



TRABAJO FINAL DE GRADO
Presentado para acceder al título de

Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico

**EL APORTE DE LA ÉTICA A LA CLÍNICA DEL AT
SOBRE LÓGICAS MANICOMIALES EN
INSTITUCIONES DE CONCURRENCIA**

GÓMEZ, FEDERICO ADOLFO
Nº DNI 33.496.483

TUTOR

Lic. GUSTAVO SILVA

ROSARIO
4 DE MARZO 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gómez', is positioned above the typed name and title.

GÓMEZ FEDERICO A.
TÉC. EN ACOMPAÑAMIENTO
TERAPÉUTICO
MAT. Nº 023

AGRADEZCO:

A mi hijo Dante, mi mejor producción. A mi compañera Jimena, con quien aprendimos, crecimos y compartimos cada momento. A ambos por el tiempo, el amor, que me supieron dar para permitirme llegar a este Trabajo Integrador Final.

A mi papá y a mi mamá que me apoyaron en la decisión de seguir formándome.

A mi querida UADER, universidad pública, mi casa formadora que me acercó, a través de sus docentes, a esta hermosa carrera de Acompañamiento Terapéutico. A toda la gente de la FHAyCS que me ayudó a transitar ese proceso.

Al CATER, que es la apuesta colectiva en mi provincia que intenta mejorar, día a día, esta profesión.

A la Universidad del Gran Rosario, por crear este ciclo que permite llegar a la formación de grado para nuestra carrera.

A mis compañeras de cursado. A mi tutor, Gustavo Silva, quien contribuyó en el perfeccionamiento de esta entrega.

A mis amigos y directores Lucas Barrios y Sabrina Pollio, quienes estuvieron en todo el proceso administrativo, teórico, metodológico, narrativo y subjetivo que conllevó este trabajo de investigación.

A ella, por su aporte teórico y clínico que funcionó como punto y coma en la revisión de mis postulados para la construcción de la investigación.

A él, por su dedicación y compañerismo para no abandonar; y su saber para reforzar el posicionamiento y lograr este escrito académico.

Su acompañamiento incondicional me brindó el apoyo necesario para empezar, desarrollar y finalizar este TIF.

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
FUNDAMENTACIÓN.....	5
OBJETO Y OBJETIVOS DE TRABAJO.....	7
METODOLOGÍA DE ABORDAJE.....	7
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1 Sobre la ética.....	8
1.2 Sobre el rol profesional y sus incumbencias.....	12
1.3 Sobre la técnica.....	15
1.4 Instituciones de concurrencia.....	19
1.5 Sobre la situación de discapacidad.....	23
CAPÍTULO 2. VIÑETA CLÍNICA: EL CASO DE L.....	25
CAPÍTULO 3: HALLAZGOS DE INTERPRETACIÓN.....	29
CONSIDERACIONES FINALES.....	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	40

RESUMEN

El siguiente Trabajo Integrador Final aborda el aporte de la ética del Psicoanálisis a la clínica del acompañamiento terapéutico sobre lógicas manicomiales en instituciones de concurrencia. Se propone enfocar la clínica del AT mediada por herramientas técnicas como la abstención de la subjetividad, el encuadre, el diagnóstico situacional y el vínculo entre el acompañante y el acompañado como forma de superar prácticas teñidas lógicas asilares y capacitistas hacia servicios de apoyo basados en el Paradigma Social de la discapacidad y la Salud Mental.

Se hará uso de una experiencia de AT con la cual se ejemplifica el abordaje de la problemática, con el fin de exponer la forma en la que el acompañante terapéutico se constituye como una herramienta dispuesta y disponible que se posiciona éticamente de cara a las emergencias subjetivas de las personas que acompaña, ofreciendo alternativas de intervención profesional capaces de brindar entornos más amigables y propicios para la participación activa de los usuarios.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo aborda el aporte de la ética a la clínica del acompañamiento terapéutico (AT) sobre lógicas manicomiales en instituciones de concurrencia. Esto implica exponer el posicionamiento ético de las y los acompañantes terapéuticos (at) como herramienta de tratamiento vincular, que instrumenta técnicamente abordaje capaz de romper lógicas manicomiales en instituciones de concurrencia para jóvenes y adultos en situación de discapacidad.

Es importante aquí hacer un paréntesis para dejar en claro que, a partir de un posicionamiento personal sobre la perspectiva de género y el respeto a las disidencias dentro de nuestra cultura y sociedad, es que la escritura de este TIF se realizará en masculino y en femenino sin intención de invisibilizar ninguna posición ni género. Se hará hincapié en mencionar a las y los acompañantes terapéuticos y a las usuarias y los usuarios de servicios de apoyo, debiendo omitir en algunos casos la aclaración inclusiva para agilizar la lectura del texto.

Continuando con el tema, partiendo de la base que aclara la idea de “lo manicomial” en instituciones de concurrencia, es preciso entender que, con ello, se hace referencia a las prácticas regladas desde la diferenciación y la estigmatización, propia del paradigma médico hegemónico que asocia síntomas con diagnósticos mediados por la idea de capacidad/dis-capacidad.

Mi experiencia como at durante varios años ha sido atravesada por la inquietud que me generaba ser testigo de miradas segmentadas, rígidas y patologizantes hacia personas usuarias de servicios de apoyo cotidiano. En cada ocasión en la cual fui convocado a trabajar para un caso de AT, en diferentes Centros de Concurrencia, he notado cómo se repetían los enfoques de las propuestas institucionales y los discursos sobre las limitaciones de los usuarios en relación a sus diagnósticos. Es por ello que surgió el deseo de indagar respecto a formas de abordaje alternativas a esta lógica propuesta institucional desde el paradigma médico hegemónico que fomentan la segregación, la expulsión y coarta la emergencia subjetiva de usuarios y usuarias de salud. Aquí, reflexiono acerca los motivos que me llevan a cuestionar estas premisas y el atravesamiento personal que tengo con la formación y la práctica del AT; me surge la inquietud por los aportes de la ética del Psicoanálisis como referencia para ofrecer un abordaje diferente, apoyado en el paradigma de la Salud Mental y de Derechos Humanos. Los postulados que allí se enuncian coinciden en ser promotores de la salud, de la emergencia subjetiva y del cuidado de los derechos de las personas, a las que se les ofrece servicios de apoyo, velando por la inclusión e integración de las mismas en la sociedad.

En definitiva, el presente trabajo tiene como objetivo principal preguntarse ¿cuál es la efectividad de la los y las acompañantes terapéuticos como herramientas dispuestas y disponibles al proponer abordaje alternativo? ¿Cuál es el posicionamiento ético capaz de romper lógicas manicomiales en instituciones de concurrencia?

Asimismo, ¿qué tensiones existen entre el paradigma médico hegemónico y su alternativa desde un Paradigma Social y de Salud Mental?; comparando ¿cómo influye el posicionamiento sobre uno u otro para pensar intervenciones?. Por otro lado, hay que problematizar también ¿qué políticas institucionales sobre la inclusión de personas con discapacidad se desprenden de esos mismos posicionamientos ético-profesionales?. Además, explorar ¿cuáles son las posibles repercusiones subjetivas de los y las concurrentes como personas usuarias del servicio ocupacional que brindan este tipo de instituciones?

FUNDAMENTACIÓN

En el ejercicio laboral del Acompañamiento Terapéutico es frecuente abordar situaciones de personas con discapacidad y la dificultad de que se consideren en el tratamiento dentro de Centros Ocupacionales con lógicas manicomiales. Es por ello que se considera importante realizar investigaciones sobre el tema a fin de ampliar el acervo teórico y bibliográfico en campo del Acompañamiento Terapéutico.

La clínica sobre las situaciones de discapacidad pone en tensión la problemática de la inclusión en instituciones de concurrencia, que al parecer siguen concentrando sus miradas en las dificultades que presentan los diagnósticos médicos que portan los usuarios de los servicios terapéutico-asistenciales.

Es de mayor interés llevar a cabo esta investigación para tensionar cómo influye la mirada de connotación asilar en la posición que se adjudican los usuarios y su posibilidad de una efectiva inclusión en la institución.

Se considera fundamental incorporar la ética del Psicoanálisis como alternativa para cuestionar el paradigma médico-hegemónico, como forma de atravesar a la clínica del at con sus herramientas técnicas del vínculo, el encuadre, el diagnóstico situacional y la abstención de la subjetividad; y la forma en la que éstas funcionan en el posible corrimiento de una mirada capacitista para generar un cambio subjetivo en la persona.

Posibles aportes del tema al Clínica del Acompañamiento Terapéutico

Este Trabajo Integrador Final tiene un tenor de importancia académica, que incluye los aportes de la ética del Psicoanálisis, siendo ésta, una disciplina que contribuye con un

posicionamiento transversal a las profesiones dedicadas a la salud en general y a la salud mental en particular.

En cuanto a la profesión, esta investigación problematiza las diferentes posiciones que un at puede tener frente a los emergentes en su práctica y las concepciones sobre la salud, el AT y la persona acompañada; cómo éste se piensa dentro de la práctica al momento de intervenir.

El aporte social que se puede problematizar aquí se vincula con la oportunidad de cuestionar las miradas que se tienen sobre las personas con discapacidad en relación a las posibilidades y desarrollo personal en cualquier ámbito cotidiano. Asimismo se plantea una lectura en clave, con el cuestionamiento a las lógicas institucionales operantes que reproducen patrones y discursos de un paradigma de antaño.

Antecedentes (Estado Del Arte)

Para el desarrollo de este Trabajo Integrador Final, se tuvieron en cuenta algunas investigaciones previas que han servido de puntapié inicial, dentro de las cuales se pueden ubicar:

La tesis de grado denominada “Consideraciones sobre adolescencia y delito en el discurso jurídico. La ficción jurídica y el mito del antihéroe”, de Lucas Barrios. Esta investigación aporta nociones en relación a la lectura del discurso jurídico en tensión con el discurso psicoanalítico, brinda un marco teórico para pensar el psicoanálisis y su posición ética, así como también ciertas herramientas de análisis institucional que revisten importancia para esta investigación en busca tensionar el paradigma médico-hegemónico y el Paradigma Social de Derechos Humanos.

La investigación “Ética y políticas públicas en salud mental” de Martín De Lellis, contribuye a problematizar la noción de ética tradicional, brindando también herramientas teóricas que permiten ubicar las tensiones existentes desde el paradigma de Salud Mental, aportando una mirada desde las políticas públicas.

Finalmente el Trabajo Integrador Final “Acompañamiento Terapéutico y limitaciones neuromotoras” de Sabrina Pollio, aporta diferentes nociones en torno a la especificidad del rol y la práctica sobre la técnica del Acompañamiento Terapéutico; asimismo aborda discusiones en torno al paradigma capacitista y sus lógicas.

