



**Universidad de la República  
Facultad de Psicología**

## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Monografía**

**Título**

**Experiencias latinoamericanas en acompañamiento terapéutico.**

**Estudiante: Camila González**

**Tutora: Julia Córdoba**

**Revisora: María José Bagnato**

**Abril, 2022**

**Montevideo**



## INTRODUCCIÓN

Para poder profundizar sobre los diferentes despliegues que tiene el Acompañamiento Terapéutico (en adelante AT) realizaré un recorrido histórico sobre el surgimiento de esta figura en nuestra región, dando contexto para poder comprender las experiencias latinoamericanas.

El AT surgió como respuesta para atender a un cuestionamiento generalizado hacia la estructura asilar y a los modos de tratamientos hospitalarios (Rossi, 2007). Desde la segunda mitad del S.XX se da en distintos países una corriente de transformación y apertura de los tratamientos psiquiátricos, y estas experiencias rompen con la institucionalización psiquiátrica tradicional, permitiendo un movimiento de resignificación de la locura y de sus tratamientos, queriendo preservar la inserción social y productiva de las personas (Rossi, 2007).

En nuestra región, el AT como nueva figura dentro de los equipos de salud mental, tiene sus comienzos en Argentina a finales de la década del 60 y comienzos de los 70, siendo el Hospital de Día uno de los dispositivos que impulsó el desarrollo de esta figura como una alternativa a los clásicos tratamientos psiquiátricos. Se buscaba nuevas formas de trabajar con los/as pacientes graves sin que estén encerrados/as o internados/as; la antipsiquiatría criticaba fuertemente las prácticas de encierro que cronificaban la locura. A partir de este posicionamiento (antimanicomial) se crearon prácticas similares a las que hoy en día conocemos como AT, y que poco a poco se fueron abriendo paso en los equipos interdisciplinarios (Mieres, 2021).

Este proceso de revisión, cuestionamiento y transformación sucede en otros países latinoamericanos como, por ejemplo, Brasil, Chile, Perú y Uruguay, con las características propias de cada país. Este despliegue de la práctica de Acompañamiento Terapéutico ha permitido, a su vez, producir teoría y sistematización de esta práctica clínica con sus diferentes particularidades locales.

Los temas de Salud Mental dejan de ser un campo exclusivo de la psiquiatría y comienzan a ser abarcados por otras disciplinas y corrientes, como el psicoanálisis que por entonces buscaba su inclusión en los hospitales. Comienza a gestarse una clínica que sale del consultorio para estar junto al paciente en sus espacios cotidianos, en la comunidad, lo cual permite que sea contemplado desde un lugar humanizado generando así la posibilidad de recursos alternativos. (Mieres, 2021).

En la actualidad, el AT es una práctica dentro del campo de la Salud Mental que es definida como un Dispositivo (Kuras de Mauer et al., 2012) que se presenta con la

capacidad de articularse con los demás elementos que componen la red de la persona, a fin de presentar intervenciones terapéuticas adecuadas, pertinentes y que generen calidad de vida en la persona. Éste actúa como un “artefacto” que contiene prácticas y estrategias ante una situación considerada urgente, y dispuesto para producir algo junto con otro (Villar, 2020).

La práctica del AT es allí donde existe un malestar singular: personas con tratamientos psiquiátricos por afecciones mentales graves, niños/as que no pueden integrarse en las escuelas, las personas en situación de discapacidad, casos resistentes a intervenciones psicoterapéuticas tradicionales, situaciones de crisis o emergencia, etc. También existen nuevas formas de malestar que se van configurando en las sociedades (Rossi, 2014).

Se caracteriza, a su vez, por ser una práctica que puede ser utilizada de forma variada y que se realiza en movimiento junto a la persona acompañada. El AT no es un “normalizador” de conductas, sino que es un agente de salud que respeta la individualidad y singularidad de esa persona, cada caso es único (Melero, 2019). Genera herramientas mediante una escucha atenta de las demandas, tanto de las explícitas como las que no son tan visibles, y es contenedor y sostén de los desbordes que genera la vida misma en las personas que necesitan este tipo de acompañamiento especializado (Melero, 2019). El objetivo de las intervenciones en AT es generar importantes transformaciones según los intereses de la persona y su familia.

Ser AT implica tener disponibilidad afectiva para ofrecer una atención cuidadosa y respetuosa que posibilite acompañar el movimiento de experimentación, esto es dar experiencia en acción al acompañado en cualquier contexto extramuros del consultorio tradicional que demande el proyecto terapéutico de ese sujeto (Kenney da Cunha Nascimento, 2017).

### **Justificación y pertinencia**

Las experiencias latinoamericanas exponen claramente los despliegues que el AT fue teniendo en su práctica, ampliando sus ámbitos de inserción, dejando de ser solo una técnica terapéutica utilizada con pacientes de difícil abordaje, para transformarse en una figura útil y habilitadora en aquellos casos donde la inserción social y la respuesta a su demanda se ven afectadas, generando nuevas oportunidades para la persona acompañada en su cotidiano. Sin embargo, los trabajos de nuestros compañeros latinoamericanos también evidencian cómo en la práctica el AT se convierte en un dispositivo de difícil implementación por diversos motivos y complejidades, y que muchas veces difieren o no se ajustan con los contenidos teóricos y legales que existen (cuando los hay).

Esta monografía también pretende ser un insumo teórico específico para la nueva formación que se viene en Acompañamiento Terapéutico en la Universidad de la República (UdelaR). La aprobación de esta tecnicatura en el ámbito público significa un logro importante no solo para el AT, sino para el ámbito de la salud mental. Esta formación contribuye a comenzar a delimitar al AT en nuestro país (no solo académicamente sino a nivel social, en los equipos y las instituciones) con un estatuto de profesionalidad, lo cual también podrá eventualmente habilitar leyes de regulación del ejercicio profesional del AT.

Personalmente, el presente trabajo significa cerrar esta etapa como estudiante de la Licenciatura en Psicología. Ha sido un desafío para mí su realización, pero estoy entusiasmada de volver a conectar con la profesión y el estudio después de algunos años. El camino por la Facultad me ha permitido trabajar durante cinco años como AT, en distintas intervenciones tanto en el ámbito público como privado, respaldándome en los saberes y las herramientas adquiridas como estudiante de Psicología. Culmina esta etapa de mi vida con este Trabajo Final de Grado, a la vez que abre nuevos caminos por explorar y recorrer.

### **Marco teórico**

Del estudio bibliográfico realizado para esta monografía se pueden inferir tres elementos claves de la práctica del AT: el vínculo AT – acompañado/a, la inserción de su tarea en lo cotidiano y el trabajo en equipo y en red.

