

# Acompañamiento Terapéutico en Salud Mental

## Estudio de caso: Estela B.

Therapeutic Accompaniment in Mental Healthcare  
Case study: Estela B.

Mónica Graciela Villa

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fé, Argentina.

---

### Resumen

Como equipo de trabajo en el campo de la salud mental desde una institución privada de la ciudad de Venado Tuerto, Argentina, incluimos hace seis años la práctica del Acompañamiento Terapéutico dentro de las estrategias de tratamiento ambulatorio que ofrecemos a personas con padecimientos subjetivos y a su grupo familiar. Los abordajes institucionales, se encuentran fundamentados en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26.657, instituyendo un nuevo paradigma que reconoce a las personas con padecimiento mental, en tanto sujetos de derechos, como miembros de la sociedad en su calidad de ciudadanos e incluidos plenamente en ella. El presente artículo socializa un estudio de caso sobre el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico implementado desde la institución ante el padecimiento subjetivo de Estela B, como alternativa innovadora en el campo de la salud mental posibilitando el tratamiento ambulatorio. Se analiza la eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico partiendo del supuesto teórico que se trata de una práctica incluida en un dispositivo de tratamiento que tiene lugar en el contexto domiciliario, comunitario y cotidiano del acompañado. Se utiliza como material para la investigación, con el consentimiento de Estela B y su familia, los registros de la historia clínica articulando con entrevistas en profundidad y observación participante durante los espacios de Acompañamiento Terapéutico. La aparición en escena del Acompañamiento Terapéutico ha sido una necesidad de época, de cierta encrucijada histórica que generó las condiciones necesarias para que algo nuevo tuviera lugar en el campo de la salud mental.

**Palabras clave:** Salud mental, Padecimiento subjetivo, Acompañamiento terapéutico.

### Abstract

We are part of a team of mental health professionals working in a private institution in the city of Venado Tuerto, Argentina. Six years ago, we added the Therapeutic Accompaniment practice to the ambulatory strategies that we offer to patients with subjective complaints and their families. The institutional approaches are grounded on the National Law of Mental Health and Addictions N° 26.657, establishing a new paradigm that recognizes people with mental disorders as legal subjects and lawfully capable citizens.

This article publicizes a case study about the Therapeutic Accompaniment practice implemented by the institution to deal with Estela B. subjective complaint as an innovative alternative in the field of mental health which enables the ambulatory treatment of the patient. We intend to analyze the clinical efficacy of the Therapeutic Accompaniment based on the theoretical assumption that this is a practice included in a treatment that takes place in the accompanied person home and community environment, and on an everyday context. With the consent of Estela B. and her family, we used her clinical records combined with in-depth interviews and participant observation during the Therapeutic Accompaniment as a material for research. Therapeutic Accompaniment coming into play has been a need of the hour; a particular historical juncture has created the conditions necessary for the emergence of something new in the mental health field.

**Key words:** Mental health, Subjective complaint, Therapeutic Accompaniment.

---

Recibido: 20 Diciembre 2015/ Aceptado: 24 Septiembre 2016

Correspondencia:

Mónica Graciela Villa, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fé, Argentina. E-mail: monicavilla@gmail.com

## Introducción

Comenzamos por contextualizar la institución desde donde se ejerce la práctica profesional. Se trata de un espacio privado de atención ambulatoria que funciona hace veinticinco años bajo la dirección de una médico psiquiatra. Desde hace ocho años se conformó un equipo interdisciplinario de profesionales, integrado entonces por la médica psiquiatra, tres psicólogas y una trabajadora social. Desde el año 2010, dos acompañantes Terapéuticos se sumaron a los abordajes de tratamiento que se ofrecen. De este modo, es la primera institución privada de la ciudad que incorpora la práctica del Acompañamiento Terapéutico para el abordaje de las problemáticas en el campo de la salud mental.

Como equipo de trabajo, entendemos a la salud mental como un complejo campo de problemáticas y prácticas sociales, asimilando campo a la noción de Bourdieu (1991) en el sentido de “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y leyes de funcionamiento propio”.

De este modo, se considera a la salud mental como proceso o conjunto de procesos y como representación social. En definitiva, se trata de un hacer y deshacer cuyo escenario es la vida cotidiana. En este sentido, el campo de la salud mental comprende los aspectos inherentes a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos y comunidades.