Estas producciones confluyen en fundamentales contribuciones para darle una base sólida a la propuesta de exploración en el presente trabajo investigativo, tensionando algunas concepciones del Paradigma de Derechos Humanos, la ética del psicoanálisis y el campo del Acompañamiento Terapéutico.

Hipótesis

El posicionamiento ético desde el Psicoanálisis contribuye a ejercitar un modo de abordaje alternativo a la posición que responde, con lógicas asilares y capacitistas, al paradigma Médico hegemónico en la clínica del Acompañamiento Terapéutico. Esta alternativa promueve y valora la emergencia subjetiva, sustentándose en el paradigma social de la Salud Mental y en la perspectiva de Derechos Humanos.

Pregunta Problema:

¿Cuáles son los aportes de la ética a la clínica del Acompañamiento Terapéutico sobre las lógicas manicomiales en las instituciones de concurrencia?

OBJETO Y OBJETIVOS DE TRABAJO

Objeto de estudio

- La ética del Psicoanálisis en la clínica del acompañamiento terapéutico sobre lógicas manicomiales en instituciones de concurrencia.

Objetivo General

- Explorar el aporte de la ética del Psicoanálisis sobre la clínica del Acompañamiento Terapéutico sobre lógicas manicomiales en instituciones de concurrencia.

Objetivos específicos

- Analizar el origen de la ética y su atravesamiento en la práctica de Acompañamiento Terapéutico.
- Reflexionar acerca de los estigmas que producen los diagnósticos.

METODOLOGÍA DE ABORDAJE

El ensayo tendrá una metodología basada en el análisis cualitativo con enfoque interpretativo a partir de la selección de conceptos teóricos, con los cuales se podrá articular la práctica y exponer conclusiones sobre la experiencia de AT con un joven en situación de discapacidad, concurrente de un Centro Ocupacional de la provincia de Santa Fe en el año 2017. Se tomará, entonces, un recorte clínico para la articulación analítica sobre los aportes de la ética del Psicoanálisis y las posibles herramientas técnicas que se desprendan de la misma.

“No todo tipo de escrito o redacción es apropiado dentro del mundo académico. Al escrito académico, lo llamamos ensayo. El ensayo es un tipo de prosa que analiza, interpreta o evalúa un tema.” (Gamboa, 1997)

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

Para comenzar con el proceso de investigación, se buscará posicionar el estudio del fenómeno que aquí se aborda, desde la teoría psicoanalítica. Como punto de partida, esta dimensión teórica propone un posicionamiento ético desde una perspectiva de Derechos, mediado por la noción de *sujeto deseante*, lo que implica la suspensión de la propia subjetividad, para así valorar la emergencia de la misma en los usuarios y las usuarias con los cuales se trabaja.

1.1 Sobre la ética.

La ética es el concepto fundamental de este trabajo integrador final, por lo cual se considera pertinente comenzar por la etimología de la palabra y su concepción ubicada en la Antigua Grecia. “Para los griegos, el *ethos* es un *modo de ser* del sujeto que se traduce en sus costumbres, su aspecto, su manera de caminar, la calma con que afronta los acontecimientos de la vida. El hombre que posee un *ethos* bello y que puede ser admirado y citado como ejemplo es el que practica su libertad de manera refleja, es decir, en relación consigo mismo” (Castro, E. 2018). Se puede traducir como el posicionamiento que toma una persona frente a diferentes situaciones en las cuales debe decidir cómo actuar. A su vez, la ética propone la noción del *buen actuar sobre sí mismo ante acontecimientos de la vida*.

Continuando en la línea de autores griegos, “Sócrates discutía solamente acerca de las cosas morales y no se interesaba en absoluto por la naturaleza (...) buscaba lo universal.” (Aristóteles, 2021). Si bien conocemos los aportes de Sócrates a través de autores como Platón o Aristóteles, se puede afirmar que fue uno de los pioneros en la temática de ética y moral, haciendo énfasis en el dominio del alma sobre el cuerpo. Esto supone una problematización sobre la ética, entendida como la virtud del buen accionar y el aporte que realiza sobre la relevancia de generar conceptos universales que puedan trascender la época.

1.1.1 Ética y Psicoanálisis

En este punto, parafraseando a Galende (1994), es importante introducir el aporte del Psicoanálisis como disciplina que imprime una vertiente en la dimensión ética de la práctica y del ejercicio profesional. Cuando se dice que el *saber hacer* se configura en relación a cómo se concibe a la persona con la que se trabaja, tal como menciona Castro (2018), se refiere a que “el objeto de estudio lo constituyen las prácticas”. Esto quiere decir que el Psicoanálisis instala la concepción de *sujeto* como forma de pensar y abordar las situaciones, en contraposición a la noción de *objeto*. Puesto que en la clínica es fundamental apuntar y apuntalar la idea de sujeto y de “emergencia

subjetiva”; en consonancia con las palabras de Castro “no se trata de analizar las representaciones que los hombres tienen de sí mismos, ni las condiciones que los llevan a pensar de determinada manera (...) sino de lo que hacen y del modo en que lo hacen”.

El Psicoanálisis, como posición ética de abordaje, problematiza el modo en que se ubica el profesional respecto al sujeto del inconsciente (su objeto de estudio) y para habilitar la emergencia subjetiva se requiere de varios aspectos fundantes. Entre ellos, se ubica la dimensión dialéctica, como posibilitadora de la palabra, siendo la persona la que se presenta con una problemática y siendo quien porta la voz de su padecer. "En un psicoanálisis, en efecto, el sujeto, hablando con propiedad, se constituye por un discurso donde la mera presencia del psicoanalista aporta, antes de toda intervención, la dimensión del diálogo." (Jacques Lacan, 2012).

En estos términos, es importante aclarar que, cuando hablamos de Psicoanálisis, no nos referimos a la exclusividad del trabajo en diván, ya que su aporte ético es transversal a toda disciplina que desee ubicarse en el camino de la *verdad*. Aquí, cuando se dice *verdad*, se refiere a la *verdad del sujeto*, quien construye una propia a través de su discurso, su posición y su quehacer.

Ya que “en toda ficción correctamente estructurada es palpable esa estructura que, en la propia verdad, puede designarse como igual a la estructura de la ficción, la verdad tiene una estructura, por así decirlo, de ficción” (Lacan, 1994). Es decir que la verdad, entendida como la *realidad de cada persona*, se construye como la ficción que cada sujeto desea y, eventualmente, decide crear.

Por su parte, Freud (1950a) plantea que “en lo inconsciente no existe un signo de realidad o de suerte que no pueda distinguir la verdad de la ficción investida con afecto”, entonces es menester señalar que la verdad, en tanto realidad psíquica de cada sujeto (sujeto del inconsciente), será descubierta a través de la dimensión del diálogo, como plantea Lacan. El diálogo es la posibilidad habilitadora que permite el despliegue singular y único de cada sujeto junto a su propia verdad, por medio de una escucha atenta. Este es el aporte fundamental que el psicoanálisis hace en torno a la ética; es un *saber hacer* profesional que implica la suspensión de la propia subjetividad para darle lugar a la de las personas con quienes se aborda un tratamiento. Entonces despejar los ideales propios de los y las profesionales posibilita, en las intervenciones, la construcción de la subjetividad de las personas acompañadas.

1.1.2 Ética en el Acompañamiento Terapéutico

Incurсионando en la profesión de Acompañamiento Terapéutico, llevando la ética a sus dominios, se puede ubicar a diferentes autores que han ido aportando sobre la temática y cuyas obras sirven para enriquecer esta investigación.

En primer lugar, es importante conocer que a la hora de trabajar sobre lo cotidiano con otras personas, el profesional pone su cuerpo y psiquis a disposición. Esto refiere a que la subjetividad propia queda enmarcada en el interjuego vincular que se establece en la situación del acompañamiento terapéutico, fuertemente ligada a las tácticas y estrategias instrumentadas durante los encuentros. Es decir “hay una implicación subjetiva capital que se juega precisamente en el momento que decidimos *qué es lo que ordena el modo en que hacemos las cosas (...)* no hay *ética* sin implicación.” (Pulice, 2020). Por lo cual, se supone, siempre se pone en juego *algo* del profesional en ese intercambio.

Es fundamental aquí reconocer uno de los puntos de partida para comenzar un Acompañamiento Terapéutico: entender que no se sabe con qué situación se encontrará como profesional al iniciar su práctica. Tomando la metáfora sobre el juego de “buscaminas” que realiza Pulice en el mismo texto, habría que tener en cuenta que cada persona tiene una carga afectiva diferente, cada situación se presenta como única e irrepetible y la forma de abordarla debe construirse teniendo en cuenta esta singularidad, sin repetir recetas ni programas terapéuticos. En esta misma línea, se realiza un cuestionamiento a que las funciones desempeñadas por profesionales sean preestablecidas, o se puedan definir a priori, considerando que las mismas son el resultado de una construcción que se realiza caso por caso, ubicando la forma en que se diseña el encuadre, los modos de vincularse, las intervenciones que se realizan y el resultado de las mismas; en consecuencia, el lugar donde ubica la persona acompañada a su acompañante.

De este modo el posicionamiento ético, como política de los y las profesionales, va a condicionar el armado y confección de una estrategia de abordaje y, a su vez, todas las intervenciones que realice como profesional dentro de la dimensión táctica. Cabe destacar que toda acción u omisión dentro de un Acompañamiento Terapéutico es una intervención, que podrá ser leída y tomada por el o la profesional para actuar en consecuencia. Para comprender la injerencia y relación de estos conceptos se puede imaginar un gráfico concéntrico en el cual, la política englobe a la estrategia y ésta, a la dimensión táctica.

En la propuesta de conjugar el posicionamiento ético, sus consideraciones sobre el sujeto de derecho y de deseo, las intervenciones, el modo de vincularse y los efectos del mismo, el o la profesional debe pausar sus ideales, creencias y formas de ver el mundo, en pos de la emergencia y construcción de la subjetividad de la persona acompañada.

En relación al tratamiento, cuando una persona solicita un servicio de salud, está demandando un *saber* a un profesional. En este juego interaccional, se pone de manifiesto una relación asimétrica de jerarquía, puesto que es el o la profesional, como acompañante terapéutico en este caso, quien posee algo que la persona acompañada no tiene.

En esa relación, de un *sujeto de supuesto saber* (Lacan, 2007), se le deposita un poder al profesional (Foucault, 2006), quien puede caer en desempeñar prácticas de carácter coercitivo al actuar desde esa figura de *ideal*. Es aquí donde interviene la ética y posibilita un viraje en esta relación y un cambio de posición, que solo el o la profesional podría realizar; siempre y cuando incorpore la ética en su accionar, trocando una intervención coercitiva por una táctica que valore la emergencia subjetiva y condiciones de posibilidad.