El escenario donde despliega su tarea el AT es de incertidumbre y está muy poco controlado ya que sucede en el marco de la vida cotidiana de quien acompaña, en su rutina, en su casa, en la calle (Chauí Berlinck, 2017). Evidentemente, existen elementos previsibles en el dispositivo, como pueden ser algunos elementos del encuadre (el mantenimiento de ciertas variables en constantes durante el proceso), y otros que no, que se dan in situ y es donde aparecen tanto sus potencialidades como sus dificultades (Chauí Berlinck, 2017). El dispositivo de AT utiliza esos espacios cotidianos pensando siempre en un proyecto terapéutico, y es un dispositivo construido también por los lazos que se forman entre los demás actores del mismo proceso (familia, equipo tratante, otros técnicos) (Chauí Berlinck, 2017).

Lo cotidiano no ha permanecido igual a lo largo de la historia, pero lo que sí hay en común es el control social operando a través de la ordenación del espacio y del tiempo, y a través de normas y valores (Chauí Berlinck, 2017). El/la acompañado/a es una persona que muchas veces siente no encajar en ese cotidiano social y culturalmente instituido, que ordena, que permite y prohíbe, que dice que es lo correcto y que es lo incorrecto. El AT puede surgir allí como otro espacio y otro tiempo, una pausa en el cotidiano, como un

fenómeno transicional winnicottiano que permite una zona intermedia de experiencia hecha tanto por la realidad externa como por la interna (Chauí Berlinck, 2017).

Para trabajar en este cotidiano, es importante establecer (como en cualquier práctica psicológica) un encuadre entendido como el “no proceso”, en el sentido de que el encuadre determina las constantes dentro de las cuales se da el proceso. La dificultad radica entonces en cómo pensar las constantes en un setting o escenario ambulante con bordes tan difusos como es la cotidianidad (Rossi, 2012).

Más allá de que se trate de un dispositivo hecho a medida para cada caso, resulta necesario establecer un marco o coordenadas que tengan algún grado de estabilidad, que sostengan una coherencia, para poder llevar adelante la actividad de AT, que delimite y oriente las intervenciones. Al comienzo de un acompañamiento se establece un “contrato” que ordena y da un marco de referencia para las relaciones que se empiezan a establecer y el cual organiza los objetivos de trabajo que se irán trazando. El horario del acompañamiento, los honorarios, actividades y lugares son elementos básicos a tomar en cuenta (Rossi, 2012).

A pesar de estas constantes tan necesarias, también es imprescindible que el encuadre en AT sea flexible y móvil de acuerdo con las necesidades y demandas del acompañado. Ésta elasticidad del encuadre permite que actúe de sostén en momentos de miedo, ansiedad, crisis, etc., ya que muchas veces este encuadre es la relación particular que hay entre el par At-acompañado y este “lugar” que se genera desde la construcción del vínculo (Villar, 2020).

Este “lugar” seguro y confiable para el/la acompañado/a es construido en el vínculo que se va formando entre AT-acompañado. Ese lazo permite al AT tener un “saber” específico sobre el acompañado, un saber que se construye entre ambos de manera artesanal con la conversación y la escucha, con el tiempo y en el día a día, y que tiene sus efectos terapéuticos (Rossi, 2014). En ese vínculo se construye un lugar para las demandas del acompañado, y desde donde el AT realizará sus intervenciones; de esta manera, se debe estar atento a la propuesta del acompañado, y apoyarse en un marco teórico-técnico que le permita trabajar los planteamientos y darles una direccionalidad (Melero, 2019).

En este vínculo singular entre AT y acompañado/a no se encuentran afectados de la misma manera, es una relación asimétrica pero que se establece con una distancia mínima, lo cual hace que el AT tenga que trabajar sobre su propia implicación en el vínculo (Rossi, 2014).

Pueden resultar importantes aquí otros lazos que se construyen con terceros, a modo de que operen como una separación óptima ante la cercanía del vínculo AT - acompañado. Es importante tomar en cuenta este posicionamiento tan próximo a la hora de pensar acciones o estrategias, ya que tienen que ver con una ética de trabajo y puede haber una línea muy delgada entre la realización de un acto terapéutico y caer en la complicidad del síntoma del paciente. En niños/as y adolescentes la asimetría del vínculo es mayor debido al lugar de adulto que ocupa el AT (Melero, 2019).

Un dispositivo no es algo que esté preconfigurado ni es fijo, es dinámico y se construye en un trabajo en equipo y su validación o no depende de la lectura que se haga sobre sus efectos. Con una fuerte impronta grupal, el AT no solo es llevado adelante por un equipo de trabajo, sino que también tendrá que relacionarse y trabajar con otras personas que circulan en el cotidiano del acompañado, como puede ser la familia, vecinos, personas de otras instituciones, etc. Se teje así una compleja red de relaciones que pueden ser potencialmente terapéuticas (Oliveira Reis Neto et al., 2011).

El trabajo en equipo habilita espacios de discusión sobre la práctica, reflexiona sobre el caso para que no se dificulte la producción de posibles líneas de análisis, para continuar con un pensamiento crítico y una escucha abierta, para ver nuestras propias implicaciones, y para poder continuar innovando en las terapéuticas (Melero, 2019). El trabajo del AT parece ser una función más volcada hacia la acción y no hacia la palabra, por eso es primordial que el equipo establezca un diálogo claro y franco respecto al planeamiento terapéutico del paciente y hacia dónde irán dirigidas las acciones del AT (Kenney da Cunha Nascimento, 2017).

En los equipos de AT hay reuniones donde se discute el trabajo de forma interdisciplinar, pero también entre otros AT donde se intercambian cuestiones específicas que competen a su tarea (Oliveira Reis Neto et al., 2011). Debido a la intensidad y el compromiso que requiere el acompañar las experiencias de otras personas, es que es evidente la importancia del cuidado de sí mismo, la supervisión y el trabajo personal del AT (Kenney da Cunha Nascimento, 2017).

Es fundamental el diálogo con la familia y la participación de la misma en el acompañamiento, ya que resultan una pieza esencial en el cotidiano de la persona acompañada. La familia podrá apoyar activamente los objetivos planteados o también podrá poner obstáculos y enfrentar la tarea del AT (Frank, 2017). Sin embargo, resulta importante comprender que no se trata de ir contra las resistencias al cambio, sino de comprender esas resistencias, y de aceptar los recursos y límites que tiene que cada familia (Frank, 2017).