Observamos que en este campo se articulan los procesos de salud y enfermedad, la atención, las amplias alternativas del bienestar y el malestar de los sujetos, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas. Podemos decir que, en el campo de la salud mental coexisten una multiplicidad de enfoques, teorías e intervenciones que surgen al tratar de entender al sujeto, su comportamiento y las problemáticas emergentes. Desde lo institucional, nos referimos fundamentalmente al psicoanálisis, a la psiquiatría dinámica, a la psicología social y a la teoría sistémica como sustentos teóricos que fundamentan las actuaciones profesionales. Cabe aclarar que, se planifican los abordajes terapéuticos de acuerdo a la singularidad de cada sujeto y a su entorno familiar y social.

Si pensamos las demandas relacionadas con la salud mental, entendida como padecimiento subjetivo, debemos aclarar a qué nos estamos refiriendo. Teniendo en cuenta el Diccionario de la Real Academia Española, padecer significa: sentir corporalmente un daño, un dolor (...), soportar agravios, injurias (...) sufrir. Hablamos de cuerpos fragmentados, violentados y arrasados como algunas de las numerosas señales que podemos encontrar en el devenir del padecimiento subjetivo. Cuerpos que luchan por afirmarse en un contexto marcado por la indiferencia hacia el prójimo y la fragilidad de los vínculos. Los indicadores del padecimiento están inscriptos en la piel de aquéllos que subsisten y resisten situaciones adversas. Estas vidas están atravesadas por un modelo cuya lógica de funcionamiento plantea la exclusión como un eje para su reproducción. Rostros marcados por la angustia. Frustración e incertidumbre son sólo algunas de las formas en que emerge el malestar.

Comprendemos que la categoría de padecimiento subjetivo expone tensiones conceptuales entre lo subjetivo y lo objetivo. Es una bisagra que muestra lo social incorporado, hecho cuerpo, hecho huella. Dicha categoría articula entonces la trayectoria individual y el contexto histórico-social. Además, muestra la forma en que las personas transitan las privaciones materiales, las injusticias y al mismo tiempo pone en evidencia la particularidad en la manera de decodificar las situaciones y modificar la propia vida.

Desde nuestra formación profesional y práctica cotidiana observamos que las personas con padecimiento subjetivo fueron históricamente estigmatizadas y discriminadas, al punto de ser recludas en instituciones cerradas, negándoseles sus derechos como ciudadanos y excluyéndolos de la comunidad. En diciembre del año 2010, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26.657 supone un punto de inflexión para terminar con este viejo paradigma e instituye uno nuevo que reconoce a las personas con padecimiento subjetivo en tanto sujetos de derecho que deben ser reconocidos como miembros de la sociedad en su calidad de ciudadanos e incluidos plenamente en ella.

Asimismo, no podemos dejar de mencionar, que otro de los grandes aportes de la ley nº 26.657 es incorporar a las adicciones como parte de las problemáticas de salud mental, quitando el consumo adictivo de sustancias psicoactivas del campo del delito para llevarlo al de la salud.

Consideramos que, a pesar de los avances científicos y las reformas sociales y legislativas, el padecimiento subjetivo continúa siendo un estigma, concepto tomado de Goffman (1998) a partir del cual, la persona es etiquetada como marginal, como una persona que puede ser peligrosa y por lo tanto debe ser encerrada, apartándola así de su comunidad. Situación que nos interpela como trabajadores del campo de la salud mental y nos compromete a deconstruir el viejo relato sobre la salud mental desde el quehacer cotidiano.

En este escenario descrito, de cambios paradigmáticos y de alta complejidad social, comenzamos a incluir en el equipo interdisciplinario, la práctica del Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT, sigla que se utiliza en la literatura específica). citar

Planteamos al AT como dispositivo al decir Foucaultiano (Deleuze, 1999) que se integra entonces a una perspectiva de trabajo que amplía los modelos tradicionales de asistencia en el consultorio de los padecimientos subjetivos.