En palabras de Rossi (2007), tomando estas tres dimensiones del profesional indicando que:

En su *política* el analista haría mejor en 'ubicarse por su carencia de ser que por su ser'. Al hacer mención a la ubicación por su falta de ser, nos lleva al plano de la *ética*, sostenida en el deseo del analista. En ese punto, de 'vacío' nos introduce en la problemática del *objeto* que se sostiene en cada caso, desde el cual el analista apunta a la 'máxima diferencia'. Una ética que permite, así, el trabajo sobre el deseo del analizante, recordemos, es el 'único sujeto' en juego en un análisis. Esa política, podemos decir, es solidaria entonces de la emergencia del sujeto, de la producción de subjetividad.

Es importante destacar que, si bien el autor toma de ejemplo el lugar del analista, hace una comparación con la práctica de Acompañamiento Terapéutico que contribuye, en forma de metáfora, a la idea y a las formas de posicionarse profesionalmente. Cuando menciona el punto de ubicarse como "vacío" es en razón de dejar ese lugar "libre", como se venía mencionando, para que la persona acompañada pueda ir ubicando a su acompañante terapéutico en la función que la situación requiera. Así también, el

autor hace hincapié en que “esto hace a su política (...). Queda fuera del juego, en cuanto a sus sentimientos, y debe dejar de lado prejuicios, ideales, etc., cuestión que remite a su propio análisis”. (Rossi, 2007).

En este sentido, se ubica la *propia subjetividad*, entendida como ese constructo de ideales propios y esa posición de abstención; el profesional debe suspender la propia subjetividad para dar lugar a la emergencia subjetiva de la persona acompañada. Esto no significa que la persona del profesional deje de existir o que no se cuele en el tratamiento -en la práctica no debería- sino que debe suceder un corrimiento de la subjetividad del profesional y, en tal caso, llevarlo a otras instancias de revisión como son la supervisión o el análisis personal.

Finalmente, es menester definir la categoría de ética como fundamental en esta investigación, no solo por ser un concepto transversal a las prácticas profesionales, sino porque es el Acompañamiento Terapéutico una práctica en lo cotidiano que se engarza en la ética de los Derechos Humanos y que trasciende todos los escenarios posibles de intervención, como ser, los domicilios de las personas acompañadas, las plazas, hospitales de internación psiquiátrica, instituciones de concurrencia, entre otros. Este último mencionado, será puesto en tensión, a lo largo de este trabajo, con el concepto de la ética y cómo afecta al vínculo entre las partes para la efectiva intervención en un tratamiento.

1.2 Sobre el rol profesional y sus incumbencias

En el momento que se piensa un abordaje interdisciplinario es fundamental delimitar los roles de cada profesional involucrado. En el caso del AT, el o la profesional tiene un rol que se fue construyendo desde la década del 60, hasta que se pudo establecer su campo de intervención sobre lo cotidiano.

Tomando la noción de rol que propone Rossi (2007), “en tanto *coordenadas fundamentales* para situar esta práctica a manera de elementos constantes”, se constituye como los lineamientos generales de una profesión, referenciando las tareas que desarrolla una persona en su profesión y diferenciadas de las acciones de otras disciplinas.

Estos límites se pueden comprender a partir de las incumbencias de cada profesión, delimitando los quehaceres que cada práctica realiza. Tomando la Resolución 20/21 del Consejo Directivo del Colegio de Acompañantes Terapéuticos de la provincia de Entre Ríos y teniendo en cuenta que es, actualmente, el único Colegio Profesional de AT que legisla acciones en torno a la profesión, mediante la ley provincial número 10.847 que permite su creación (además de ser el marco de regulación en el cual se

apoya este trabajo investigativo) se puede leer en su artículo 5 que las personas que ejercen el AT, están habilitadas a:

- Integrar equipos interdisciplinarios en Salud Mental;
- Colaborar en la implementación de estrategias con el equipo tratante en diferentes momentos e instancias del proceso terapéutico;
- Participar en acciones de asistencia, prevención y promoción en Salud Mental en ámbitos comunitarios e institucionales;
- Producir aportes teóricos propiciando el desarrollo conceptual del campo específico del Acompañamiento Terapéutico;
- Participar en equipos de investigación en el campo de la Salud Mental y en la elaboración de programas de salud, sociales y comunitarios;
- Participar en la planificación, organización y evaluación de programas de formación y evaluación académica y profesional en los que se aborden actividades específicas de Acompañamiento Terapéutico. (CATER, 2021)

Cabe aclarar, en relación a la ante última incumbencia dispuesta *ut supra*, que desde la creación de las licenciaturas en Acompañamiento Terapéutico, como profesional de la especialidad, no solo puede participar de investigaciones, sino que también se habilita en sus incumbencias, la posibilidad de dirigirlas.

Continuando con lo anterior, es necesario remarcar la importancia que tiene cada disciplina, diferenciándose una de otra, los límites y los alcances que poseen, como así también la diversas formas de intervención. Encontramos, entonces, que la especificidad del rol del Acompañamiento Terapéutico se halla en un proceso de institucionalización tanto en relación a su saber-hacer disciplinar, como también a su marco normativo. Cada vez hallamos más instrumentos legales que dan un mayor amparo en términos legislativos como profesional del AT, en materia de derechos laborales y de coordenadas fundamentales para el ejercicio de la profesión.

En este sentido, podría usarse una metáfora respecto a los juegos de roles. En ellos se encuentran diferentes personajes que se relacionan entre sí como magos, hechiceros, paladines, bárbaros; cada uno, con sus herramientas y movimientos especiales, propios de su figura, como lo son la utilización de magia, los hechizos, las espadas, las hachas que se despliegan en un tablero. Esto implica que, frente a diversos escenarios sobre lo cotidiano, el acompañante terapéutico es un profesional dentro del campo interdisciplinario que posee diferentes herramientas para intervenir, propias de su rol.

Llegando a una conclusión de lo anteriormente descrito, se puede definir el aspecto clínico del rol de las y los acompañantes terapéuticos como profesionales de la salud que pueden trabajar articulado con un equipo para la construcción de estrategias de abordaje, en un tratamiento sobre escenarios cotidianos, con el fin de promover la emergencia subjetiva, fomentar el desarrollo de la autonomía y la (re)construcción de lazos sociales.

1.2.1 Sobre los y las acompañantes terapéuticos como herramientas clínicas de abordaje

En este punto, es fundamental determinar la relevancia de considerar a los y las profesionales del Acompañamiento Terapéutico como una herramienta clínica de abordaje que instrumenta, a su vez, diferentes herramientas técnicas para el tratamiento de cada situación en particular.

Por un lado, se toma la definición del diccionario de la Real Academia Española, la cual explicita que una herramienta es un “instrumento que sirve para hacer algo o conseguir un fin”; y por el otro, la definición de *Clínica* como “*la labor terapéutica*” (Winnicott, 2020) que realiza un profesional. Por su parte Leonel Dozza articula el concepto de *lo clínico*, como la noción de *tratamiento* y la *relación vincular*, con la concepción de lo “asistencial”, como el aspecto de cuidado, “lo cual implica decir que no es exclusivamente clínica, ni exclusivamente asistencial” (Dozza, 2020). Consecuentemente con la idea que plantea el autor, se afirma que “el término “clínica” apunta hacia la importancia de los aspectos vinculares de la tarea, mientras que el término “cotidiano” señala que el trabajo con el vínculo tiene lugar en el ámbito de situaciones cotidianas, y empleando también recursos cotidianos.” (Dozza, 2020). Por lo tanto, la tarea como acompañantes terapéuticos hace énfasis en la construcción de ese vínculo con la persona acompañada para poder realizar un abordaje clínico en el recorte, entendiéndolo como el encuadre, que se hace de la rutina y vida diaria del mismo en una localización espacio-temporal.

Continuando, se define al “abordaje de AT como el quehacer que se operativiza gestionando desempeño profesional” (Pollio, 2022), es decir, incluye todas las intervenciones que realiza, directa o indirectamente como acompañante terapéutico, dentro del marco de una estrategia de tratamiento. En definitiva, referenciando a la autora, el acompañante terapéutico es la herramienta clínica de abordaje porque es el *sujeto* del mismo - está sujeto al mismo-; es decir que “se usa así mismo”, con su subjetividad y su tecnicismo a cuestas, para ofrecerse como servicio a otros mediante la instrumentalidad de herramientas técnicas de intervención.

1.3 Sobre la técnica

Es pertinente desarrollar el concepto de técnica, no solo porque los y las ats tienen una formación como tal, sino porque en este trabajo investigativo se utiliza el término para definir una serie de herramientas que utiliza como profesional para su intervención.

Para realizar un recorrido sobre el concepto de técnica, se puede comenzar por la etimología de la palabra que, según el Diccionario Etimológico Castellano (2024), “proviene del griego (tekhnicos = relativo al que hace) y se refiere a la destreza y habilidad para hacer un oficio”. Entonces se puede comprender que se debe adquirir ciertos conocimientos específicos sobre una materia para el correcto ejercicio del mismo. Según la Real Academia Española (2014) la técnica es un “conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o un arte”, lo cual implica una formación que brinde una aproximación a la materia y clínica del AT, estableciendo condiciones para adquirir los conceptos teóricos, y a su vez, tensionarlos con las posibilidades de realizar prácticas; acercando a los y las estudiantes a las diferentes instituciones y situaciones que luego abordarán como profesionales. Por lo tanto, referenciando a Aristóteles (2010), la técnica está relacionada a una forma de conocimiento que se relaciona con la cualidad práctica de la materia, y sobre el arte de ser productivo acompañado de la razón; razón que no es un hacer, sino un *saber hacer*.

La mera adquisición de un saber no garantiza su correcto uso, sino que se articula con la dimensión ética; como plantea Foucault (1990), las técnicas o tecnologías se derivan del conocimiento y pueden ser utilizadas por las organizaciones para ejercer el poder. Esto quiere decir que el saber y la técnica implica un lugar de jerarquía que solo puede movilizarse con el atravesamiento de la ética. Para finalizar se pueden tomar las palabras de Galende (1994) que rezan:

Toda disciplina es en primer lugar un sector acotado y específico de práctica social, que genera las teorías que han de corresponderse con esas prácticas y las legitima. Asimismo, una práctica es en general un proceso de transformaciones efectuado por un trabajo humano determinado, específico. Las técnicas, puestas en acción por la práctica, son modos de operación, con instrumentos diversos (aun, por ejemplo, la palabra) sobre un campo o sector de la realidad, y tendiente a su transformación. De este modo, la disciplina define las prácticas y técnicas que se realicen ya que la técnica requiere de los saberes que la disciplina formula o formaliza.