El trabajar con la familia ayuda a generar una mayor efectividad en las estrategias, y hace que las mismas se sostengan en el tiempo. Pero a su vez el AT deberá ampliar la red e ir transitando otros espacios y vínculos de el/la acompañado/a (grupo de amigos, docentes, etc.); estos grupos secundarios aportaran nuevas posibilidades en el AT y en la intervención clínica (Frank, 2017).

Como objetivo general de esta monografía se pretende exponer distintos despliegues del AT a través de algunas experiencias latinoamericanas, reflexionando en torno a las mismas, trabajando diferencias y puntos de encuentro de las experiencias, así como mostrar aspectos novedosos e interesantes en torno al campo del AT.

## **DESARROLLO**

El proceso de revisión, cuestionamiento y transformación del AT sucede en distintos países latinoamericanos con similitudes pero también con las características propias de cada país, de acuerdo a su devenir histórico, de acuerdo a los diferentes ámbitos de inserción, modalidades y en relación a la población con que trabaja (Pulice, 2011). Del estudio de las distintas experiencias latinoamericanas para este trabajo se evidencian claros puntos de encuentro en la práctica, pero también algunas diferencias sustanciales que implican cambios en los modos de intervención del AT, así como también novedosas implementaciones y aperturas del campo.

La metodología de búsqueda que se realizó en el buscador Google Scholar contempló artículos publicados en el 2010 en adelante con el descriptor “acompañamiento terapéutico” junto con los nombres de los países latinoamericanos de manera de encontrar experiencias desarrolladas en cada uno de estas regiones. Desde esa búsqueda se seleccionaron los insumos para este trabajo que se detallan en la Tabla I.

Tabla 1 – Listado de artículos encontrados			
PAIS	AUTOR	TITULO	URL
Argentina	Brian Banszczyk	Representación social del rol del acompañamiento terapéutico que poseen profesionales de la salud mental, que trabajan con acompañantes terapéuticos	<a href="https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13768/BANSZCZYK%20BRIAN.pdf?sequence=1">https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13768/BANSZCZYK%20BRIAN.pdf?sequence=1</a>
	Alberto Velzi Diaz et al.	Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina	<a href="http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex142.pdf#page=16">http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex142.pdf#page=16</a>
	María Agustina Martínez	Dispositivos terapéuticos en el campo de la salud mental: el rol del acompañante terapéutico en los tratamientos ambulatorios	<a href="http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/560/0306-1.pdf?sequence=2&amp;isAllowed=y">http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/560/0306-1.pdf?sequence=2&amp;isAllowed=y</a>
	Cintha Pérez González	Reflexiones sobre la clínica del acompañamiento terapéutico en Ágora.	<a href="https://www.aacademica.org/000-044/209.pdf">https://www.aacademica.org/000-044/209.pdf</a>
	Ivana di Noyo	¿Dónde está mi auto? Psicoanálisis y Acompañamiento Terapéutico de un niño.	<a href="http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4878/Di-Noyo_Donde_esta_tu_auto.pdf?sequence=1">http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4878/Di-Noyo_Donde_esta_tu_auto.pdf?sequence=1</a>
Argentina y Brasil	Demétrius Alves de França et al.	Acompañamiento Terapéutico en Grupo: experiencias argentinas y brasileñas	<a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1415-711X2021000100003">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1415-711X2021000100003</a>
Bolivia	Carolina Vanessa Aliaga Calderón	Experiencia de Acompañamiento Terapéutico a personas transexuales en sus procesos de transición de identidad de género	<a href="https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25941/ML-1331.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25941/ML-1331.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
Brasil	Ana Laura Batista et al.	Saberes e Práticas do Acompanhamento Terapêutico com Crianças: uma Revisão Bibliográfica	<a href="file:///C:/Users/Camila/Downloads/Dialnet-SaberesEPraticasDoAcompanhamentoTerapeuticoComCrian-5921967%20(1).pdf">file:///C:/Users/Camila/Downloads/Dialnet-SaberesEPraticasDoAcompanhamentoTerapeuticoComCrian-5921967%20(1).pdf</a>
	Raymundo de Oliveira Reis Neto	Acompañamiento Terapéutico: Historia, Clínica y Saber	<a href="https://www.scielo.br/i/pcp/a/fV3QxFnS7Pn9BnrcJ997FsQ/?lang=pt&amp;format=pdf">https://www.scielo.br/i/pcp/a/fV3QxFnS7Pn9BnrcJ997FsQ/?lang=pt&amp;format=pdf</a>
	Maurício Castejón Hermann	¿Hay una epistemología para el Acompañamiento Terapéutico?	<a href="http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Dr_ogas_de_Abuso/Articulos/Libro-Acompa%C3%B1amiento-Terapeutico.pdf">http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Dr_ogas_de_Abuso/Articulos/Libro-Acompa%C3%B1amiento-Terapeutico.pdf</a>
Chile	Guillem Alexandre Seguí García	Acompañamiento Terapéutico: historia, teoría y clínica. Experiencia en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén.	<a href="https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130319/-%20Acompa%C3%B1amiento%20terap%C3%A9utico%20-.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130319/-%20Acompa%C3%B1amiento%20terap%C3%A9utico%20-.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>
México	Rodrigo López Flores	El dispositivo de Acompañamiento Terapéutico y sus posibles alcances en el contexto del Síndrome de Down.	<a href="https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192s.pdf">https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192s.pdf</a>
Uruguay	Eugenia Villar Pose	Las figuras de Asistente Personal, Acompañante Terapéutico y Acompañante Pedagógico en el trabajo con niños con TEA: Análisis de experiencias de educación inclusiva a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.	<a href="https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/29342">https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/29342</a>
	Laura Mieres González	Acompañamiento Terapéutico: Consideraciones en torno al rol, funciones y pertinencia al campo de la Psicología.	<a href="https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30157">https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/30157</a>

## **AT Argentino y AT Brasileño.**

La construcción del AT en Argentina y Brasil ha explorado distintos caminos, lo cual ha llevado a diferencias sustanciales en los modos de entender y de implementar este dispositivo. Si bien existen elementos en común, las particularidades del AT propias de cada país comienzan a gestarse desde lo histórico y desde las experiencias, dando forma a la concepción que cada país tiene del AT.

Diversos aspectos marcan estas diferencias, como la propuesta de reglamentación del AT surgida por las experiencias argentinas y los modos de implementación del AT en la red pública de salud mental (Castejón, 2017). Sin embargo, más allá de las diferencias, es importante la valorización de las mismas en el sentido de que sustentan la pluralidad como algo inherente a este campo, teniendo en cuenta el carácter fronterizo y transversal de la clínica del AT.