Desde esta perspectiva, pensamos al AT como Clínica de lo Cotidiano a partir de la conceptualización de Dozza (2011, p. 2) "...trata de dar cuenta de las especificidades teóricas y metodológicas del AT". De este modo, constituye una clínica que se construye a partir de la experiencia intersubjetiva, entre Acompañante Terapéutico (en adelante at, sigla que se utiliza en la literatura específica) y Acompañado que se desarrolla en los contextos cotidianos por donde éste transita, es decir, su domicilio y los espacios comunitarios.

Es precisamente, la cotidianeidad del Acompañado, su domicilio y la comunidad, el campo de intervención del at, que Dozza (2011, p. 3) denomina como otra estructura, "...más compleja, polifacética, polifónica, imprevisible en mayor medida, repleta de atravesamientos (inter)subjetivos (...) desde familiares..." y otros integrantes de la red personal del Acompañado que forman parte de su vida cotidiana.

Entendemos que, entre las múltiples funciones que puede cumplir un at, se destacan la de contención y socialización. Esto se logra a través de un vínculo humano que posibilita que el sujeto no sea segregado de la trama social y relacional.

De esta manera, fue la convicción de que hay una clínica esperanzada, con propuestas asistenciales que se aproximan al sufrimiento psíquico con una ideología terapéutica innovadora, el motivo de la inserción dentro del equipo institucional de dos at para diagramar las estrategias de tratamiento de los padecimientos subjetivos.

El at entonces, funciona como soporte, que abre con su presencia la posibilidad de que algo nuevo ocurra, al decir de Berenstein (2001). De esta manera, la función queda ligada a la concepción de un psiquismo abierto, de una subjetividad en constante producción posible de ser modificada por los encuentros que la vida le depara al sujeto. La subjetividad sería entonces un proceso de construcción inacabable. Movimiento, cambio posible, nuevos modos de inscripción y resignificación son afines a la función del at.

Con esta investigación, a partir del estudio de caso, se analiza la eficacia clínica del AT instaurado con Estela B desde hace cuatro años, recurso que fue modificándose de acuerdo a los diferentes momentos de la Acompañada y su familia como también a las decisiones del equipo tratante.

Desde el abordaje cualitativo, buscamos comprender, tomando a De Souza Minayo cuando expresa: "El universo de los significados, de los motivos, de las aspiraciones, de los valores y de las actitudes. Se trata del universo de la producción humana que puede ser resumido en el mundo de las relaciones, de las representaciones y de la intencionalidad se profundiza en el mundo de los significados." (2012, p. 25)

En este contexto, entendemos la subjetividad como fundamento del sentido de la vida social y constitutiva de lo social e inherente a la construcción de la subjetividad.

Nos preocupamos por comprender las relaciones, los valores, actitudes, creencias, hábitos y representaciones de Estela B. A partir de ese conjunto de fenómenos humanos generados socialmente, nos proponemos comprender e interpretar la realidad del AT como práctica en el campo de la salud mental desde la institución donde trabajamos, at como sujeto que cumple el rol y de la acompañada que acepta la propuesta terapéutica.

Serán materia prima para nuestra investigación las vivencias y las experiencias de la cotidianidad de los sujetos participantes de estudio, Estela B, su familia y las at. Al respecto, tendremos en cuenta la experiencia vivencial y el reconocimiento de que las realidades humanas son complejas. La relación entre investigadores y sujetos investigados enfatizará el encuentro intersubjetivo.

Los textos provenientes de análisis comprensivos presentan la realidad de forma dinámica y evidencian el punto de vista de los diversos actores en relación al objetivo del proyecto de investigación. En este sentido, el estudio de caso de la vida cotidiana trabaja con el hecho de que las personas se sitúan en la vida con sus angustias y preocupaciones, en una intersubjetividad con sus semejantes y eso constituye la existencia social por eso el espacio y el tiempo privilegiados en esta teoría son la vida presente y la relación cara a cara.

Podemos comprender la realidad del AT implementado desde la institución, a partir de lo vivido y lo experimentado en la práctica cotidiana por las at y del trabajo en las instancias de coordinación y supervisión desde el equipo interdisciplinario.

A continuación, presentamos la construcción del caso, tomando los registros de la historia clínica de Estela B como también las producciones surgidas del análisis e interpretación del relato de las entrevistas en profundidad como de la observación participante.