Esto quiere decir que el Acompañamiento Terapéutico, como disciplina, ha ido construyendo su identidad, desarrollado por una forma particular de ejercer la práctica sobre lo cotidiano, con la elaboración de sus teorías, implicando la conformación de técnicas específicas para la ejecución de una tarea. Aquí se entiende el concepto de técnica como el *saber hacer* en tensión con el *saber obrar* que imprime la ética del Psicoanálisis.

1.3.1 Sobre algunas herramientas técnicas del AT

Luego de desarrollar la idea de que el o la acompañante terapéutico es una herramienta clínica de abordaje, queda pendiente considerar que como profesional de esta disciplina, a su vez, utiliza diversas herramientas técnicas. Para comprender esta idea es necesario desglosar la afirmación. El concepto de herramienta se trabajó en el apartado anterior, por lo que sólo resta tratar el segundo concepto.

La técnica es un “conjunto de procedimientos o recursos que se usan en una actividad determinada, en especial cuando se adquieren por medio de su práctica y requieren habilidad de ejecución” (Pollio, 2021); una herramienta técnica hace referencia a un instrumento posible que sirve para realizar tareas con un determinado fin; tiene una especificidad y especialización sobre una temática, en tanto contribuye a la optimización y realización efectiva de dicha tarea.

Algunas de las herramientas técnicas que se pueden ubicar como relevantes para aportar a la pregunta de este Trabajo Integrador Final son: la *suspensión de la subjetividad*, el *vínculo*, el *encuadre* y el *diagnóstico situacional*.

1.3.1.1 Suspensión de la subjetividad

Este primer concepto, ya desarrollado en el apartado de Ética, se identifica como una herramienta, debido a que, si bien es una *posición ética*, deviene en instrumento recién al momento de considerar qué estrategia elaborar, qué intervenciones se proponen como atinadas o desatinadas para llevar a la práctica, con la lectura a posteriori que se realiza sobre ellas. Para contribuir a la comprensión de cómo se ejecuta ese *corrimiento de la persona profesional* del at, es necesario evitar que se vuelquen o tiñan las intervenciones con ideales, posiciones personales, formas de ver el mundo en pos de la re construcción y emergencia subjetiva de la persona acompañada. Este *movimiento* no solo genera una apertura de creación de la que el sujeto se apropia, sino que también ubica al acompañante terapéutico en situación y predispuesto a alojar al otro, en una escucha atenta, cotidiana y situacional; movimiento que al final, coloca al profesional en un posicionamiento dentro del *buen quehacer*, como plantea

Aristóteles, dentro de “una serie de virtudes (...) la buena conversación, incluye esencialmente la disposición del sujeto a escuchar al otro.” (Pulice, 2020).

1.3.1.2. Vínculo

El *vínculo* es la herramienta primordial que tiene un o una acompañante terapéutico debido a que es el *motor del tratamiento*; el mismo se constituye como “una estructura en la que la comunicación se establece dentro de ella. Para que se establezca una buena comunicación entre dos sujetos, ambos deben asumir el rol que el otro le adjudica.” (Riviere, 1985).

Asimismo, el vínculo terapéutico se constituye como una herramienta que contribuye a la construcción de un tipo particular de relación entre acompañante terapéutico y persona acompañada, que se funda sobre lo cotidiano, con un objetivo de tratamiento clínico. Cuando el autor hace mención a que ambos sujetos deben asumir el rol que le es adjudicado por el otro, se entiende en este trabajo, como el movimiento de ocupar el lugar que se atribuye en esa relación transferencial.

Aquí no se tiene la intención de desarrollar el concepto de *transferencia*, sino dejar en claro que, si bien está ligado al concepto de vínculo, no son lo mismo; siendo el primero un elemento que se ubica en un análisis más profundo de la relación, donde sucede un interjuego inconsciente de atribuciones y adjudicaciones de lugares que conforman, junto a otros elementos, el armado de la función o las funciones que el profesional adquiere. “El término transferencia no es exclusivo del vocabulario psicoanalítico. Utilizado en numerosos ámbitos, implica siempre la idea de desplazamiento, transporte, sustitución de un lugar por otro, sin que la operación afecte la integridad del objeto” (Roudinesco, 2011). En cambio el vínculo terapéutico “implica una concepción diádica de la terapia, según la cual los fenómenos emergentes en la interacción dependen de ambos participantes y son resultado de las dinámicas de intersubjetividad” (Molina, Ben-Dov, 2013), con lo cual motoriza el comienzo de una relación en el marco de un tratamiento.

1.3.1.3 Encuadre

Otra herramienta técnica, fundamental en el acompañamiento terapéutico, es el *encuadre*, entendiendo el mismo como “el escenario donde se desarrollará el acompañamiento”, el cual “contempla la existencia de algunas normas explícitas (...) y otras implícitas; también contempla la regla de la abstinencia, respeto por el otro, por su subjetividad y por el proceso terapéutico.” (Frank, 2020). En este sentido, se puede recordar que este marco simbólico se funda en el acuerdo entre el o la acompañante terapéutico, en su rol activo de construcción, con la persona acompañada,

participando también en ello el equipo, la familia y el entorno de la persona bajo tratamiento. Es necesario que, en tanto at, se disponga como el actor principal en la propuesta de acuerdos, ya que, “para conseguir un cambio significativo necesitamos el posicionamiento activo del at frente a los sucesos que se presentan en la práctica cotidiana” (Gonzalvez, 2020).

Se imbuye al encuadre con la connotación de fundamental, debido a que el tratamiento sucede sobre lo cotidiano de la persona acompañada y en ese espacio de relación, que se presenta como horizontal y como figura semejante, puede generar “amiguismos” que son importantes enmarcar en un acuerdo de tratamiento.

En el momento que se lo denomina como herramienta, el encuadre hace referencia a que “se puede utilizar como un elemento de terceridad (...) para apelar a una ley que intervenga entre el profesional y los diferentes actores que hacen a la situación del acompañamiento (...) para no acotar los alcances del vínculo y no sabotear el AT” (Barrios y Gómez, 2020). En definitiva, a través del encuadre, el o la at puede realizar una serie de intervenciones que sirven para puntualizar o direccionar el tratamiento, señalando algunas cuestiones que hacen al mismo, sin que la decisión recaiga arbitrariamente sobre la figura profesional, y así repercute en el vínculo, sino que sea este *elemento de terceridad* el que actúe.

1.3.1.4 Diagnóstico Situacional

Por último, se toma al *diagnóstico situacional* como una herramienta técnica. En el campo del AT. En primer lugar se define *situación* como:

una dimensión subjetiva singular localizada en un tiempo y espacio determinado, anclada en una trayectoria histórica propia. Esta condición situacional del sujeto, tiene un sustento discursivo referenciado en la configuración de la otredad que lo caracteriza libidinalmente. Vale decir que encierra en sí la potencia de sostener posibles lazos sociales. Esto da cuenta de ciertas formas particulares de sostener el lazo con el mundo, con los otros, con el cuerpo y con los propios síntomas.

Lo situacional, desde el punto de vista topológico, alude a la localización espacio-temporal donde está involucrado un sujeto, otorgando identidad, filiación histórica y nominación. Esto opera produciendo cierta consistencia a la configuración de la cotidianidad, la que de algún modo, se trata de un efecto intrínseco de lo situacional. (Flory, 2021)

En relación al *diagnóstico* que ofrece la Real Academia Española, la define como la acción de “recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza”; por lo cual, un *diagnóstico situacional* hace referencia a la herramienta que sirve al profesional para hacer una lectura de los datos observados en una situación, entendida esta misma como la subjetividad de la persona acompañada, el contexto y cotidianidad en que se desenvuelven, los lazos que ha construido o tienen el potencial de hacerlo, como así también las dificultades singulares que impiden la realización de alguna tarea que desee realizar.

Considerar al *diagnóstico situacional* como una herramienta técnica implica entenderlo como “un instrumento de registro observacional, participante, continuo, dinámico e informado que describe la situación problemática y determina necesidades de intervención para planificar y gestionar medidas de apoyo cotidiano hacia el bienestar de la persona acompañada” (Pollio, 2022).

Para concluir el apartado, se afirma que estas cuatro herramientas clínicas han sido puestas al servicio y en articulación con el recorte clínico que se presenta en la investigación.

1.4 Instituciones de concurrencia

Las instituciones de concurrencia son Centros de Día que ofrecen actividades relacionadas a la ocupación humana. El análisis del caso que se desarrolla en el próximo capítulo tiene su localización espacio-temporal en el marco de una Institución de Concurrencia de la ciudad de Santa Fe, por lo cual es menester desplegar algunas consideraciones que sirvan de referencias teóricas para intentar explotar las prácticas de Acompañamiento Terapéutico en tensión con las lógicas institucionales, teniendo a la ética como eje transversal de análisis.

La ocupación humana es un modelo de atención basado en las actividades de la vida diaria que realizamos las personas como miembros de una civilización ordenada por la vida cotidiana. Sin entrar en desarrollo de esta categoría de análisis podemos considerar que el Modelo de la Ocupación Humana contiene un listado de nueve actividades de la vida diaria (AVD): Básicas o Personales, Instrumentales o domésticas, Manejo del sueño y del descanso, Hábitos de alimentación y nutrición, actividades educativas, trabajo y productividad, ocio y recreación, y actividades sociales.

En connivencia con el Modelo de la Ocupación Humana tradicional y el actual, el Marco Básico (2020) que ofrece un modo de funcionamiento a las instituciones de concurrencia en nuestro país requiere a los Centros de Día Ocupacionales que

ofrezcan un servicio basado en Talleres donde los concurrentes puedan asistir en jornadas de 4 a 6 horas y desarrollar habilidades necesarias experimentando actividades de integración, básicas o personales, expresión corporal o educación física, laborales no productivas y otras.

1.4.1 Centro ocupacional

El 7 de Septiembre de 1999 el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad aprueba el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad y decide su adopción como "Normas de Categorización de las prestaciones de Atención a Personas con Discapacidad, aprobadas luego por Resolución del Ministerio de Salud N° 705 del 29 de Agosto de 2000.

En todas sus actualizaciones se define Centro de Día como el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades. (Res. Nac. 1328/06)

La determinación de la discapacidad severa o profunda de los beneficiarios deberá tener en cuenta el diagnóstico funcional de los mismos, lo que implica la consideración de su desempeño en forma integral. Es decir, evaluando las aptitudes, intereses y posibilidades de la persona con discapacidad desde una perspectiva bio-psico-social.

A través de las actividades que se desarrollen se procurará alcanzar los siguientes objetivos:

- Lograr la máxima independencia personal.
- Adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social.
- Integrarse adecuadamente al medio familiar de pertenencia.
- Evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional.
- Desarrollar actividades ocupacionales previamente seleccionadas y organizadas de acuerdo a las posibilidades de los concurrentes.
- Apoyar y orientar a la familia.
- Implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades. Mantener las conductas de autovalimiento adquiridas que se pueden perder por desuso o cambios funcionales.