Argentina, con un alto caudal teórico y de formación a nivel superior alrededor de todo el país, con una situación legislativa en cuanto al ejercicio de la práctica en distintas provincias y un Código de Ética que rige el ejercicio de su función, ha transformado al AT en un recurso real y válido de intervención en la comunidad y en los equipos que trabajan en salud mental. Todas estas características hacen que en Argentina el AT pueda ser pensado como una profesión. Por su parte Brasil, al no contar con una formación específica de nivel superior en AT ni legislatura sobre la autorización de su ejercicio, lo toma como una función que cualquier profesional de diversas áreas (psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeros, abogados, asistentes sociales, etc.) puede hacer.

Esta cualidad o tradición brasileña de pensar el AT como una función tiene su surgimiento a finales del II Congreso Internacional de AT (San Pablo, 2006), donde se realizó una asamblea general que determinó no continuar por el camino planteado por la AATRA (Asociación de Acompañantes Terapéuticos de República Argentina). Este cambio no se generó sin desacuerdos, ya que algunos querían una asociación brasileña de AT y otros la rechazaban (Castejón, 2017). Por este motivo no se puede decir que en Brasil hay una entidad representativa del campo como un todo, de carácter nacional o regional,

Del mismo modo, no hay reglamentaciones específicas del ejercicio del AT, no existe como profesión al no haber un marco legal ni respectivas leyes jurídicas que orienten y reglamenten su función y práctica. Distinta es la situación de Argentina, que sí cuenta con regulaciones y legislaciones, con un Código de Ética y prevé al campo del AT como una profesión, ya que en este país el AT sí se fue desarrollado con un fuerte sentido de unidad y direccionalidad.

La situación brasileña trae consecuencias positivas y también algunas complicaciones en la implementación del dispositivo. Sin una regulación general sobre AT en el Sistema Único de Salud (SUS), las experiencias brasileñas de AT en la red pública de

salud mental se han circunscripto a iniciativas de asociaciones entre equipos de salud y universidades (públicas y privadas), o con instituciones volcadas a la formación específica en AT (Castejón, 2017).

A pesar de esto, se mantiene la defensa de la no-profesionalización del AT, conservando la noción de “función clínica”. Al no existir un Código de Ética que establezca los principios normativos que los profesionales deban seguir y aplicar en el ejercicio de su función (como sí lo hay en Argentina), un AT brasileño puede trabajar de manera autónoma ya que en general es un profesional graduado de otra disciplina (principalmente psicología pero también enfermería, terapia ocupacional, etc.) autorizado a planear y conducir un proyecto terapéutico propio (Castejón, 2017). Esta posición brasileña valoriza las distintas graduaciones específicas (disciplinas de base) que hacen frontera con esta forma clínica que se da en el lazo social. Se trata de construir una presencia junto con otro, acompañar a la persona en un contexto que se transforma en “terapéutico” al generarse un vínculo que suma propiedades curativas y de cuidado.

Entonces, en Brasil, el AT puede ser una práctica hecha por un profesional de nivel superior de distintas formaciones, enmarcado en una “visión de hombre” que orientará su escucha en el momento de intervenir clínicamente. Existen diversos contextos y demandas de AT en Brasil (personas con psicosis, niños/as en las escuelas, adicciones, con situaciones de vulnerabilidad social, etc.) que generan muchas variaciones posibles en el abordaje (Castejón, 2017).

Más allá de las variables entre Argentina y Brasil, sí existen elementos comunes al objeto específico del AT que tienen que ver con la construcción de una presencia junto con el/la acompañado/a al constituir una relación terapéutica, al escuchar e intervenir en los momentos en que la dupla circula y se expone a las ofertas sociales, movilizándolo y fortaleciendo los recursos subjetivos de la persona e incrementando los lazos sociales (Castejón, 2017).

### **AT con personas con Síndrome de Down**

La experiencia mexicana nos cuenta sobre AT y sus posibles alcances en el trabajo con personas en situación de discapacidad intelectual dada por el Síndrome de Down. En distintos casos, esta población se encuentra reducida a ser tratada como “objetos” o como personas incapaces, tendiendo a aislarlos/as de la sociedad. El uso del AT con población con Síndrome de Down podría tener como objetivo que estas personas tomen el control de su palabra, de lo que desean y de lo que quieren hacer. Que se transformen en sujetos deseantes, corriéndolos de ese lugar estancado de objetos, adjudicado muchas veces por su entorno. También, es importante en estos casos establecer lazos sociales, lo cual muchas veces se dificulta ante los prejuicios y el desconocimiento de los demás. El trabajo

de AT con esta población tratará de generar un movimiento que los corra de ese lugar de “enfermo” o de “incapaz” adjudicado por preceptos sociales antiguos (López, 2019).

Otro importante aporte de esta experiencia está relacionado a las implicaciones que tienen las nominaciones en las subjetividades de las personas. Los diagnósticos en salud mental muchas veces tienden a rotular a la persona (“es psicótico”, “es TEA”, “es down”, etc.), adjudicando así significantes negativos a la persona. Es un acto desubjetivante el dejar de llamar a una persona por su nombre para decirle “down”, quitándole la posibilidad de asumirse como sujeto deseante (López, 2019).

La forma de referirnos hacia las personas que tienen una condición de salud, la palabra, la adjetivación, resulta importante para no adjudicarle a la totalidad de la persona algo que es solo una característica de la misma. Decir “el autista”, “la down”, “el niño con capacidades especiales” refiere a una totalidad de la persona, cuando lo que en verdad hay es una condición de salud que refiere a un aspecto de su persona.

De acuerdo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006) esta característica hace que la persona esté en situación de discapacidad, lo cual también estará determinado por su entorno. Será la combinación de las dificultades que tenga esa persona más su entorno lo que generará (o no) una situación de discapacidad. Tal vez no se pueda eliminar del todo dicha situación, pero los entornos tienen el poder de mitigar algunos efectos que tienen determinadas condiciones de salud en la vida cotidiana, actuando como barreras o facilitadores en las experiencias de las personas.

### **AT con personas con trastornos psiquiátricos severos.**

Este dispositivo con personas con trastornos psiquiátricos severos puede enfocar sus estrategias de trabajo a la inclusión social, ya que debido a la desorganización psíquica característica de este tipo de patologías severas, sumado a las complejidades situacionales que se pueden suscitar, el acompañamiento puede ser una herramienta para facilitar la inserción de la persona en el cotidiano, y también en casos donde existen escasos recursos económicos y familiares, poder garantizar y velar por los derechos de estas personas (Segui, 2013).