El caso:

“Me hubiera gustado ser normal para criar a mis hijos”, dice Estela B

A partir de la escucha de esta frase en diversos momentos del tratamiento de Estela B en los espacios del AT, nos motivamos para realizar este estudio, interpelándonos acerca de cuál es el significado para ella de la presencia del at en su vida cotidiana.

Como equipo interdisciplinario, el 12 de agosto de 2011, tomamos contacto con Estela B y su familia a partir de la consulta de una de sus hijas, preocupada por las interrupciones de tratamiento de Estela B que la llevaban a frecuentes internaciones en instituciones psiquiátricas. La discontinuidad en el tratamiento ambulatorio y las dificultades de seguir las indicaciones médicas en relación al tratamiento farmacológico fueron variables intervinientes en la complejidad de la situación subjetiva de Estela B y su grupo primario de apoyo.

Hasta el momento no hemos hablado del diagnóstico de Estela B. Al respecto, leemos en el Certificado Nacional de Discapacidad que padece de esquizofrenia indiferenciada, a partir de lo cual es beneficiaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados que le posibilita, además de percibir mensualmente un ingreso de dinero, contar con el Programa de Asistencia Médica Integral. El mencionado programa, incluye la práctica del AT dentro de sus prestaciones.

El equipo desde el trabajo interdisciplinario propone como plan de tratamiento, entrevistas mensuales con Estela B y su madre con la psiquiatra y AT diario con la intervención de las dos at del equipo. Es necesario aclarar que, la autora de este artículo es una de las at. Queda pendiente para otro momento del tratamiento la inclusión de la psicóloga ya que Estela B no la acepta. De este modo, el eje del tratamiento es el dispositivo de AT, teniendo como objetivo, en una primera instancia, intervenir desde la cotidianidad de Estela B y su madre, quienes conviven desde hace dos años, ante el fallecimiento de la pareja de Estela B.

Dentro de la fase diagnóstica preliminar, las at se proponen promover hábitos de higiene y cuidado personal de Estela B como también orientar al contexto familiar respecto de su problemática. Aparece necesario además, organizar el tratamiento psicofarmacológico. Esto último en función de la falta de responsabilidad por parte de la madre, Eufemia D, en relación a las indicaciones médicas.

Estela B y su madre aceptan, sin comprender demasiado, en principio, cuál es la tarea y el motivo de la presencia diaria de las at, quienes concurren rotativamente al domicilio durante la mañana y la tarde en horarios acordados con ellas. Hacemos referencia en este punto al encuadre abierto del AT, como esa estructura compleja de la que nos habla Dozza:

Hay que tener en cuenta que, si la noción de encuadre abierto rompe los esquemas de referencia “clásicos” del Acompañante, lo mismo ocurre con los Acompañados y sus familias, quienes por lo general han pasado por diversos procesos de tratamiento en encuadres cerrados (Dozza, 2012, p. 11).

De este modo, durante los encuentros con las at se fueron aclarando dudas y temores por parte de Estela B, su madre y sus hijos, estableciéndose desde el hacer en la cotidianidad la función profesional de las at.

A partir de esta experiencia intersubjetiva y de acuerdo a las consignas del tratamiento, las at han podido receptar el sufrimiento de Estela B y su familia y al mismo tiempo, donar recursos para que ellas puedan hacerlos propios dentro de sus condiciones y circunstancias. De esta manera, comenzó a instaurarse un lazo singular, se trata del inicio de una relación como también del fundamento de esta práctica, que se asienta en esa estructura compleja, en el sentido en que está atravesada por múltiples espacios, situaciones y personajes de la vida cotidiana de Estela B.

Dentro del contexto del AT, es posible habilitar espacios para hablar, escuchar, escribir, dibujar, preparar una torta y aquellas actividades que a Estela B le interesan y no puede realizar sola. Las at se ofrecen como yo auxiliar, en los primeros momentos del AT para luego avanzar hacia la autonomía al menos en algunas actividades de su vida diaria. Se trata de la construcción de una relación afectuosa, espontánea y amistosa pero constantemente marcada por un encuadre y una actitud profesional para sostenerla.

De esta manera, dentro del espacio del AT, Estela B comenta a las at, situaciones traumáticas vividas que han dejado huella en ella, lo que evidencia lo terapéutico del espacio instalado en esa estructura diferente al espacio del consultorio en la institución, el ámbito del domicilio o durante un paseo por el barrio. Las at desde las incumbencias profesionales, escuchan a Estela B, a su madre y a sus hijos, en un nivel vivencial, consciente y no interpretativo. Material que es trabajado en las instancias de coordinación dentro del equipo.

