proyecto Territorial de "Vulnerabilidad Social y Discapacidad", el cual en ese entonces, tenía por objetivo el otorgamiento de subsidios monetarios para mejoras habitacionales y la prestación del

servicio de AT para personas en situación de discapacidad que no contaran con los medios para contratar los mismos.

En la población de Bariloche existen diversas situaciones críticas por las que atraviesan las personas que padecen algún tipo de discapacidad desde dificultades en la accesibilidad dentro y fuera del hogar, imposibilidad de acceder a recursos o tratamientos, falta de contención y apoyo, requerimiento de prótesis de muy alto costo, entre otros. A través del proyecto se buscaba brindar a dichas personas un acompañamiento que permita aliviar, mínimamente, las dificultades que atraviesan en lo cotidiano.

Una vez puesto en marcha el proyecto, comenzaron a surgir emergentes que no estaban contemplados en esos primeros lineamientos: la contención no sólo al usuario, sino también al grupo familiar invitó a repensar esos primeros objetivos y lineamientos del programa.

Actualmente, el programa de AT es considerado un recurso valioso a la hora de pensar en intervenciones en el territorio, para dar respuesta a situaciones atravesadas por la complejidad epocal, habitacional, social, de vinculación.

La demanda está determinada por la persona en cuestión y por el contexto en el que esta circula, entonces fue necesario pensar en un dispositivo que permita trabajar desde la subjetividad, sin negar la enfermedad, y tomando en consideración las condiciones habitacionales y sociales de las personas que llegan al dispositivo.

En general, es una prestación que se da a hombres o mujeres que rondan los 21 a 40 años y también a personas mayores, en articulación con otras áreas de la dirección. Son usuarios que atraviesan una situación de salud mental y se complejiza el cuadro, por problemas con la vinculación, con los lazos sociales lábiles o inexistentes, problemas de salud del orden clínico-médico. Y en este punto es en donde el rol del AT debe adaptarse y acomodarse a las nuevas demandas: la tarea no sólo se centra en el sujeto en cuestión con su patología psíquica o clínica, más bien, es con él y con su entorno más cercano con quienes se comienza a tejer la trama vincular y donde es posible hablar del despliegue de un dispositivo.

En la conferencia ofrecida por Bustos en el XVIII Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico en el 2022, la autora propone el AT que se inserta en el ámbito de lo comunitario debe poder ofrecer un espacio que le genere al usuario seguridad, contención, una escucha profesional con empatía y paridad, como ya se mencionó: *una presencia comprometida*. Desde ese lugar, es necesario dar respuestas generales, ayudar a reinvestir su propio mundo; en una misma intervención, se debe

poder asistir, rehabilitar y prevenir. Entonces, la tarea del AT tiene que ver con ofrecer al usuario, las herramientas necesarias para el despliegue de sus habilidades sociales, comunicacionales; incentivar la autonomía para el autocuidado y esto es posible, en un primer momento, gestionando las articulaciones correspondientes con los centros de salud, para la atención primaria. Una vez inserto en el circuito de atención, algunos /as usuarios requieren menos o el mismo acompañamiento para realizar sus seguimientos clínicos.

El espacio de AT busca que la persona pueda apuntalar y fortalecer las habilidades, aspectos saludables que cada uno conserva a pesar de la problemática que atraviesa. Por ejemplo, a una usuaria de 23 años, que atravesaba una situación de consumo problemático, reiterados intentos de suicidio, madre de 3 infancias, se la comienza a acompañar en octubre del 2021. En un principio, el acompañamiento se desarrolla en el hospital donde permaneció internada luego de un intento de suicidio. En ese espacio se comenzó a tejer el vínculo con la joven que presentaba una fuerte resistencia a la presencia de un otro que aloje. Su historia de vida era compleja: había crecido en un Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia y hoy sus hijxs eran quienes se encontraban en ese lugar debido a su fragilidad. No contaba con un grupo familiar que pudiese sostener, sólo se presentó un hermano mayor que estaba en las primeras visitas en el hospital, pero luego de su externación, las visitas comenzaron a ser menos frecuentes.