El Centro de Día procurará, fundamentalmente, brindar contención a personas que por el nivel severo o profundo de su discapacidad no estén en condiciones de beneficiarse

de programas de educación y/o rehabilitación, y tratará en todos los casos de estimular intereses y desarrollar aptitudes en las personas beneficiarias para alcanzar en cada caso el mayor nivel de desarrollo posible.

El tipo de discapacidad de estas personas puede ser mental, motriz, sensorial o visceral, pero en todos los casos el nivel de la misma será severo o profundo o puede tratarse también de personas multidiscapacitadas.

El Centro de Día podrá desarrollar actividades alrededor de los siguientes puntos, entre otras:

“ *Actividades de integración*: desarrollo de actividades integradas en el Centro de Día, privilegiando el ámbito familiar y comunitario, de acuerdo con las posibilidades de los y las concurrentes. Se procurará la utilización de recursos comunitarios, promoviendo la realización de paseos a pie, o en transportes públicos o privados, festejos y juegos socializadores, participación en espectáculos públicos, etc., teniendo en cuenta en todos los casos, las características y posibilidades de la población concurrente.

“ *Actividades de la vida diaria*: se contemplará todo lo relativo a la adquisición y mantenimiento de hábitos de higiene, alimentación, vestido, hogar, etc.

“ *Actividades laborales no productivas*: Desarrollo de diferentes tipo de actividades de acuerdo con las aptitudes e intereses de los y las concurrentes, procurando alcanzar el mayor grado de autorrealización posible (trabajo con cerámica, papel, cartón, mimbre, telas, etc.)

“ *Actividades de Expresión Corporal o Educación Física*: se desarrollarán actividades de tipo recreativo, con juegos de iniciación a nivel individual o grupal que permitan alcanzar el nivel más amplio posible de comunicación y expresión.

“ *Otras actividades*: se implementarán actividades individuales y/o grupales tendientes a establecer un canal de comunicación, integración, expresión, etc. que quedarán a criterio del equipo profesional teniendo en cuenta el perfil poblacional de cada servicio.

Estas actividades deberán ser planificadas de acuerdo a las características particulares de cada servicio, estableciéndose como válida cualquier actividad que estimule la integración, comunicación, autonomía y/o expresión del concurrente y que esté enmarcada en el plan de tratamiento individual y la planificación del dispositivo de atención. Dichas actividades serán coordinadas por docentes, técnicos/as y/o profesionales con formación en la discapacidad y capacitación específica.

1.4.2 Sobre la lógica manicomial

Se incorpora esta categoría al apartado, considerando que algunas instituciones de concurrencia promueven una serie de políticas que se ubican dentro del paradigma médico hegemónico de antaño con una prominente lógica manicomial.

Hay una relación social instituida que confiere al médico un poder reglamentario especial, real, hacia los enfermos, pero también hacia los otros colegas. La profesión psiquiátrica ha tenido siempre un estructura de jerarquías, y encuentra su respaldo en las transferencias que genera hacia los enfermos actuales o potenciales. Esta instancia médica, con legitimación jurídica, plenamente eficaz, anuda una red de poderes libidinales complejos, que, como dispositivo erótico, convierte al psiquiatra en un soporte privilegiado de transferencia. La imbricación del poder jurídico (sobre la alienación - internamiento - segregación) y las potencias libidinales (transferencias) produce en la figura del psiquiatra y la institución asilar un poder específico, que irradia más allá del interior del asilo y los enfermos, hacia el conjunto de la sociedad. (Galende, 1994)

El poder psiquiátrico que ha desplegado históricamente el médico, entendiendo el mismo como el discurso hegemónico y no la figura en sí, ha instituido mecanismos de coerción, así como prácticas centradas en el objetivo terapéutico de segregar y alienar a los sujetos; no se puede desconocer que el poder es un elemento articulador que instituye prácticas, sin embargo desde las críticas surgidas a través del paradigma de los Derechos Humanos se ha instalado un posicionamiento ético que ha permitido pensar otras alternativas de tratamientos, centrados fundamentalmente en los derechos de los usuarios, en su deseo singular, en intervenciones ambulatorias, gestando formas de abordajes socio-comunitarios.

Se puede mencionar que actualmente existen tensiones entre el paradigma asilar y el comunitario, instando así a una necesaria convivencia de los paradigmas; el desafío entonces, sobre todo en este Trabajo Integrador Final, es encontrar los modos para que la ética que impregna el Paradigma Social permita desplegar mejores condiciones de posibilidad para los sujetos padecientes.

Dentro de este paradigma manicomial se puede identificar la *lógica capacitista* que consiste en desempeñar prácticas desde una mirada indirecta de imposibilitación e incapacidad hacia el sujeto diagnosticado.

El capacitismo como sistema de opresión exige un único modo de entender el cuerpo humano y la relación de ese cuerpo con su entorno. Incrustado de manera profunda en las prácticas sociales, la exigencia de normalidad que se le hace al cuerpo determina a quién se le otorga el privilegio de que su cuerpo sí sea cuerpo, qué espacio puede ocupar y cómo lo ocupa; así como a quién se le reconoce o niega derechos e, incluso, la humanidad. (Álvarez Ramírez, 2023)

En este sentido, se estigmatiza a la persona bajo un discurso que aparenta una buena intención pero encubre una inhabilitación. Es decir que, “la mirada capacitista es la creencia de que la discapacidad –a partir de cualquier tipo de diagnóstico– es en sí misma negativa y debería, por consiguiente, ser curada, rehabilitada, incluso, eliminada.” (Campbell, 2008)

Por otro lado, para dar cuenta de estas tensiones entre los paradigmas, en este trabajo, se tomará el concepto de salud mental como “un proceso 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.” (Ley de Salud Mental, 2010). Con esta definición se destaca la importancia de delimitar la salud como un proceso y no como un estado invariable, incluyendo ese dinamismo que está empapado del contexto de la persona.

Se puede ver, entonces, cómo la convivencia de los paradigmas confluyen en las diferentes prácticas terapéuticas, sin embargo encontramos que en relación a los marcos normativos y legales existe una fuerte política que intenta generar mayores consensos desde una perspectiva vinculada al abordaje comunitario y ambulatorio, donde el centro de la terapéutica sea la persona en sí misma, sus deseos e intereses y un posicionamiento ético-profesional que permita el despliegue de las mismas.

1.5 Sobre la situación de discapacidad

La Convención Internacional de Derechos para personas con Discapacidad (2006) explicita en su introducción que "reconociendo que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"; y define que "las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras,

puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

A partir del artículo 2° referencia que la situación de discapacidad, determinada por barreras de acceso a la autonomía e independencia posibles está mediada por:

1- la falta de acceso, rechazo o reconocimiento sobre la comunicación y el lenguaje de, hacia o para la persona.

2- la discriminación por actitudes explícitas o implícitas que incumplan los derechos de la persona.

3- la falta de productos y/o servicios necesarios para la persona.

4- la falta de ajustes razonables en el entorno que impidan y/o dificulten directa o indirectamente la participación de la persona.

En este sentido, la inclusión de un acompañante terapéutico es una estrategia pensada como alternativa a la lógica capacitista, con herramientas suficientes para proponer un tratamiento que apunte al corrimiento de dichas barreras.

CAPÍTULO 2. VIÑETA CLÍNICA: EL CASO DE L.

Durante el año 2017, el Centro de concurrencia ocupacional para jóvenes y adultos en situación de discapacidad de la ciudad de Santa Fe, se encontraba sosteniendo un Dispositivo de Intervención Comunitaria coordinado por un equipo terapéutico que inició una búsqueda de AT para un joven usuario del servicio institucional, cuya concurrencia era evaluada como “inadaptada a las reglas del Centro”. Vale la aclaración: dicho dispositivo fue el espacio desde el cual se convocó al AT para incorporarse al tratamiento y tomar la situación. Se agrega la aclaración el hecho de que la dirección de la institución, en los últimos meses en el cual se participó, fue quitando paulatinamente los recursos del dispositivo hasta su cierre. Sin embargo, se destaca la estrategia de incluir un acompañante terapéutico como último recurso antes de dar de baja el servicio de concurrencia para el joven, llamado L. en adelante

El dispositivo asignaba profesionales referentes para los distintos casos. La situación de abordaje de L. comenzó en un encuentro entre el equipo de coordinación y el acompañante. La demanda empezó a construirse alrededor del problema situacional que se relataba: “L. tiene serias dificultades para relacionarse con sus pares, auxiliares y orientadores de sala, no cumple con las normas de concurrencia en ninguno de los talleres, hace lo que quiere, manifiesta alta resistencia a vincularse; las jornadas en las que asistía a la institución han sido reducida debido a las dificultades que implica su presencia; la admisión del joven al Centro pende de un hilo para el año entrante; esta es, de hecho, la última carta que nos jugamos por él. En su carta de presentación figura el diagnóstico de retraso moderado al cual se le agregan connotaciones de rasgos psicopáticos, debido a estas dificultades vinculares.

El acompañante registró estas palabras, tomando nota sin esbozar opiniones, limitándose a realizar preguntas pertinentes a la situación planteada por el equipo. Inició su actuación en escena incorporándose a los espacios grupales del Centro que L. se acercaba, para ir generando un acercamiento vincular.

Casualmente, en el colectivo de ida se encontraban acompañante y L.; el viaje servía como espacio y tiempo de conversación, aunque él permanecía al lado del chofer durante todo el trayecto, cebándole mate y vestido con un atuendo similar al del conductor, lo cual llamó la atención del profesional.

En las jornadas institucionales el acompañante observó que L. no participaba activamente de ninguno de los espacios grupales, sino que se ubicaba en un rincón a escuchar música, del género cumbia, con un parlante de la institución. Sus compañeros y referentes expresaban molestia, le pedían que baje el volumen o que

apague el aparato. Los directivos y profesionales del gabinete lo tildaban de apático/psicótico fundamentando, en reuniones de equipo, que esta era la razón por la cual L. hostigaba a sus compañeros actuando como si no le importara nada ni nadie. Él podía entender el malestar ocasionado a partir del comportamiento de L. puesto que la cumbia no era un género musical de agrado para él, el volumen era realmente fuerte, se dificultaba entender las directivas de los talleristas referentes y era testigo de la forma en la que el joven se vinculaba con los compañeros, riéndose si a alguno se le caía algo por ejemplo.