La historia clínica de Estela B, da cuenta de su transitar desde la adolescencia por instituciones psiquiátricas, podemos mencionar Oliva (Córdoba), Oliveros y Agudo Ávila (Santa Fe). En cuanto al genograma familiar, podemos observar que ha tenido relaciones espontáneas de las cuáles han nacido sus cinco hijos. La hija mayor nació en Oliva, dice al respecto Estela B “mi mamá me la arrancó de los brazos y la trajo a Venado, yo no podía criarla, la salvó que la dieran –hace referencia a la adopción - pero me la robó, no la pude criar...”. Cuatro hijos, han sido reconocidos por sus padres sin estar presentes en la crianza y educación. Dos llevan el apellido del segundo esposo de Eufemia D quién es madre de Estela B. Continuando con su historia de vida, podemos decir que no ha logrado terminar la escolaridad ya que no la incluyeron en ningún programa de educación formal y la familia no se preocupó al respecto. Aprendió a leer, a escribir y hasta puede resolver algunas operaciones matemáticas sencillas. Esta habilidad es utilizada por las at para proponer actividades cognitivas durante los encuentros de AT.

Otro hecho significativo en esta familia es que Eufemia D se ocupó de sus nietos y todos la reconocen como madre y a Estela B la llaman por su nombre. En numerosas ocasiones, las at han escuchado que Estela B aclara a sus hijos que ella es su madre y Eufemia D la abuela. Los dos menores, presentan dificultades en relación al consumo problemático de sustancias y tienen conflictos con la ley.

Así fue transcurriendo la vida de Estela B, externada de los psiquiátricos volvía a su casa hasta que se iba con algún novio, que la abandonaba en poco tiempo, así conoció Buenos Aires por ejemplo. En el mes de mayo del año 2012, fallece el hermano menor de Estela B y su hijo Darío A es encarcelado. Por lo que Estela B convive con su madre y su hija Erika P de veinte años.

Situaciones de la vida cotidiana de la familia de Estela B que son trabajadas desde el equipo terapéutico tratante, evaluando y modificando las intervenciones de acuerdo a las mismas. De todos modos, siempre el eje estuvo puesto en la función de las at, considerando la presencia diaria de las mismas en el espacio domiciliario.

Hemos evidenciado que, cíclicamente cada seis o siete meses Estela B dice que está en crisis (o su familia la expulsa) y se quiere internar. La última internación fue acordada con el equipo tratante, en Octubre de 2014, teniendo en cuenta la evaluación de la psiquiatra tratante y las apreciaciones de las at.

La vida de Estela B transcurre en salir a pedir carteras, collares y todo lo que le regalen, tiene lugares precisos donde va una vez al mes y personas que le prestan dinero a quienes le devuelve cuando cobra su jubilación. En más de una ocasión pide a las at que la esperen en una esquina para ella pasar por alguna casa conocida donde le guardan cosas, o alguna panadería donde le regalan pan del día anterior. El tema de la falta de dinero y el fumar en exceso son cuestiones cotidianas que generan conflictos familiares que acontecen aun ante la presencia de las at, quienes intervinieron asistiendo y acompañando para promover el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Podemos pensar que diferentes formas de violencia, sistemática, real y simbólica condicionaron la vida de Estela B y hoy encontramos a una persona que se plantea su maternidad, que se preocupa y ocupa de sus hijos: pide para llevarle cigarrillos y comida a su hijo encarcelado, a quien visita semanalmente, le presta dinero a su hija menor, llama a sus hijas para invitarlas a tomar a su casa y no siempre recibe el buen trato de ellos, sino por el contrario, la discriminan.

Trabajar con Estela B. y su familia nos demanda, tanto como at como al equipo, creatividad y la puesta en juego del saber hacer en cada situación, apelando a usos tácticos ante las diferentes situaciones que su vida cotidiana nos presenta.

Observamos el entrecruzamiento de las condiciones ambientales, alimentarias, las diferentes formas de violencia, el estilo y la forma de vida, todo en un mismo escenario. En definitiva, demandas relacionadas con la salud mental entendida como padecimiento subjetivo.