El dispositivo buscó asentarse en su domicilio, en sus actividades de la vida diaria, en el proyecto de vida; estrategias pensadas con las diferentes instituciones intervinientes. El objetivo de la joven era recuperar la tutela de sus infancias, pero no sería una tarea sencilla, ya que se podía lograr una adherencia al tratamiento farmacológico, terapéutico y mucho menos, al dispositivo de AT.

Las intervenciones no fueron las más acertadas, ya que no se pudo lograr el despliegue del dispositivo, la creación de un vínculo sólido entre AT y acompañado. En este punto, cabe la siguiente reflexión: las estrategias pensadas para el caso, ¿fueron las correctas? ¿Hubiese sido pertinente la puesta en juego de otras herramientas? ¿Cuáles?

En el ya mencionado libro de las compiladoras Frank, Costas y Hernández (2017), uno de los textos es de Bustos (2016) y esta autora propone el abordaje a familias complejas con la modalidad del *acompañamiento dual*, el cual implica:

Trabajar con dos acompañantes al mismo tiempo y en la misma escena. Ambos sostienen el mismo encuadre temporal y espacial, llegan juntos y se van juntos; deben ser muy flexibles, tolerantes, esperar que la familia haga los primeros

movimientos, deben mantenerse expectantes, dispuestos a la escucha y evitar cualquier tipo de intervención directiva. (p. 4)

Esta modalidad es una de las herramientas que se ha construido en el marco de la intervención comunitaria. Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, el AT desde la perspectiva comunitaria, no trabaja poniendo el énfasis en la patología del usuario, sino que trabaja en el abordaje de todo el grupo familiar. Esta modalidad del acompañamiento dual, es beneficioso ya que da, a cada integrante de una familia, el lugar que precisa para la escucha. Siendo dos los profesionales intervinientes, las estrategias son pensadas en forma más objetiva y contemplando a todos los integrantes de un grupo familiar. Entonces, al momento de idear una estrategia, se elige la más adecuada, evaluando el menor costo psíquico para cada uno de los integrantes de la familia, o grupo conviviente.

El objetivo de un abordaje de este tipo es neutralizar la hostilidad en el grupo familiar: a cada miembro se le ofrece un espacio propio y de escucha diferenciado. De esta forma, son los propios sujetos quienes plantean las reglas del juego; toman un rol activo en su proceso de subjetivación, de emergencia del deseo, la planificación del proyecto de vida. Sin dudas, no es una tarea fácil, pero las experiencias expuestas por la autora, demuestra que son efectivos al fin de la tarea. Además, el hecho de tener dos miradas profesionales sobre una misma situación, permite una mayor objetividad al momento del análisis de situación.

El AT es una figura que se inserta en esas vidas, en la intimidad de una familia que maneja una lógica, quizás diferente a lo que se considera dentro de los parámetros de normalidad o lo aceptado socialmente. El AT viene a tender ese puente necesario entre esa lógica familiar singular y el mundo exterior, el mundo social que se ubica por fuera de los límites habitados. Como se ha mencionado, la figura de este profesional se inserta para dar sostén y acompañar a la persona en la planificación y puesta en marcha de un proyecto de vida, por ejemplo. Desde esta perspectiva teórica, se entiende que las condiciones básicas para la salud son el trabajo, la educación, vivienda, alimentación saludable, saneamiento básico (agua segura, destino final de excretas y basuras), una vida en condiciones dignas, y tiempo para el ocio y la recreación. Además se requiere poder actuar con autonomía, tomar decisiones, acceder a servicios de salud de buena calidad y ejercer el derecho a participar.

Asimismo, el profesional AT trabaja en perspectiva de derechos de los usuarios; por lo que hay estrategias con íntimas vinculaciones técnicas y políticas. De esta manera, el derecho a la salud, uno de sus postulados centrales, se incorpora en un marco

en el que la salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos. (Stolkiner & Ardilla Gómez, 2012, p. 14).

La figura del AT, acompaña y promueve que los derechos de las personas sean respetados, en cuanto a deseos, voluntades, responsabilidades. Si se piensa en que el AT pertenece a un organismo del Estado, con más razón, su tarea también es la de articular con los organismos o áreas correspondientes para la concreción de tales objetivos.