En estos primeros momentos de vinculación inicial y recepción de manifestaciones, el acompañante también observaba que nadie en el Centro invitaba a L. a participar ni le ofrecía una forma nueva de ser, hacer, decir y parecer. Le hablaban solo para decirle “bajá la música” “no te rías” “hacé algo” “acá venimos a trabajar” “con vos no se puede hacer nada, siempre estás interrumpiendo en el taller”

Se empezó a instalar una rutina en la cual el at y L. se sentaban a escuchar música. En esos tiempos de acercamiento inicial, el joven comenzó a contarle cosas de su vida personal al acompañante, partiendo de alguna expresión que se escuchaba en alguna canción. Que con quién vivía, que a veces con su abuela, que a veces con la madre, que otro poco con el padre. Que en el Centro le interesaba el espacio de carpintería aunque ya no estaba asistiendo desde hacía un tiempo. Que le gustaba mucho viajar en colectivo ya que él era “colectivero”. Al respecto, dijo “uno de los choferes me regaló un uniforme de colectivero que tengo puesto...me lo pongo casi todos los días para venir...también tengo uno de policía”

El acompañante observaba que cuando L. contaba algo de su “jornada laboral” en el Centro recibía expresiones como “vos no trabajás de eso”, “ese no es tu trabajo”, “ni siquiera es un trabajo”. Estas palabras impactaron en la persona del profesional, quien las registraba y las socializaba en espacios de supervisión; allí podía revisar esas escenas y concluir que no se trataba de un delirio. Era más bien su fantasía o expresión de deseo. Para él, ir a las 7.30 de la mañana a los galpones de los colectivos, ubicados a unas cuadras de su casa; dialogar con los choferes; viajar al lado del conductor e ir conversando con él durante todo el trayecto, cebándole mate y vestido de colectivero, era un “trabajo”.

En un encuentro con algunos referentes, ellos mostraron interés en conocer el punto de vista del acompañante y uno de ellos dijo “porque queremos saber si L. te cae bien, viste que es bastante disruptivo”

Mientras se iba afianzando el vínculo entre el acompañante y L., habitando, de forma personalizada, la Sala de Carpintería entre maderas, clavos y martillos, más lecturas interpretativas se iban pudiendo gestar en el registro y la revisión del ATEn este punto, siguieron realizando reuniones de equipo para evaluar la adherencia de L. a los diferentes dispositivos (talleres); el at socializó la información desplegada por el mismo L. quien había manifestado participar nuevamente del dispositivo de cocina, cuando dijo al acompañante “vos vas a venir si yo empiezo de nuevo en el taller de cocina?” “me gustaría volver al taller”.

Los primeros días llegaba tarde y después no se quería ir del espacio. El acompañante intervino puntualmente con expresiones como “¿te acordás que habíamos quedado en que el horario de entrada era a las 8, hay que realizar las tareas de cocina y luego termina con el almuerzo?”. Además se detalla la posibilidad de tomar mates en ciertos horarios y el uso del reproductor de música.

Durante el taller ocupacional de cocina se presentó la necesidad de renovar la ropa de trabajo y el acompañante tomó la situación como una estrategia de abordaje usando el elemento de la vestimenta para motivar participación activa, partiendo de una lectura interpretativa que considera al uniforme como un instrumento de lazo social para el joven. L. formó parte de la elección del diseño para el nuevo delantal que usarían en el taller. A partir de entonces comenzaron a suscitarse una serie de eventos significativos sobre la concurrencia del joven en la institución. Dejó de ser el “único que no trabaja en cocina” a ser “el musicalizador del taller”, como empezaron a nombrarlo sus compañeros y talleristas.

Gracias a las intervenciones del acompañante basadas en la mediación, L. pudo establecer y aceptar acuerdos sobre el volumen, las reglas del espacio de producción y el trato amistoso con sus compañeros. Al final, el concurrente fue apropiándose de las propuestas del Centro cada vez con mayor adherencia, a medida que el acompañante iba registrando ese deseo manifiesto de L. por habitar y pertenecer a la institución. Cada vez con mayor frecuencia expresaba “ya tengo ganas de que preparemos la mesa para merendar todos juntos”

El desempeño del acompañante fue, a la vez, gestionando el entorno institucional del joven, cuestionando las lecturas que manifestaban los directivos y profesionales del Centro sobre los comportamientos de L. en reuniones de equipo, ofreciendo un modelo relacional alternativo al que usaban los talleristas para consignar trabajo: de reprochar la falta de acción en el espacio, a propiciar motivación para participar. Progresivamente pasaron de ordenarle que había que trabajar a preguntarle “DJ, qué

te parece si hoy ponés rock en vez de cumbia antes de empezar a prepararte para la receta de hoy?” Además de sugerir intercalar quienes pasaban música.

L. no pudo solo, sino gracias a las condiciones del entorno que, también, comenzaron a amenizar la mirada, el discurso y el trato hacia él. Los compañeros le fueron ofreciendo un lugar a L. para que pudiera habitar los espacios que comenzaban a brindarle pertenencia, a través de acciones mediadas por la empatía. Esto se veía cuando un buen día los propios compañeros habían preparado el rincón de L. yendo a buscar el parlante y acomodándolo en el lugar antes de que el joven llegara al Centro. Así es cómo se fue construyendo un entorno amigable, tanto de L. hacia el grupo, como de sus compañeros hacia él, ya que también se registraron algunas escenas en donde el joven asistía a algunos compañeros en silla de ruedas u otro con dificultades para caminar.

Este acontecimiento de intervención ha sido favorecido por el modelo relacional de las escenas vinculares entre el acompañante y el acompañado, funcionando el profesional como mediador en un escenario, donde los espectadores fueron imitando la actuación del at.

Al cabo de un año y medio de iniciado el acompañamiento, la institución comenzó a proponer más días y horas de concurrencia para el joven, así como nuevas formas de habitarlo.

CAPÍTULO 3: HALLAZGOS DE INTERPRETACIÓN

En este apartado se desarrollará una articulación del aporte del recorte clínico del caso con la producción conceptual que brinda el marco teórico, con una impronta cargada de anécdotas, sin caer en lo anecdótico y un vuelco de técnicas sin caer en el tecnicismo.

Comenzando por el primer párrafo del anterior apartado, donde se hace mención al Dispositivo de Intervención Comunitaria, espacio desde donde se convoca al at para incorporarse y tomar la situación. Se puede observar por un lado, la decisión política de llevar al cierre un dispositivo que promueve la atención ambulatoria (tal como ya dictaba la ley de salud mental en ese momento), y por el otro, la presentación de una situación que no parecía tener solución alguna más que la segregación y la expulsión.

Ambas observaciones, se pueden pensar desde una lógica manicomial, en el cual se coarta el despliegue subjetivo y los derechos humanos, quitando el incentivo a una forma de abordaje alternativa al ya mencionado paradigma de antaño; además, la mirada estigmatizante y capacitista hacia el joven, ubicada desde un diagnóstico presuntivo, que no habilitaba al mismo a poder correrse de allí o la idea de que “no podía realizar actividad alguna”, para así ofrecerle como alternativa otras formas de subjetivarse y de libidinizar la misma institución.

Desde un discurso que se ubica dentro de una lógica manicomial y capacitista se presentó al joven, como una “persona con rasgos psicópatas, que no podía realizar ninguna actividad” ya que se lo objetivizaba y se lo estigmatizaba desde este presunto diagnóstico. Esto se pudo contrarrestar poniendo una pausa inicial que sembró una pregunta, un interrogante que, por un lado generó algo de deseo de atención por parte del at, y por el otro, habilitó al joven a poner en palabras su propia situación. Aquí se debe ubicar el punto de partida de todo tratamiento, a través de una ética que fomente la emergencia subjetiva, que reconozca a un otro y haga que su voz sea escuchada; a su vez, constituye el comienzo de toda relación terapéutica; en otras palabras, “el vínculo analítico se funda en el amor por la verdad, es decir, en el reconocimiento de la realidad objetiva” (Freud, 1937).

En este comienzo, cabe destacar que la construcción del vínculo, como herramienta técnica primordial para todo tratamiento, se realizó teniendo en cuenta la delicadeza y singularidad que tiene cada caso. En esta situación de rispidez y de rechazo al contacto de cualquier profesional de parte de L., se empezó con un acercamiento de forma grupal, indirecta, en la cual se dialogó con el joven en breves momentos, generando intercambios de poco tiempo pero de mucho valor simbólico. Este modo,

cauto y precavido de construcción de un vínculo se puede comprender en palabras de Dozza (2020) como “disponibilidad incondicional”, la cual consiste en que, “cuando el sujeto permite algún pequeño acercamiento, el acompañante no debe precipitarse; no debe tratar de ‘atraparle’. Si lo hace, es probable que el otro se retraiga otra vez”. Es por ello que el profesional debe disponerse y ofrecerse a lo que el acompañado permita acercarse; o como le dijo el Zorro al Principito (Saint-Exupéry, 2015): “yo te miraré de reojo y no dirás nada. El lenguaje es fuente de malentendidos. Pero cada día podrás sentarte un poco más cerca.”

Desde el momento que se instala una pregunta, el profesional se sumerge en la situación e intenta recopilar todos los datos necesarios para armar un diagnóstico situacional. Como ya se mencionó anteriormente, esta herramienta técnica sirvió al at para rastrear las formas de vincularse que tiene L. con sus compañeros, el cual mostraba desinterés en un comienzo pero, en realidad, alejado de un posicionamiento psicopático o de agravio hacia ellos; entonces se puede corroborar, a través del “instrumento de registro observacional, participante” (Pollio, 2022) que la presentación que habían realizado no se correspondía con los hechos y los testimonios. Se puede captar que si tenía algunos intereses pero que no estaban capitalizados en los espacios, como su gusto por la musicalización del lugar donde esté o el sentarse a compartir una merienda o colación con los demás. Hasta ese momento

Aquí vale señalar que, por una lado, los profesionales y talleristas sólo se le daba indicaciones directivas sobre las tareas y reglas a cumplir; pero partir de una escucha atenta se puede captar estos datos de los intereses de L. para pensar estrategias que puedan dar lugar a los mismos. Se puede pensar que el espacio no ofrecía, hasta ese momento, modificaciones en la dinámica para generar participación, sino que se enfocaba en la productividad; lo cual se puede pensar como la falta de ajustes razonables que impedían dicha participación.

A su vez, se observó y se encuadró su significación sobre los uniformes y la importancia del uso del mismo para realizar tareas o trabajos; recordando que cada persona puede elaborar una significación diferente sobre un objeto, puesto que lo que prima es la “ficción investida con afecto” (Freud, 1950a) al cual el at debe abstenerse para dar lugar a dicha construcción.