Es imprescindible que el AT construya aquí una red de trabajo en conjunto con la comunidad y con la familia, concientizando sobre lo que significa tener este tipo de patología entre los distintos actores que atraviesan la vida de esa persona. El acompañamiento irá tejiendo una red de trabajo que actuará como soporte para esa persona y las estrategias en el cotidiano deberán ser planificadas de forma interdisciplinaria. Con este tipo de población el acompañamiento deberá estar enfocado al acceso a la salud, lo cual está estrechamente vinculado a la rehabilitación y a la autonomía.

Con pacientes psicóticos o con un Yo debilitado, a veces el trabajo del AT puede estar relacionado a tomar decisiones por esa persona, pero siempre estarán en función de lo planteado y de los intereses de el/la acompañado/a. Siempre promoviendo la organización de estos deseos, ayudando a elegir o decidir de manera autónoma. Para esto se necesita tiempo y apoyo (Segui, 2013).

La inclusión social abarca muchos ámbitos de la cotidianeidad: el trabajo, la salud, la educación, y se necesita la construcción de un importante trabajo en red para ligar todos estos aspectos de la persona y sus derechos. Esto supera el trabajo que puede hacer el AT y la red que se teja o el trabajo interdisciplinario que se plantee, sino que requiere también de planes y de políticas de estado que acompañen estas iniciativas. En Chile por ejemplo, en 2010 se aprobó la Ley de Igualdad de Oportunidades para la inclusión social, lo cual crea un espacio más claro para la inserción de dispositivos como el AT y desde donde se puede generar un lugar para este ejercicio (Segui, 2013).

Sin embargo, el trabajo de AT no está contemplado como estrategia en el convenio existente entre estas instituciones, ya que existe un gran desconocimiento desde el sistema de salud mental sobre AT y sobre lo que se necesita para alcanzar determinados objetivos con los/as acompañados/as (Segui, 2013).

En este país (Chile), existe una gran divergencia entre el AT y el Plan de Salud Mental y Psiquiatría (Segui, 2013), en el sentido de que se interpreta que el Plan busca “normalizar” a las personas con funcionamientos diferentes para que se inserten en la sociedad, pensamiento característico del Modelo Médico Hegemónico, distinto de la visión y propósito que guía al trabajo del AT, que busca la inclusión en todos sus ámbitos, y piensa a la persona que tiene un padecimiento psíquico como un ciudadano pleno de derecho, asociado este pensamiento a la línea del Modelo Social.

### **AT con la comunidad LGBTI y en el proceso de transición de identidad de género.**

El AT realizado con población LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Transexuales, Intersexuales), puede orientar sus lineamientos de trabajo en relación a disminuir la violencia y discriminación estructural que enfrena a diario esta población, y plantear objetivos para su inclusión en todos los ámbitos de desarrollo: social, educativo, en la salud, en lo laboral, etc. Además de este acompañamiento, el AT también puede realizar trabajo de incidencia política, generando, exigiendo y vigilando el cumplimiento de leyes y normativas nacionales de protección a esta comunidad.

En el proceso de transición de identidad de género el trabajo de un AT (no solo con la persona sino con su entorno familiar, social y laboral) debe estar orientado a la comprensión de dicho proceso, posibilitando una transición adecuada que permita un desarrollo funcional y correcto, a nivel personal y en su desarrollo social. El AT debe orientar

su estrategia a la superación de la homofobia/transforbia interiorizada que tiene esta comunidad y su entorno, generando ámbitos de sensibilización y empatía por la comunidad en los entornos y en la población en general (Aliaga, 2021).

Las personas transexuales muchas veces se ven obligadas a irse de sus hogares ante el rechazo y el miedo que esto genera en sus familiares. Así, el AT puede transformarse en un lugar seguro y de apoyo adecuado y especializado, para poder desarrollarse plenamente, poder potenciar sus habilidades, ayudarlos a construir un camino de independencia económica, y tener la oportunidad de empoderarse.

En nuestro país se aprobó la Ley Integral para Personas Trans en Octubre de 2018, la cual desarrolla políticas públicas específicas para esta comunidad, avocadas a disminuir la discriminación social e institucional. Sin embargo, y a pesar de reconocer que la ley está en marcha, distintos colectivos alrededor del país reconocen la dificultad de su implementación debido al desconocimiento de la misma por parte de autoridades institucionales, organismos públicos y personal de la salud.

Para el AT en nuestro país que trabaje con estas comunidades, la Ley podrá ser una herramienta fundamental para poder acompañar los procesos que conlleven los objetivos planteados, sea acompañando un cambio de identidad, en busca de un régimen reparatorio, en la atención en salud, en la solicitud de intervenciones quirúrgicas, en el ámbito laboral o educativo, intentando que la Ley sea un respaldo para alcanzar los objetivos y velando por su cumplimiento.

### **AT y la representación social que tienen otros profesionales de la salud mental.**

Mostrar cuáles son las concepciones actuales que tienen otros profesionales de la salud mental sobre el rol del AT nos deja identificar claramente el posicionamiento que tiene este dispositivo dentro de los equipos de salud mental, más allá de la teoría y de las leyes o normativas vigentes.

Las representaciones sociales muestran los modos de construcción del pensamiento social, y nos muestran la comprensión que un determinado grupo social (en ese caso los profesionales de la salud mental) tiene sobre un determinado objeto (en este caso el rol del AT). La representación es una forma de conocimiento social que permite tener un marco de referencia, el cual delimitará las formas de relacionamiento entre ambos (Banszczyk, 2017).

Estas representaciones fueron investigadas por una experiencia argentina, la cual contó con la participación profesionales de las disciplinas de Psicología, Psicopedagogía y Psiquiatría, representados en iguales porcentajes los tres grupos. Todos los participantes contaban con experiencias previas de trabajo con AT, mayoritariamente en el sector privado.

Del grupo total se infiere que las palabras/imagenes asociadas a la representación social del rol del AT son: sostén, inclusión, acompañar, contención e interdisciplina. Estas

palabras serían el núcleo central de la representación social del AT, y de acuerdo al resultado se interpreta que dicha representación se encuentran en concordancia con las actuales definiciones del rol del AT. Esto es comprensible ya que todos los encuestados trabajan en equipo con acompañantes. A su vez, de la investigación se deduce que existe una mayor coherencia en la representación social que poseen los psicólogos sobre el AT, con respecto a la que poseen las otras dos profesiones (Banszczyk, 2017).

El núcleo periférico está constituido entre otras palabras/imágenes por “profesional”, y esto está en estrecha relación con que el AT comienza a emerger como tal en el país vecino, como un profesional, con una ley nacional de regulación del ejercicio de la práctica, situación en las que se encuentran distintas provincias de Argentina, como Córdoba (Banszczyk, 2017).