Es necesario comprender que el profesional AT trabaja en el acontecer cotidiano de las personas. Al respecto, Shiappa Pietra (2015) menciona que la teoría comunitaria es el lugar donde confluye la cura con la reinserción social de las personas atravesadas por procesos de salud mental. Pensar en una intervención clínica orientada a la búsqueda de la cura del padecimiento mental no era suficiente. Había conformación de grupos, las personas se movían en comunidades, entonces la sociabilidad requería tener un lugar y orientar el marco conceptual de la práctica. Los hechos son cambiantes, dinámicos y son los que impulsan los cambios en los diversos dispositivos de AT, en este caso. Como ya se ha mencionado, un proyecto inicia con ciertos objetivos, que luego deben ser redefinidos y reelaborados. También se puede mencionar que esa flexibilidad y capacidad de adaptación es característica del profesional AT, quien debe pensar nuevos lineamientos de abordaje.

El dispositivo de AT se piensa como el espacio donde la persona puede encontrar apoyo para superar una crisis, transitar el período de internación, reinsertarse familiar y socialmente, luego de una descompensación y desarrollar habilidades que le permitan habitar el mundo de una forma menos costosa desde el punto de vista psíquico. Hasta el momento no se ha mencionado, pero el trabajo en equipo se vuelve fundamental para realizar verdaderas intervenciones psicosociales, tejiendo un sostén para fortalecer y atravesar los procesos de subjetivación en el entramado familiar y social.

En este punto es preciso resaltar que el trabajo en equipo no sólo es necesario por la complejidad del entramado vincular que se teje en el interior del dispositivo de AT, sino que es el mismo el que sostiene, posibilita y ordena las estrategias que incluyen a los profesionales AT. El posicionamiento ético, desde el que abordan los diferentes profesionales, es el que permite que los engranajes trabajen con el objetivo único y final que es acompañar procesos de subjetivación.

Hasta este punto del desarrollo, se describió en parte el trabajo del AT en el uno a uno. Pero si se piensa en la promoción de la salud mental, el sostén en momentos de crisis, el acompañamiento al usuario y su grupo familiar, se evidencia la importancia del vínculo con *otros*.

Aquí es donde los desarrollos teóricos de Bustos (2010) vienen a ofrecer otro tipo de abordaje en los dispositivos de AT. La autora propone la opción de dispositivos grupales en casos donde es preciso reducir los síntomas de sufrimiento, trabajar la inclusión social, primero en el grupo familiar y luego en las diferentes esferas sociales / comunitarias de las que puede participar, con la figura del AT presente hasta tanto, sea posible una reinserción social como ciudadano de pleno derecho.

En los AT grupales, el grupo tiene la función de sostén y apuntalamiento psíquico, lugar donde se genera una red de apoyo y ámbito de pertenencia. Allí se favorece el intercambio horizontal, el pensamiento y el juego porque así es como pueden sostenerse en la vida cotidiana. Compartir experiencias con otros que atraviesan situaciones similares, o que al menos pueden ofrecer otra mirada ante una misma situación.

El AT puede ir adoptando diferentes modalidades de intervención grupal:

- **Participando en talleres:** acompañando a un sujeto que precisa contención para transitar tal experiencia; o bien, siendo parte del equipo coordinador, para realizar contención en momentos de desborde emocional o de necesidad de contención.
- **Talleres coordinados por acompañantes:** son talleres en los que las actividades se convierten en excusas para el logro de otros objetivos como ser el trabajo vincular, social.

Y en general, la versatilidad de la figura del AT, permite que se convierta en referente dentro del grupo: dando contención, apoyo a personas con dificultades comunicacionales. moderando ansiedad, conteniendo ante desbordes imprevistos, brindando seguridad.

Los dispositivos grupales generan experiencias ricas y estimulantes en las que los usuarios pueden incrementar sus habilidades comunicacionales, pueden construir otras modalidades de vinculación, pueden ubicar habilidades inexploradas y potenciarlas al máximo. Pero sobre todo, generan el encuentro con el otro.