Desarrollando la labor del at, donde se alojó el discurso de L. acerca de su significación sobre la palabra “trabajo”, se pudo validar su narrativa captando ese detalle en su relato. En su desarrollo se pudo realizar una lectura interpretativa de datos, por el hecho que esa experiencia implicaba cumplir un horario para participar del circuito de colectivo, respetar acuerdos sobre lo que está permitido realizar o no

durante el viaje, realizar el recorrido mismo y fundamentalmente utilizar un uniforme. Esta lectura interpretativa se consideró, en sí, como un “encuadre de trabajo”, el suyo. Lo que propuso el at entonces, fue extrapolar esta vivencia sobre la forma de “desempeñarse en un ámbito laboral”, hacia el dispositivo de cocina del centro ocupacional.

Todos estos detalles, no se observaron en un solo día, sino que fue un ejercicio que se realizó en cada encuentro, durante todo el acompañamiento terapéutico; y que sirvieron para obtener información valiosa que fue administrada en diferentes espacios de revisión como la supervisión, o de replanteo, reconducción y elaboración de estrategias con el mismo equipo tratante. Fue necesario tomar esta distancia para evaluar los datos obturados en situación, como parte del posicionamiento ético, para no caer en el amiguismo, asistencialismo del vínculo o la directividad en las intervenciones.

Así sucedió con la situación de L., donde se pudo pensar una estrategia que adaptara los espacios para que sedujeran al joven y se mostraran como lugares habitables para él. Para ese momento, se consideraba que el vínculo consolidado entre el at y el acompañado permitió intervenir con mayor fluidez y sugerencia sobre propuestas que se iban pensando como adecuadas. Es allí donde se invitó al joven a participar del dispositivo de cocina, al cual ya había pertenecido pero no había podido permanecer por algunas disrupciones que se interpretaban como apatía o desidia sobre el espacio y sus compañeros. Ese discurso se desestimó desde el AT, considerando que el joven podría tener otras formas de habitar y aprovechar el taller de cocina, convocándolo como un “trabajador”, tal como era la propuesta inicial. Aquí, nuevamente se tomó el discurso de L. y su significación sobre el trabajo, alojando su relato para dar lugar a la elaboración; y así repensar las formas de intervención. Ha funcionado validar su construcción sobre lo laboral para así poder ponerlo en práctica en otro espacio, el dispositivo de cocina; dado que se terminó apropiando del Taller participando de una propuesta que ahora si lo alojaba.

Cabe destacar, que transmitirle a L. que el dispositivo de cocina se establecía como una forma de trabajo remunerado, convocó al joven desde otro lugar; desde un lugar que no es solo un pasatiempo, sino una actividad laboral como él manifestaba o deseaba tener. Sin embargo, el detalle que más cautivó a L. fue la posibilidad de obtener un uniforme y participar en la elección de la confección del mismo. Es importante recordar que se venía recopilando la información de su interés por los uniformes, a través de una escucha atenta y de fomentar el despliegue por esos intereses. A su vez, se lo invitó a musicalizar la cocina, instalando otras formas de

habitar que condecían, no sólo con lo que el espacio le aportaba al joven, sino lo que él mismo podía dar. Cuando no se dio la posibilidad del despliegue personal de L. solo porque se decía que “molestaba”, se ubicaba desde una lógica que no habilita a otro movimiento que invite a la participación.

En esta instancia, L. reconoció el espacio como propio y pudo hallarse como el trabajador que decía ser, participando activamente. Cabe destacar que, en un comienzo costó la adherencia a los horarios de ingreso y egreso, como así también la permanencia y participación de las actividades; sin embargo, con la connotación mencionada anteriormente, se pudo pensar en acordar algunas pautas y condiciones.

Allí se propuso respetar los horarios del dispositivo, como así también las formas de convivencia, utilizando la herramienta del encuadre para llegar a estos acuerdos. En este momento, resultó sencillo lograr estos pactos debido a que se respaldan en el convenio inicial de participar en calidad de trabajo; por lo que, sin recaer en decisiones arbitrarias que puedan repercutir en los vínculos, se interviene apuntalando los requisitos de la participación en este dispositivo, a los cuales el joven adhirió. Anteriormente a usar el encuadre como herramienta de terceridad sólo se observaban indicaciones directivas, retos y marcaciones sin utilizar otras formas de vincularse y sin habilitar el diálogo.

En relación a la herramienta de la abstención de la subjetividad, es importante mencionar que debe atravesar el tratamiento en todo el desarrollo de la práctica. Esto quiere decir que, en el caso de L., se ubicó en todas las intervenciones que realizó el profesional, quien recordó que toda decisión que se toma sobre actuar o dejar de hacerlo impacta en la subjetividad del acompañado. En otras palabras, “la modalidad en que se encuentre, su disposición y el uso de su palabra” y poner el cuerpo “en cada situación de AT es producto de una decisión del acompañante, la cual será orientada por las coordenadas del marco en que se inserta su tarea, y la lectura transferencial que se realice.” (Rossi, 2007)

Así, el o la at, en situación debe apartar lo que tiene de sí sobre su construcción de la realidad, los ideales, las convicciones y la forma de concebir los sucesos, para no influenciar en la propia elaboración del acompañado. En el caso, al momento en que L. tomó la decisión sobre incorporarse al dispositivo de cocina, el at debió suspender lo que consideraba “mejor”, para que de esta manera, el joven, fuera quien se posicione activamente en la elección; por más que se haya pensado una estrategia elaborada previamente.

Otra situación que se vió atravesada por esta herramienta, y a su vez se articuló con la construcción del vínculo, tuvo ocasión en los momentos en que L. escuchaba música o decidía hablar de algunos grupos musicales o elegía el tema de conversación. En un diálogo simétrico, de amistad, cualquier persona podría seleccionar los temas de conversación y elegir el género musical para reproducir. Sin embargo, como se trató de una relación terapéutica, el profesional, haciendo uso de los aportes de la ética del Psicoanálisis, se abstuvo de sus propios intereses para dar lugar a los del acompañado.

Para finalizar con la ejemplificación de la herramienta de la abstención, se podría mencionar una situación en la cual integrantes del equipo técnico de la institución preguntaron al at si L. era de su agrado y si le “caía bien”. En principio destacar aquí, que esta enunciación refuerza la idea que se viene desarrollando sobre una mirada segregatoria y expulsiva que se tenía sobre el joven, que se enmarca en la lógica manicomial, por ejemplo al relacionar la manifestación de la risa cuando a algún compañero se le caía algo al piso, con un síntoma de burla como parte de un rasgo psicopático. Por otro lado, evitar responder desde un discurso moralista sobre el parecer de un usuario, en este caso sobre de L., es posible a partir de la abstención, que se piensa, justamente, desde la ética del Psicoanálisis. Esta fue la decisión tomada por el at.

Para concluir este apartado, es fundamental dejar en claro que, cada una de las herramientas técnicas cobran un valor clínico y fomentadoras de la emergencia subjetiva cuando están imbuidas de la ética del Psicoanálisis puesto que: un encuadre sirve para delimitar lo que está permitido y lo que no, y el profesional es quien hace dicho recorte.

Desde una lógica manicomial el marco simbólico podría haber sido estricto y rígido, lo cual inhabilita a la aparición de lo singular (por ejemplo poner música en el espacio de cocina y tomar eso como una forma alternativa de participación, desenfocada en la productividad de la tarea); siendo que, desde una lógica alternativa, se dio lugar para observar qué emerge allí y cómo se establecieron pautas en conjunto frente a lo posible.. Puesto que, el encuadre debe ser posibilitador de la emergencia subjetiva.

En relación a la construcción del vínculo, teniendo en cuenta que, técnicamente se instaura una relación desigual y asimétrica, la cual cada profesional la horizontaliza, presentándose como semejante; posibilitado desde el aporte ético del Psicoanálisis. Si se decide hacer caso omiso a esta lectura, probablemente dicha relación terapéutica se practique bajo lógicas manicomiales, es decir con intervenciones directivas, que no consideran al otro como sujeto de derecho, ni tampoco se lo reconoce en su

autonomía posible. De esta forma podría caer en amiguismos, asistencialismos y capacitismos. Es por ello que se propone tomar la “distancia óptima” y operar como si se tratara de un guante de látex, con la impermeabilidad capaz de proteger la relación de un contacto directo pero con la delgadez que permita un acercamiento para operar (Dozza, 2020).

Finalmente, retomando todo lo trabajado, se podría mencionar que la institución de concurrencia le arrojaba a L. una mirada estigmatizante, inhabilitadora e imposibilitadora que no permitía al joven desplegar lo que podía aportar y desplegar para la construcción de vínculos con sus compañeros y la libidinización de los espacios de la institución. A través de las intervenciones realizadas por el at, se posibilitó otra mirada hacia el joven, que permitió correrse del lugar excluyente para posicionarse como sujeto de deseo, con su subjetividad y su singularidad desplegadas para habitar la institución y relacionarse con otros de una forma saludable.

CONSIDERACIONES FINALES

Para concluir, se puede retomar la interrogante inicial que dispara este Trabajo Integrador Final, es decir *¿Cuáles son los aportes de la ética a la clínica del Acompañamiento Terapéutico sobre las lógicas manicomiales en las instituciones de concurrencia?*

Para introducir el aporte que se menciona, es importante tener en cuenta, previamente, que existe una tensión entre el paradigma médico hegemónico y el paradigma social alternativo. Siendo que conviven en la actualidad, se podría afirmar que es la ética del Psicoanálisis, como aporte, lo que posibilita un posicionamiento que valora cierta emergencia subjetiva en las personas con discapacidad, como usuarios de salud mental en las Instituciones de Concurrencia. La aparición discursiva de un sujeto, la prioridad por su salud mental y sus derechos como persona con discapacidad, se oponen a la lógica manicomial y capacitista, que coloca a la persona en lugar de objeto, con una impronta segregatoria y expulsiva, ubicándola en un lugar de imposibilidad, haciendo foco en sus limitaciones y profundizando su situación de discapacidad.

El aporte de esta ética, propondría el correcto uso de las herramientas técnicas de las que dispone el o la acompañante terapéutico, gracias a las cuales se acordaría un encuadre que podría considerar cierta emergencia subjetiva en vez de coartarla; construir un vínculo terapéutico saludable que motorice las intervenciones desde un posicionamiento profesional y no desde el amiguismo o asistencialismo; habilitar la lectura de ciertos elementos que permitiera hacer un diagnóstico situacional, favorecedor de una diagramación de estrategias acordes al caso singular; a la vez que instrumentaría la abstención de la propia subjetividad de la persona profesional, capaz de proponer un espacio a ser habitado por la persona acompañada para realizar su propio despliegue de su subjetividad.

En cuanto al primer objetivo específico, el cual plantea *analizar el origen de la ética y su atravesamiento en la práctica de Acompañamiento Terapéutico*, este trabajo ubicó diferentes autores que trabajan la noción de ética en los distintos campos disciplinares para luego arribar a los aportes de la misma a la clínica del Acompañamiento Terapéutico.