La intervención aparece como un lugar de formulación de nuevas preguntas y construcción de formas de relación desde un escenario complejo. La mirada hacia los lazos sociales desde una perspectiva singular, ligada a lo microsocial. El lazo social vinculado con la intervención en las tramas sociales que rodean a Estela B y su familia. Las tramas sociales pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, como lazo social, elemento de integración del sujeto al todo societario y componente clave en la amalgama de la sociedad. El lazo social desde esta perspectiva construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones entre los sujetos. De esta forma se presenta también como un factor de integración a nivel territorial e institucional por intercambios materiales y simbólicos. A través de la acción de los lazos sociales, la intervención genera desde lo microsocial el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura.

Estela B, es la “loca de la familia”, la “loca del barrio”, una de las “locas de la ciudad”. Muchos la quieren, muchos la marginan, muchos la tratan mal... “me discriminan” dice ella. Ser portadora de un estigma le implica ser discriminada y vista como diferente, reduciendo sus posibilidades vinculares con el otro, el semejante, es la invisibilización del sujeto que porta el estigma. Así, su vida es transformada en algo precario e incierto, donde la pérdida de derechos sociales la lleva a un rápido deslizamiento como también a la privación de los derechos civiles y de autonomía.

En este contexto, generar espacios de encuentro, de diálogo entre los diferentes actores, la familia, la red social personal más próxima y los profesionales intervinientes es la estrategia que decidimos como equipo llevar a cabo. Intentar

dialogar, relacionando diálogo con la noción de conversación. La conversación es una discusión organizada a través de diferentes personas interesadas en una misma cuestión que se intenta precisar y respecto de la cual se pueden mantener puntos de vista distintos.

El trabajo con Estela y su familia, nos interpela constantemente y la incertidumbre en torno al desde donde y al como intervenir en la complejidad del padecimiento subjetivo, en tanto problemática social nos lleva a la reflexión y a necesitar poner en palabras desde la supervisión para compartir estas preguntas con miras a crear una nueva lógica de interpretación de la estructura psíquica de Estela B y las representaciones familiares en torno a lo que le pasa a ella. Las at cuentan con el equipo de profesionales, la supervisión y el análisis personal para sostener el espacio terapéutico con Estela B.

“¡Menos mal que llegaste!” “No la aguantábamos más”, de esta manera es recibida una tarde por la hija menor una de las at. Estela B, estaba en la cama llorando, gritando y demandando atención que ningún integrante de la familia quería/podía brindar. Ante esto, la presencia de la at fue muy oportuna para todos. Estela B despliega todas sus quejas, demandas y exigencias. La at la escucha y la contiene. “... el acompañante en su intervención (...) puede representar a alguien a quien se puede hablar y mirar”. (Marcos Macías López, 2006, p.87). Finalmente Estela B se levanta. Estrategias que llevan más del tiempo establecido para el AT. La at se retira del domicilio. Pasan unas horas y la llaman por teléfono para que vuelva, Estela B “nuevamente en crisis” decía su madre. La at responde el llamado, orienta a la madre en relación a cómo contenerla (acción reiterada en varias ocasiones). Al día siguiente, en el horario acordado, la at regresa al domicilio. Estela B la invita con un chocolate, la at le recuerda que no come alimentos dulces. Esto permite, simbólicamente, marcar diferencias, cierto límite interpersonal, singularidades subjetivas. Intervenir desde la Clínica de lo Cotidiano posibilita éstas acciones que tienen efecto en la dirección del tratamiento planteado por el equipo terapéutico.

La presencia física y simbólica de las at funciona como ordenadora de situaciones y acciones a partir de un vínculo positivo y de confianza que posibilita la construcción de un encuadre terapéutico.

Cabe aclararse que si bien, el dispositivo de AT ha sido instituido para trabajar con Estela B, desde el equipo se programa un abordaje familiar, ya que es necesario que, tanto la familia conviviente (madre-hija menor) como la no conviviente (hijas/os, hermanas), puedan entender que Estela B tiene un padecimiento subjetivo que requiere comprensión. Intervenciones que exigen gran trabajo para todo el equipo de tratamiento, especialmente a las at. La familia delega y descansa en ellas funciones parentales, por lo que deben marcar las incumbencias profesionales frecuentemente. Nos parece pertinente tomar a Marcos Macías López,

La transferencia que soporta el acompañante suele ser masiva, en el sentido de cargas que en él se depositan (...) el analista presta la persona (yo diría su presencia), como soporte de la transferencia y el acompañante soporta esa otra escena enmarcada en una estrategia de trabajo (Marcos Macías López, 2006 p. 86).