Como ejemplo se puede mencionar el taller denominado “Entrenamiento”, dependiente de la Dirección de Promoción Social de la Municipalidad de Bariloche. Se trata de un taller de entrenamiento cognitivo dirigido a personas mayores de los diferentes territorios

de la ciudad. Una de sus versiones se desarrolló entre los meses de marzo a mayo 2023, con el objetivo de promover un envejecimiento activo y saludables a través de actividades que posibilitan la participación y socialización, en este caso en el CAAT 8.

Se contó con la participación de 10 personas mayores que se acercaron a la propuesta. Como ya se ha mencionado, la figura del AT como parte del equipo coordinador tiene funciones específicas que hacen a su rol. En esta experiencia, fue interesante como con el correr de los encuentros, los participantes comenzaron a compartir sus historias de vida, lo difícil que fue criar hijos en hogares donde circulaba la violencia económica, física. Otras participantes, contaban que sus historias no fueron así y que sí existían otras posibilidades de habitar el mundo. Y ahí es donde el AT comienza a contener y dar lugar a esos emergentes que surgían y se apoderaban de los encuentros. El caso puntual de M., una señora de 57 años que mostró gran interés en las actividades pese a contar con una lecto escritura muy empobrecida debido a su no escolarización. Años en un matrimonio arreglado, sufriendo todo tipo de violencias que cesaron con la muerte del marido- agresor. Las compañeras, las animaban para que retome su escolarización, aprovechando la disponibilidad de tiempo, de interés y acompañamiento ofrecido por el CAAT y por la AT que detecta la demanda. Se realiza la articulación correspondiente y actualmente, se encuentra cursando para terminar la escuela primaria.

Se trató de un caso puntual, que precisó apuntalamiento, seguridad y un otro que aloje ese deseo de aprender. Ese *otro* fueron las compañeras animando, la AT brindando contención y articulando, los coordinadores que adaptaron las actividades para que no quede por fuera por el simple hecho de no saber leer y escribir. Al menos en ese tiempo y espacio, pudo devenir un nuevo sujeto alojado en esos vínculos tejidos desde la empatía y comprensión.

CONCLUSIONES

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede concluir que el pasaje a *lo comunitario* tiene relación con la nueva perspectiva en salud mental integral, teniendo en cuenta los derechos del sujeto. La figura del AT se inserta en lo cotidiano del sujeto, brindando herramientas necesarias para que los derechos de las personas no sean vulnerados y en ese contexto, pueda emerger el sujeto como tal, con todo lo que ello implica. En vistas de esto y los ejemplos aportados, se considera imperiosa la necesidad de fortalecer la perspectiva comunitaria en los dispositivos de AT, con las diversas modalidades de abordaje que éste es capaz de tomar, siempre teniendo en

consideración que ya no se trata de la cura de la enfermedad solamente, sino que las nuevas estrategias deben tender cada vez más a la reinserción social de las personas que atraviesan situaciones de salud mental; a la promoción de salud mental y al fortalecimiento de los vínculos como redes contenedoras de los diversos procesos que atraviesan y determinan a los sujetos de la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrionuevo, J. (2012). Parte 1: El sujeto en tiempos del capitalismo tardío. En *Adolescencia y juventud: consideraciones desde el psicoanálisis* (pp. 11-33). Eudeba.
- Bustos, G. (2022) Acompañamiento terapéutico comunitario. Trabajo inédito presentado en el XVII Congreso Argentino de A.T. Córdoba.
- Bustos, G. (2010) Acompañamiento terapéutico y dispositivo grupal. Trabajo Presentado en el 6° Congreso Iberoamericano y 1° Congreso Mexicano de A.T. Queretaro, México.
- Cohen, H. (2013). Capítulo 1: Génesis de una transformación. En: *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro* (pp. 25- 102). Lugar.
- Delgado, O. (2012). Parte II: La experiencia ética y la pulsión de muerte. Capítulo 2: Regla de abstinencia y el deseo del analista. En *La aptitud de psicoanalista* (pp. 83-98). Eudeba.
- Fanlo, L. (marzo 2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A parte rei. Revista de filosofía*, 74. España.
<http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
- Frank, M. L., Dragotto, P. (2012) ACOMPAÑANTES. Conceptualizaciones y experiencias en A.T. Brujas.
- Frank, M.L.Costa, M.- Hernández, D. (2017). Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras. Brujas.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2010, 2 de diciembre). Ley 26657 Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Legislatura de Río Negro (2010, 29 de diciembre). Ley 4624 del ejercicio del Acompañante Terapéutico. Boletín Oficial de la provincia N°4897 (p.183)
<https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/documento?id=2011010009&e=DEFINITIVO>
- Montero, M., (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología* , 16 (3), 387-400.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80516303.pdf>