Resulta importante destacar que las representaciones que poseen los profesionales en salud mental respecto al rol del AT están en estrecha relación con el trabajo en equipo, encontrando al AT como un valioso recurso para extender las estrategias fuera de los consultorios a la cotidianeidad del paciente, generando una inclusión social y siendo sostén del sujeto en la sociedad (Banszczyk, 2017).

Para finalizar, otro dato que arroja la investigación es que a pesar de los avances en el terreno legal y de formación, la mayoría de los profesionales de la salud encuestados trabajan en el ámbito privado, mostrando así la poca inserción que tiene el AT en el ámbito público (Banszczyk, 2017).

### **AT y por qué es terapéutico.**

La práctica del AT deja de ser solo un acompañamiento (sin menospreciar el hecho de acompañar, acción también muy importante y valiosa) para transformarse en terapéutico, en la medida que existe una teoría o conjunto de referencias que orientan y respaldan las estrategias e intervenciones que realiza un AT.

En este dispositivo el adjetivo “terapéutico” determina nuestra praxis más allá del acompañar y tiene que ver con un cierto ordenamiento, con un marco teórico que da direccionalidad a la práctica volviéndola clínica. La clínica entonces se hace a partir de un sistema de referencias que ordena y analiza los datos para brindar un tratamiento. La clínica del AT puede ser definida como “una clínica entre varios”, que se sostiene en equipo, teniendo como ordenador posible distintas corrientes psicológicas (como el marco psicoanalítico) (Pérez, 2016).

Un ejemplo de AT dentro del marco psicoanalítico se presenta en una experiencia argentina con el caso de A., una mujer con un diagnóstico de esquizofrenia, quien vive con su madre. En este caso las coordinadas clínicas que se construyeron giraron en torno a establecer en A. un lazo social (acompañándola al Hospital de Día y otros lugares de su

cotidiano) y también actuando como terceridad entre la madre y A. de manera sutil (sin descalificar ni alabar a la madre), encontrando también la madre en el AT un espacio donde pudo alojar sus dudas, quejas y hablar del tratamiento de A. Dichas coordenadas de tratamiento fueron pensadas en equipo desde el marco psicoanalítico y, justamente, la clínica se da en un momento posterior al acompañamiento, es terapéutica en la medida que se sostengan las coordenadas clínicas que orienten y ordenen las intervenciones (Pérez, 2016).

Otra experiencia argentina que enmarca al AT dentro del campo psicoanalítico expone el caso clínico de Martín y su abordaje desde un dispositivo de AT escolar, dando cuenta de qué manera la intervención del AT en este ámbito generó importantes progresos en la constitución subjetiva de este niño, y en su relación con el mundo y sus pares. Martín es diagnosticado con autismo, el cual es un trastorno severo en la estructuración de la subjetividad con sintomatología muy variable; pero el autismo no puede ser pensado en función de sus síntomas puntuales, sino que se trata de un “funcionamiento subjetivo singular”, y por lo tanto sería apropiado hablar de “autismos” en cuanto se configura de acuerdo a la estructura de cada niño/a. Sin embargo, el elemento en común que todos parecen tener es cierta incapacidad para comprender el vínculo humano (Di Noyo, 2020).

En el recorrido clínico del caso se ubica un primer momento donde Martín oscila entre episodios de desorganización psicomotriz y otros episodios relacionados con su desconexión. Es a partir de las intervenciones de AT que el cuerpo del Martín empieza a delimitar sus bordes, permitiendo el relacionamiento con los demás de otra manera y dejando que otros objetos y palabras entren en escena (Di Noyo, 2020).

En un primer momento, el AT dio lugar a la estructuración psíquica de este niño, en tanto sujeto del lenguaje. El AT se ubicó como “puente” entre Martín y lo social, poniendo palabras allí dónde había un agujero provocado por la falla simbólica. Un puente entre la institución educativa y el proceso terapéutico, en la medida que se repensaron los modos de abordaje. Y también un puente entre Martín y su familia, calmando las ansiedades que generaban determinadas manifestaciones sintomáticas (Di Noyo, 2020).

Estas experiencias de AT dentro del marco psicoanalítico apuntan a otro concepto de esta teoría que trata sobre el Acontecimiento y lo que esto significa en psicoanálisis. Dentro de este marco referencial no significa un hecho, sino que se construye en el vínculo con otro y se lo reconoce de esta manera cuando ya está producido. El acontecimiento es un creador de posibilidades, un movimiento que genera nuevos modos de inscripción y resignificación, como el surgimiento de una posibilidad distinta de aquello que hay. Así, las intervenciones en AT desde un marco psicoanalítico deben apuntar a producir acontecimientos (Di Noyo, 2020).

## **AT y salud mental en los hospitales generales.**

Una de las modalidades de intervención institucional del AT puede establecerse en hospitales generales públicos. En Argentina, a través de la Ley Nacional de Salud Mental desde el año 2010, pueden atenderse distintas situaciones y padecimientos en hospitales generales que antes involucraban la actuación de hospitales psiquiátricos.

Desde la perspectiva de trabajadores de distintas áreas de salud mental (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, acompañantes terapéuticos), existen potencialidades y limitaciones percibidas en el cotidiano de su trabajo respecto a la implementación de esta Ley. Sin embargo, el AT aparece como un importante recurso para facilitar los procesos de internación/externación. A pesar de esto, también se reconoce que los AT son generalmente solicitados más por las resistencias de otros trabajadores de los hospitales que por las necesidades propias del caso, cuestionando así la función del AT y el uso adecuado de este dispositivo, ya que aparece asociado en algunos casos a una función de control o custodial y no terapéutica, incluso como condición para la internación en un hospital general (Velzi et al., 2018).

La ignorancia sobre la Ley, las resistencias entre los mismos trabajadores del ámbito hospitalario, la falta de formación específica en salud mental y el desconocimiento sobre medicalización de patologías psiquiátricas hacen que sea muy difícil abordar a las personas que llegan con este tipo de padecimientos a los hospitales generales. Más allá de estas dificultades, se revela en las experiencias la importancia de introducir el AT en cuanto amplía las capacidades de los hospitales generales para alojar situaciones de crisis que necesitan internación, funcionando como posible articulador entre los pacientes y el equipo del hospital (Velzi et al., 2018).

Sin embargo, y más allá de los esfuerzos y voluntad que muchas personas en el ámbito de la salud puedan tener, se visualiza con urgencia en las experiencias que existan objetivos y lineamientos claros que puedan proporcionar coherencia y cohesión de las prácticas a lo largo del sistema de salud.