Estela B dice reiteradas veces durante el AT “me discriminan todos”, “no fumo más pero igual no me quieren”, “vos me entendès”, “yo te amo”, “cuando me enojo te digo que no vengas más pero te quiero”. Esto es tomado del registro de una de las at, con quién se vincula de un modo diferente de acuerdo a la personalidad de la profesional, quién recuerda frecuentemente a Estela B y su familia que no son amigas sino que trabajan juntas.

En este sentido, nos parece pertinente mencionar a Marcos Macías López,

Lo que me parece crucial es no confundir que en una relación cordial está implicado el amor y el erotismo (...) se trata de una presencia de Eros eclipsándose, una presencia que permite el pasaje. De ahí que quien efectúe la experiencia de acompañamiento, está advertido de que se es una persona con quien el enfermo llega a pasar varias horas. ¿Cómo posicionarse entonces en su función sin deslizarse a favorecer la erotización de la relación, o bien hacia el rechazo? (Marcos Macías López, 2006, p.87).

En relación con lo anterior, decimos que considerando los fundamentos teóricos acerca de la práctica del AT, nos encontramos en condiciones de plantear que el at debe sustentar su experiencia de análisis personal y el espacio de supervisión para escuchar, mirar y leer, sus propias palabras y sus actos. De esta manera, podrá intervenir en determinado momento, no antes ni después, sin ser intrusivo, ni invasivo y representar alguien a quien se puede hablar y mirar.

Una de las at llega al domicilio en el horario acordado. Estela B la recibe con un abrazo y le dice que la estaba esperando para conversar. Le cuenta que está preocupada por su hija menor (20 años) porque tiene miedo que se enferme como ella. Llegan visitas a la casa, Estela B se inquieta, por lo que la at le propone salir a caminar. Acepta y llegan hasta la plaza del barrio. Estela B quiere subir al columpio, dice “a mí nunca mi mamá me trajo a la plaza, a mí me encanta, yo tampoco traje a mis hijos...” Estela B no quiere volver a su casa por lo que caminan un rato más por el barrio. Se acerca un familiar y Estela B le dice “ella es mi at”. De regreso al domicilio organizan actividades para el día siguiente.

Transcurridos diez meses del plan terapéutico instaurado por el equipo, las at proponen trabajar con Estela B tres veces a la semana, siendo una estrategia terapéutica a implementar y evaluar. Alcanzados los objetivos iniciales, era el momento de replantear un modo de continuar diferente. Al transmitir a Estela B y la familia esta decisión de equipo, si bien, se resistieron y plantearon que se las abandonaba, luego fueron entendiendo. Se logra que Estela B concorra cada quince a días, asistida por una de las at, al espacio psicológico; luego de cuatro entrevistas no quiere ir más. Se logran encuentros familiares en el contexto institucional coordinados por la psiquiatra y la psicóloga.

Asimismo, en algunos momentos del tratamiento, la psiquiatra modifica el esquema farmacológico de acuerdo a evaluaciones de Estela B como también a la información que las at llevan a los espacios de coordinación.

El trabajo con Estela B continúa desde la institución. En los espacios de AT el objetivo planteado desde el equipo es favorecer su inclusión social y vida autónoma. Las at se organizan para abordar estas propuestas de trabajo. De este modo, se le propone participar de espacios recreativos y de un Centro de Día. Estela B en principio no acepta, luego de algunos meses de trabajo, se integra al taller de baile del Centro de Día, al que concurre asistida por las at en un principio, luego la acompañaba su madre y finalmente va sola.

Al momento, luego de cuatro años de tratamiento interdisciplinario con Estela B y su familia, el programa de tratamiento consiste en entrevistas mensuales con la psiquiatra, entrevistas familiares mensuales con la psicóloga, dos encuentros semanales de AT a cargo de una de las at, se incorpora al plan un profesor de educación física dos veces por semana con quién sale a caminar y asiste a dos talleres en el Centro de Día.