- Montero, M. (2003). Capítulo 2: El fortalecimiento en la comunidad. En *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria: la tensión entre comunidad y sociedad* (pp. 12- 21). Paidós.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3),615-626.
<https://www.unrc.edu.ar/unrc/psc/pdfs/biblio/4.%20Montero.pdf>
- OMS (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Pulice, G. O. (2018) Acompañamiento Terapéutico transferencia y dirección de la cura. Fundamentos éticos de su clínica. Letra viva.
- Salud Mental Comunitaria y Adicciones de Río Negro (s. f.). *Breve reseña de la desmanicomialización en Río Negro*.
<https://saludmental.rionegro.gov.ar/?contID=49450>
- Schiappa Pietra, J. (2012). Capítulo 3: Introducción a la vida cotidiana. En *Teoría comunitaria y dispositivos de inclusión social* (pp. 39-77). Publifadecs.

ANEXOS

Municipalidad de San Carlos de Bariloche

Secretaría de Desarrollo Social

Dirección de Promoción Social

FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTOS TERRITORIALES	
1. Datos del Proyecto	
Nombre del Proyecto	<i>Vulnerabilidad Social y Discapacidad</i>
Localización	San Carlos de Bariloche
Autores	Departamento de Recursos y Proyectos
Fecha	2020 Enero
Responsable	Dirección de Promoción Social
2. Descripción y Antecedentes del Proyecto	
<p>El proyecto está orientado a generar líneas de acción que aborden situaciones de personas con discapacidad o en proceso de disminución de capacidades propias de la edad, que no cuenten con otras posibilidades que les permitan llevar adelante y mejorar su compleja situación.</p> <p>En el marco de trabajo de la Dirección de Promoción Social, en articulación con la Dirección de Discapacidad, se propone abordar dichas situaciones a través de una serie de prestaciones y dispositivos de abordaje basados principalmente en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Otorgamiento de subsidios monetarios para ser destinados a:<ul style="list-style-type: none">- Equipamiento y adecuación de los espacios que habitan dichas personas (cobro por única vez).- Ayuda económica para la manutención familiar para personas con discapacidad que no cuenten con una pensión/seguro relativa a su situación (plazo máximo 3 meses).2. Acompañamiento Terapéutico para personas con discapacidad. Seguimiento del caso por parte de un/a profesional por un plazo máximo de tres meses.3. Capacitación en temática discapacidad para los/as trabajadores y trabajadoras de la Dirección de Promoción Social.	

3. Fundamentación del Proyecto

En el marco de trabajo de la Dirección de Promoción Social, cotidianamente se evidencian situaciones de discapacidad complejas, que plantean casos que se encuentran atravesando un alto grado de fragilización y vulnerabilidad social, que en la mayoría de las oportunidades exceden las posibilidades por parte del área de dar respuesta a través de las líneas de intervención actuales.

Con el fin de buscar alternativas que permitan dar respuesta a tales situaciones se crea este proyecto que surge de la articulación con la Dirección de Discapacidad. En la población de Bariloche existen diversas situaciones críticas por las que atraviesan las personas que padecen algún tipo de discapacidad desde dificultades en la accesibilidad dentro y fuera del hogar, imposibilidad de acceder a recursos o tratamientos, falta de contención y apoyo, requerimiento de prótesis de muy alto costo, entre otros. A través del presente proyecto se pretende brindar a dichas personas un acompañamiento que permita aliviar mínimamente las dificultades que atraviesan en lo cotidiano.

La discapacidad puede ser entendida como una restricción o carencia de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que otra persona en situación de igualdad de edad, sexo o cultura. Se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible, progresiva o transitoria, innata o adquirida, surgir como consecuencia directa de una deficiencia o como respuesta del propio individuo. También se la puede entender o conceptualizar como la falta de adecuación entre la persona y su entorno.