El profesional acompañante es una herramienta clínica, por su especificidad en lo cotidiano del acompañado, que hace uso de su saber sobre sus intervenciones dentro del interjuego vincular que allí se desarrolla. Éste a su vez, instrumenta diferentes

herramientas técnicas que plasman una forma de abordaje con un saber hacer, necesariamente vinculado a un saber obrar.

La abstinencia de intervención, el encuadre, el diagnóstico situacional y el vínculo, en tanto herramientas terapéuticas, podrían utilizarse desde un posicionamiento ético que responda a un paradigma capacitista y de lógica manicomial o desde la ética que propone el discurso psicoanalítico que se ubica en un paradigma social y de derechos humanos. Sin embargo, los efectos van a ser diferentes dependiendo del posicionamiento ético que el profesional decida tomar.

Es por ello que, al utilizar el diagnóstico situacional desde una lógica manicomial, se va delimitar su alcance en la recopilación de datos, objetivando al acompañado, centrándose en cuestiones como el diagnóstico del mismo, sus (dis) capacidades, en tanto limitaciones sintomatológicas y las imposibilidades de formar parte de la institución. El profesional ubicado desde la ética del Psicoanálisis lograría captar detalles de la situación que sirvieran a los efectos de subjetivación; como así también influiría en su modo de obtener esta información. Por ejemplo cuando el at, hace una pausa y una pregunta a toda la información detallada sobre la condición y diagnóstico de L., proponiendo un espacio de escucha atenta y cotidiana para el joven, cual tabula rasa, que sirva para imprimir datos obtenidos a partir de alojar un discurso que se viene a presentar como novedoso.

Sobre la herramienta del encuadre, se podría afirmar que, desde una lógica manicomial, lo permitido y lo prohibido se establecerían como pautas dirigidas, sin consenso con el usuario que solo debiera responder a las necesidades institucionales de mantener un orden. Este fue uno de los primeros conflictos que tuvo lugar con algunos profesionales de la institución al marcar a L. una sola forma de permanecer en los dispositivos. Con el aporte de la ética del Psicoanálisis, se haría foco en los intereses de los concurrentes para establecer acuerdos. Se propondría la construcción de un encuadre con los datos obtenidos de lo que L. comprendía sobre cómo transitar un espacio laboral, y con los acuerdos que se pudo hacer con el joven a partir de lo que estaba dispuesto a ofrecer.

También, se podría utilizar el encuadre como elemento de terceridad, para intervenir en la delimitación de horarios y permanencia del espacio, pero solo cuando las condiciones subjetivas de los participantes sean propicias para dicho movimiento.

Por su parte el vínculo, como herramienta fundamental del at, debido a que posibilita el acompañamiento terapéutico, debería ser trabajado con cautela y con miramientos éticos que apunten al reconocimiento de un sujeto de derechos. La construcción de un

vínculo, desde un lugar de *semejante*, se vería obstruida cada vez que el profesional no se predispusiera a ocupar el lugar que el acompañado permita. Cuando a L. no se lo alojaba, ni se generaban formas de acercarse a su rutina, no permitía abrir las barreras de resistencia a un contacto profesional. En cambio, desde un posicionamiento desde el paradigma social, el at generaría las condiciones para acercarse a cada concurrente, respondiendo a los intereses de los mismos, participando de espacios, en los que de otra manera estarían segregados y apartados.

Respecto de la abstención de la propia subjetividad, se puede decir que atraviesa y se interrelaciona con las demás. La apuesta de posicionarse desde la ética del Psicoanálisis implicaría que el profesional debiera pausar sus consideraciones personales, sufrimientos, alegrías y tristezas, a sabiendas de que eso sucede, para dar lugar a la construcción de lo que allí realmente importa; la emergencia de la subjetividad del acompañado. Esto se ve reflejado en el relato sobre el encuentro con otros profesionales que preguntan si para el at, L. era de su agrado o si le “caía bien” y éste se abstiene de dar una respuesta que no hace a la construcción de la situación.

Articulando con la herramienta del diagnóstico situacional, en la presentación del caso, momento en que el at debería hacer a un lado todos sus prejuicios sobre el diagnóstico estructural y las concepciones que los directivos y referentes presentaron, para dar lugar a lo nuevo que nos trae el acompañado. Lo mismo sucedería en el momento de construir un encuadre, cuando el at debería ubicarse en un lugar que genere las condiciones para que las pautas puedan ser construidas en conjunto con el joven, sin interferencia de lo que le suceda al profesional; es decir que lo acordado no tiene que ver afectado por conveniencia de unas de las partes sino que, como todo encuadre ubicado desde una perspectiva de derechos humanos, debería ser promotor de subjetividades.

En relación a la construcción del vínculo, se considera primordial que el profesional pudiera abstenerse. Por ejemplo cuando el at se encuentra en situaciones con L. donde éste pone un género musical que no es del agrado del profesional o las conversaciones son repetitivas sobre un mismo tema de interés del acompañado. Para establecer una relación terapéutica, se debería ubicar el despliegue subjetivo del usuario, haciendo a un lado los gustos personales del profesional.

Finalmente, se puede pensar que estas herramientas técnicas están a disposición del profesional, más allá de su inclinación ética. Sin embargo, éstas solo tienen un sentido terapéutico, con perspectiva de derechos humanos cuando se apoya en la ética del Psicoanálisis. Para comprender esto, se toman las palabras de Miller (2017), para indicar que “la categoría de sujeto no es una categoría técnica. La categoría de sujeto,

como tal, no puede ser colocada sino en la dimensión ética”; lo cual hace hincapié en que el sujeto, como lo propone el Psicoanálisis, se lo piensa como un sujeto parlante, que trae consigo su discurso, su palabra y su subjetividad en emergencia. Por lo que, la técnica no es sin ética.

Para el desarrollo del segundo objetivo específico establecido en la investigación, el cual plantea *reflexionar acerca de los estigmas que producen los diagnósticos*, se trabajó en base a la experiencia clínica elaborada en la viñeta y con los aportes de los discursos tensionados en el apartado del marco teórico.

Por ejemplo, cuando se convoca al at, anticipando que es el último recurso que se piensa antes de la expulsión de L., teniendo en cuenta que fue presentado con un diagnóstico de retraso moderado con ciertos rasgos psicopáticos, el profesional escucha y toma lo mencionado instalando una pregunta para sí mismo. Esta pausa que hizo el at, le permitió cuestionar los discursos advenidos para dar lugar a lo que pueda emerger al momento de encontrarse con el joven. Asimismo, posibilitó que el vínculo entre ambos, no quede impregnado de connotaciones negativas que dificulten el comienzo de la relación terapéutica.

Se pudo observar cómo este diagnóstico producía efectos de estigmatización en todo el trayecto de L. por la institución, tales como la idea de que el joven no podía permanecer en ningún dispositivo, de que no tenía ningún interés por los talleres o la institución en sí, ni siquiera la capacidad de vincularse saludablemente con sus compañeros o referentes, al punto de quedar segregado en un rincón para escuchar música; incluso allí le sostenían la mirada expulsiva. Por ejemplo, le decían que apague la música, en vez de convocarlo; sus compañeros le hacían caras o señas de rechazo y los mismos referentes manifestaban ofuscación con su posición de distancia.

Acerca de cómo influye la mirada que arrojan referentes, directivos y concurrentes sobre L., se puede reflexionar que ésta genera efectos segregativos que imposibilitan al joven a cambiar de esta posición de incapacitado a vincularse y de imposibilidad de participar de los espacios que brinda la misma institución; connotaciones que quedaron marcadas desde hace tiempo y no se han podido generar ninguna posibilidad de cambio.

A partir de la inclusión del at, quien alojó al joven y realizó un trabajo con el equipo de referentes del mismo, se comenzó a revertir la mirada capacitista que se tenía sobre él, desarticulando los discursos manicomiales que dejaban entrampado a L. Este

cambio de mirada fue lo que posibilitó el movimiento que generó un cambio subjetivo en él..

Concluyendo, es menester remarcar que una persona se encuentra más allá de cualquier diagnóstico, que la misma ley de Salud Mental promueve la revisión del mismo, que no funciona ninguna operación terapéutica enmarcada en el prejuicio, en el preestablecimiento de las condiciones, en la previsión de las situaciones, en las generalizaciones. De esta manera, referenciando a Sócrates, filósofo que comienza a problematizar la ética, es fundamental remarcar que, al empezar un tratamiento nuevo, más allá de las herramientas técnicas que un profesional disponga, éste debe abocarse a la idea de que “solo sé que no se nada”.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Álvarez Ramírez, Gloria Esperanza (2023) "El capacitismo, estructura mental de exclusión de las personas con discapacidad"
- Bálsamo, Viviana (2021) "Acompañamiento Terapéutico en la discapacidad"
- Barrios, Lucas (2021). Consideraciones sobre adolescencia y delito en el discurso jurídico. La ficción jurídica y el mito del antihéroe.
- Campbell, F. (2008), «Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism», M/C Journal
- Castro, E. (2018). Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).
- De Lellis, Martín (2014). Ética y políticas públicas en salud mental.
- Diccionario Etimológico Castellano (2024)
- Diccionario Real Academia Española (2010)
- Foucault, M. (1976). Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión (2006 ed.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990) Tecnologías del yo y otros textos afines, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (2007) El nacimiento de la biopolítica, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1950a). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), Obras completas (Vol. 1, pp. 211-322). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 2003.
- Galende, E. (1994). Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica. Ed. Paidós.
- Gonzalez, José (2020) "Encrucijada entre el ser y la praxis en AT". Ed. Tinta Libre. Buenos Aires, Argentina.

- Molina, María Elisa; Ben-Dov, Perla; Diez, María Inés; Farrán, Ángela; Rapaport, Ety; Tomacic, Alemka (2013) Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXII, núm. 1-pp. 15-26 Fundación Aiglé Buenos Aires, Argentina.
- Lacan, J. (1994). Seminario 4: La relación de objeto. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012) Escritos 1, pág 210 “Intervención sobre la Transferencia”
- Ley N° 26.657 Salud Mental (2010).
- Miller, J.-A. (1997). Introducción al Método Psicoanalítico. (1° ed. 12° reimp. 2017 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Pollio, Sabrina (2021) Técnica, táctica y estrategia en AT. Mesa de exposición. 2° Encuentro nacional de estudiantes de Tecnicatura en AT. Universidad Autónoma de Entre Ríos.
- Pollio, Sabrina (2022) Epistemología del Acompañamiento Terapéutico. Ed. Autores de Argentina.
- Pollio, Sabrina (2023). Acompañamiento Terapéutico y limitaciones neuromotoras.
- B.O.R.A. Resolución 1328/06 actualización resolución de prestaciones básicas para personas con discapacidad 428/99