## **AT en los tratamientos ambulatorios.**

Continuando con las modalidades de intervención en AT y dentro del contexto socio-histórico de la Ley en Salud Mental sancionada en el 2010 en Argentina, existen instituciones dentro del sistema público que cuentan con un área de salud mental, y sostienen un abordaje ambulatorio, utilizando al AT dentro de su equipo interdisciplinario para llevar a cabo el acompañamiento de esta tarea.

Esta modalidad incorpora la figura del AT en aquellos casos donde existe una falta de sostén y/o apoyo familiar o vincular para lograr un mejor vínculo con la persona ya que el AT genera mayor empatía y trabaja con proximidad, para acompañar personas que por

distintos motivos no logran organizar cuestiones del cotidiano relacionadas con los hábitos y la autonomía, para apoyar a ciertos pacientes de “riesgo”, para ayudar a sostener el tratamiento en poblaciones difíciles de llegar como pueden ser los casos de adicciones en adolescentes y jóvenes, para estimular actividades recreativas y culturales en pacientes que tienen dificultades para integrarse en la comunidad, entre otras (Martínez, 2017).

La situación de los AT dentro de los equipos de trabajo es diversa en cuanto algunos profesionales sostienen una visión horizontal y consideran al AT como parte del equipo de trabajo interdisciplinario, pero otros profesionales lo consideran como un auxiliar o recurso sin estar formalizada su situación para poder integrar un equipo trabajo (Martínez, 2017).

La realidad de las experiencias argentinas muestra que la cantidad de acompañantes con los que se cuenta no alcanza para cubrir las demandas de la población usuaria que se encuentra en este tipo de modalidad. Por este motivo los AT no están insertos en un mismo equipo concreto sino que cumplen una función rotativa entre los diferentes centros. En la realidad, la interacción del AT con el resto de los profesionales responde a una lógica verticalista, de autoridad, y las estrategias son dirigidas desde ese lugar hacia el AT.

A pesar de esta situación relativamente jerárquica, los AT en este tipo de abordaje ambulatorio logran devolver al equipo de trabajo una mirada desde lo cotidiano de la persona (entorno familiar, laboral, recreativo) la cual muchas veces difiere de la que se presenta en el consultorio, es un agente en salud mental al poder constituir un apoyo externo y lograr así la continuidad de un tratamiento. También, cumplen un rol fundamental al momento de la externación permitiendo el seguimiento y contención en el afuera, lo cual es un eslabón importante en la integración social de los usuarios (Martínez, 2017).

### **AT con niños y niñas.**

Las prácticas de AT con niños/as pueden darse en distintos escenarios posibles, destacándose en la actualidad el contexto de las instituciones educativas (Batista et al. 2017), pero también pueden darse en las casas de estos/as niños/as junto con su familia, en otro tipo de instituciones (como las deportivas), o también en hogares del estado o programas con actividades especiales.

En Brasil puntualmente, a partir de un decreto asignado en el año 2001, se efectivizan algunas directrices para la educación de personas consideradas población objetivo de las escuelas especiales. Una de las directrices establece efectivizar la educación en el sentido de ofrecer el soporte necesario a la persona portadora de una “necesidad especial” en el sistema de educación general (Batista et al. 2017).

Promover la inclusión no significa transformar lo diferente ni normalizar, sino que es defender un cambio de paradigma. Se defiende este cambio en las formas de pensar a favor de las diferencias, este cambio de paradigma tiene como columna vertebral el concepto de

Diversidad, y al mismo tiempo trabaja a favor de la igualdad en el sentido de garantizar los derechos y deberes universales para todos los/as ciudadanos/as.

Así, luchar por la inclusión significa luchar por la diferencia entendiéndola como un aspecto constitutivo de la sociedad y de las personas. No basta con que la escuela acepte a estos niños/as sino que debe buscar la inclusión a partir de transformaciones estructurales donde el sentido de la diferencia sea incorporado en el cotidiano educativo. Además de esto, para que la inclusión sea plena y el proceso de ese/a niño/a maximizado en lo académico y social, es necesario adoptar estrategias de soporte individualizado (Batista et al. 2017).

En ese contexto el AT se coloca como posibilidad de apoyo en la escolarización de niños/as, orientando su práctica a favor de una inclusión educativa de calidad, sustentada por una “red de compromisos colectivos” y en consonancia con la legislación vigente de distintos países. Sin embargo, las distintas experiencias latinoamericanas (brasileñas y uruguayas) evidencian las dificultades dentro del contexto escolar del trabajo en red para la inclusión. Por el contrario, las estrategias inclusivas comúnmente adoptadas se limitan a las empleadas por la figura del AT.

En el ámbito escolar también se generan claras dificultades a la hora de definir las tareas que competen a la labor del AT, donde muchas veces no se espera que cumpla una función terapéutica con el/la niño/a, sino que cumpla un papel pedagógico de adaptar a el/la niño/a al proceso de escolarización instituido. Así, las instituciones educativas esperan del AT un quehacer pedagógico a ser desempeñado, presumiendo que su trabajo debería determinar el desarrollo académico de el/la niño/a y esperando que el/la niño/a realice las tareas de la misma forma que el resto de sus pares (Batista et al. 2017).

Ante estas evidencias que muestran las experiencias de AT en el ámbito escolar, parecería fundamental que las instituciones educativas que se dicen inclusivas pudieran adoptar una función pedagógica específica con aquellos alumnos/as que vivencian este tipo de proceso, privilegiando los beneficios emocionales de asistir a la escuela, en lugar de priorizar la adaptación de el/la niño/a a los preceptos de la educación institucionalizada. Por supuesto que el papel educativo de las escuelas es importante, pero también son un lugar constitutivo en la vida de las personas más allá de los aprendizajes formales y académicos. En este sentido, el AT es un facilitador del proceso de inclusión y genera las condiciones para que el/la niño/a participe del universo escolar y se beneficie del proceso educativo.

Respecto a AT en hogares para niños/as, las estrategias de trabajo pueden estar orientadas dentro los centros a un pasaje de la idea de “hogar institución” a la construcción de un “hogar casa”, repensando las prácticas de cuidado con los/las cuidadores/as (Batista et al. 2017). Los/as cuidadores/as que trabajan en este tipo de centros se encuentran en una situación de agotamiento mental y emocional debido a la complejidad de las situaciones con las que se encuentran a diario, no solo por las situaciones de vulnerabilidad social y

económica de esos niños/as y sus familias, sino por las carencias institucionales y la falta de respuestas con las que se encuentran.