La persona "no es" discapacitada, sino que "está" discapacitada. Una discapacidad limita la

habilidad para responder ante determinadas tareas. Se pueden agrupar en tres formas principales: de movilidad o desplazamiento; de relación o conducta y de comunicación.

Tomando en consideración la distinción realizada se definieron dos tipos de intervención que permiten abordar en una primera fase los tres tipos de discapacidad. En este sentido, entenderemos por equipamiento y adecuación del hogar la incorporación de elementos específicos y/o modificaciones edilicias menores, que requieren las personas con discapacidad para mejorar su calidad de vida (bastones, audífonos, barras de agarre, sanitarios adaptados, alfombras antideslizantes, sillas de ruedas, trípodes, andadores, etc).

Por su parte, se proyecta destinar parte de los fondos del proyecto a la contratación del servicio de Acompañamiento Terapéutico para personas con discapacidad a fin de lograr en ellos: mayor autonomía en sus actividades de la vida diaria; en el desplazamiento en el hogar y en la comunidad; espacios de contención y escucha activa: fortalecer sus habilidades y capacidades; detectar signos de alarma; articular con la familia o equipo tratante, generar vinculaciones con instituciones y organismos que puedan dar continuidad al proceso iniciado, etc.



“Entrenamiento”: entrenamiento de la mente y la memoria

MULTIESPACIO BARRIO UNIÓN- CAAT8

Dirigido a: personas mayores

Fecha: Marzo - Mayo 2023

Coordinan: Romina Mendoza - Agustina Osorio (DRYP)

Introducción

El siguiente proyecto consiste en el desarrollo de un taller para la estimulación y el entrenamiento cognitivo de personas mayores del territorio del CAAT 8 y de toda la comunidad que tenga interés en participar. El mismo se presenta como un espacio con la modalidad de taller a término, consistente en 6 encuentros grupales, como una primera instancia para convocar a las personas mayores que deseen realizar actividades preventivas y que, a través de ellas puedan también socializar, generar y/o fortalecer los vínculos entre pares y generar instancias en las que puedan proponer nuevas actividades participativas en el Multiespacio.

Fundamentos y antecedentes

Entre los fundamentos y antecedentes del mismo, se han detectado por un lado: que en los diversos espacios para personas mayores, algunas manifiestan dificultades concretas en relación a la pérdida de memoria o desafíos frente al aprendizaje de las nuevas tecnologías, entre otras. Por otra parte, en un contexto

de post pandemia, resulta importante volver a generar espacios de encuentro y fortalecer los existentes con propuestas que permitan la estimulación de la mente y los vínculos sociales, apelando también a la contención emocional.

En relación a las estadísticas mundiales, se sabe que la edad es uno de los factores de riesgo más importantes para presentar deterioro cognitivo, en tanto una de cada nueve personas mayores de 65 años, tiene demencia tipo Alzheimer (la más frecuente de este tipo de deterioros neurocognitivos), mientras la frecuencia aumenta a una de cada tres personas entre quienes tienen 85 años o más.

Por otra parte, existen factores protectores del deterioro cognitivo entre los que se incluyen ciertos hábitos como una dieta saludable, realizar ejercicio físico, generar y sostener espacios de socialización, así como estimular la mente a través de nuevos aprendizajes y participar de experiencias desafiantes y disfrutables. Todo ello disminuye el riesgo de deterioro cognitivo.

Mantené tu mente ilusionada y activa. ¡No jubiles tu cerebro!

Objetivo general

Promover un envejecimiento activo y saludable en las personas mayores a través de actividades de entrenamiento cognitivo y de estimulación de la memoria, a través de un espacio participativo y de socialización entre pares en el Multiespacio del Barrio Unión.

Objetivos específicos

1. Generar un espacio de encuentro ameno en el que las personas mayores puedan sentirse cómodas y acompañadas.
2. Trabajar con diversas propuestas de estimulación cognitiva, de memoria, de atención, de lenguaje, de vínculo con otros buscando favorecer el bienestar y la autonomía de las personas mayores.
3. Promover una instancia de evaluación y propuestas con modalidad participativa para el Multiespacio.