Desde el punto de vista terapéutico, se define la continuidad de solo una de las at a modo de ir dejando el espacio de AT, después de trabajar esta situación en el equipo y posteriormente con Estela B y su familia. A pesar de esta decisión, en algunos momentos, Estela B se comunica telefónicamente con la at que no la visita más, quién le responde las llamadas y le explica los motivos de su alejamiento del espacio de AT pero no accede al encuentro interpersonal de acuerdo a lo conversado con el equipo responsable del tratamiento.

## Conclusión

Las conclusiones que aquí se presentan, dan cuenta del trabajo de investigación, reflexión, análisis e interpretación como resultado de un proceso de articulación teórico-empírica. Como equipo interdisciplinario de trabajo, nos planteamos analizar la eficacia clínica del dispositivo de AT en el campo de la salud y ante el padecimiento subjetivo de Estela B y su contexto familiar.

Hemos socializado algunas experiencias y vivencias de las at con Estela B que nos permiten delimitar desde la clínica los contornos de la especificidad de la práctica del AT.

Decimos entonces que el AT es un dispositivo singular que se construye ante cada situación, es un entramado de relaciones y vínculos que permiten diseñar estrategias e intervenciones. Queda abierta siempre la posibilidad de lo imprevisto, lo no pensado en el acontecer cotidiano del encuentro entre at y en este caso Estela B.

Desde lo institucional y como equipo de trabajo, vamos articulando los distintos niveles de intervención, el trabajo de la psiquiatra, la psicóloga, las at, la medicación y los diversos espacios por fuera del tratamiento. En este caso, la visita de Estela B a alguna de sus hijas y la asistencia al Centro de Día.

En síntesis y para seguir interpelándonos, desde el equipo, pensamos al dispositivo de AT desde una matriz crítica en construcción. Matriz tomada como figura para analizar el dispositivo de tratamiento y crítica en construcción porque nos permite preguntarnos, evaluar intervenciones y reflexionar para diseñar nuevas estrategias. De este modo, en el cuadrante superior izquierdo, ubicamos al sujeto con padecimiento en el campo de la salud mental, referenciado a un equipo interdisciplinario que incluye la práctica del AT. En el cuadrante superior derecho, consideramos al plan terapéutico consensuado por el equipo, el sujeto y el núcleo primario de apoyo, que puede ser la familia. En dicho plan se cuenta con la inserción de la figura del at dentro del esquema terapéutico. En el cuadrante inferior izquierdo, ubicamos al sujeto en su mundo cotidiano y al at que desde su práctica profesional interviene de acuerdo a las consignas del equipo que delimiten el rol, la tarea y el encuadre (aunque sea abierto). Y en el cuadrante inferior derecho, colocamos el trabajo de coordinación y supervisión del AT, como también el análisis personal del at. Cada uno de estos cuadrantes de la matriz, se relacionan desde un entramado que los enriquece, soporta y sustenta dentro de una dinámica circular.

Nos encontramos en condiciones de decir que el dispositivo de AT tiene efectos clínicos en Estela B y su familia, demandando a los at y al equipo un sostenido trabajo interdisciplinario. Las intervenciones de los at son coordinadas y supervisadas considerando que constituyen el soporte del tratamiento.

Disponemos de modelo conceptuales y de algunas certezas que pudimos anclar y que quisimos compartir, siendo conscientes del mar de incertidumbres que nos sostienen como equipo terapéutico desde el cuestionamiento constante.

### Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

- Berenstein, I. (2001). *El sujeto y el otro*. Buenos Aires: Paidós.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctica. Estructuras, habitus, prácticas*. Madrid: Taurus.
- Deleuze, G. (1999). *¿Qué es un dispositivo?*. Barcelona: Gedisa.
- De Souza, M. (2012). *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Dozza, L. (2011). *Clínica de lo Cotidiano en Acompañamiento Terapéutico*. Brasil: AAVV.
- Dozza, L. (2012). *Clínica de lo Cotidiano en Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Goffman, E. (1998). *Estigma*. Madrid: Amorrortu.
- Macías López, M. (2006). *Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico*. México: Plaza y Valdes Editores.