Este desgaste y agotamiento por parte de los adultos hace que inevitablemente el trabajo con los niños/as que atienden se vea afectado, siendo ellos/as en distintos casos los depositarios directos de ese malestar general. El AT en estas situaciones podría trabajar y orientar sus estrategias a “cuidar a los que cuidan”, actuando como sostén y brindando herramientas a los adultos, evidenciando esas lógicas institucionales perversas para que no se naturalicen en el trabajo diario con los niños/as.

### **AT con trastornos mentales y sufrimiento psíquico.**

El AT como dispositivo ha mostrado múltiples transformaciones, adaptando sus objetivos y alcances para convertirse en una práctica que puede atender la demanda de distintos trastornos mentales y de variados modos de sufrimiento psíquico.

En el caso de una persona delirante, de una persona con una depresión o melancólicas, el AT puede evitar una posible internación al ser un aparato terapéutico extramuros que ofrece contención simbólica y apoyo ante aquello que desborda a la persona. Como regla, el AT nunca incluye contención física (en el sentido de detener una acción del acompañado), vale por su presencia más que por su fuerza física. Al ser la participación de el/la acompañado/a fundamental en el tratamiento de AT, se puede evocar este contrato en situaciones límite para evitar acontecimientos que conduzcan a la internación o al aislamiento de la persona de su comunidad (De Oliveira et al., 2011). Con este tipo de trastornos y sufrimientos, en muchos casos debe existir un atendimento de las necesidades más visibles, relacionadas a actividades básicas de la vida diaria a modo de asistente personal, ya que es un área que por lo general se ve afectada y descuidada, siendo el AT un ejemplo práctico de posibilidad de cambio.

Por otro lado, las psicosis pueden reducir los vínculos de la persona con su entorno; en los delirios (además de una inadecuación a la realidad) no promueven el lazo social, y el AT puede facilitar la creación de estos lazos utilizando la escucha, la cual se abre a la singularidad de ese delirio, y puede habilitar ciertas elaboraciones simbólicas (poner en palabras) sobre los fenómenos invasivos de las psicosis (De Oliveira et al., 2011).

En el caso de AT con situaciones de consumo abusivo de sustancias, se pueden generar dos situaciones: que la persona tenga interés en dejar las drogas o que no quiera. En el primer caso, el AT funciona como un apoyo para resistir la tentación; a su vez ese sostén genera una serie de intercambios significativos entre el AT y el/la acompañado/a que puede ser muy beneficioso para el tratamiento. Esta “vigilancia” que hace el AT para que la persona no consuma drogas, la hace a través de la escucha que ofrece y estableciendo un vínculo con la persona. En el caso de que la persona no quiera dejar ese consumo abusivo,

el AT debe trabajar en la creación de ese deseo y en la construcción de una demanda, de lo contrario serán infructuosos las estrategias planteadas por el AT (De Oliveria et al., 2011).

Cuando no existe una demanda por parte de la persona acompañada siempre será una situación delicada y a trabajar. En casos donde peligra la vida de el/la acompañado/a, el AT podrá buscar el apoyo de la familia y del equipo tratante, confrontando a la persona con dos posibilidades: aceptar el AT para realizar su tratamiento ambulatorio, o la internación (De Oliveria et al., 2011). La aceptación del AT en estas condiciones puede tener sus eventuales efectos terapéuticos, pero si existe un rechazo explícito al tratamiento de AT, el trabajo se volverá inviable.

### **Acompañamiento Terapéutico en Grupo (ATG).**

Una novedosa y diferente modalidad de intervención en AT es el Acompañamiento Terapéutico Grupal (en adelante ATG), como una posibilidad diferente de esta práctica y poco conocida en la teoría pero que ya se implementa en la práctica tanto en Argentina como en Brasil.

El ATG es una modalidad poco conocida en Brasil, mientras que en Argentina es posible identificar un mayor desarrollo del tema. Debido a las tecnicaturas a nivel superior en AT se ha aumentado la demanda de material teórico dedicado a la formación, existiendo un predominio de publicaciones y libros respecto a la teoría y la práctica. En Brasil no hay una formación de grado específica de AT, es una función ejercida por otros profesionales que muchas veces toman al AT como objeto de investigación en maestrías o doctorados, incrementando la producción de artículos y tesis específicas que han sido publicadas (França et al., 2021).

Entre los antecedentes más lejanos de Argentina, hay un texto de Kuras de Mauer y Resnizky (1995) donde sostiene que: *"los acompañamientos grupales son viables y resultan de utilidad en determinadas patologías y para algunas actividades en especial"*, y refieren que *"la idea de promover acompañamientos grupales coincide con la ideología de trabajo que propone acercarse a ayudar al paciente y su familia con la convicción de que no debe quedar aislado y recluso"*. También, en un texto de Pullice y Rossi (1994) los autores hacen referencia a una experiencia de ATG en el marco de una estrategia de trabajo institucional, acompañando a los pacientes en actividades internas de la institución o salidas con uno o más acompañantes. Nuevamente Kuras de Mauer y Resnizky (2005) plantean en un texto que el ATG es una práctica habitual en instituciones y que el grupo es un espacio privilegiado de subjetivación, que fomenta el pensamiento y el juego, que sostienen al generar una red de apoyo y un lugar de pertenencia (França, et al., 2021).

En Argentina existe un gran auge de actividades grupales en las que participan los AT dentro de las instituciones. Este incremento de ATG se encuentra directamente

vinculado a los efectos clínicos observados (França et al., 2021), y también a que es congruente con los modelos propuestos por la legislatura en salud mental y los cambios que las instituciones deben adoptar. Un ejemplo de ello lo trae una experiencia de Mar del Plata, donde los AT son solicitados por los profesionales de los centros de salud ante la presencia de alguna situación que así lo requiera, pero su asignación depende directamente de la jefatura de salud mental. Desde esta institución se piensa al AT incluido en dispositivos grupales, ya que la demanda no alcanza para la cantidad de acompañantes del sistema (Martínez 2017). Así, las intervenciones buscan una mayor efectividad abarcando un grupo de pacientes por cada AT.

Una modalidad de ATG en las instituciones y hospitales psiquiátricos, es el trabajo en talleres dados por otros técnicos (como puede ser cocina, artesanías, etc.) asistiendo al grupo en la realización de las tareas planteadas. Se debe establecer un encuadre claro de trabajo, y los AT garantizan el funcionamiento grupal durante el taller acompañando la singularidad de cada miembro para que la tarea sea llevada a cabo. Otra modalidad son los talleres coordinados por acompañantes, donde las actividades propuestas son excusas para alcanzar otros objetivos, por lo general relacionados con el vínculo y lo social. Estos talleres presentan un encuadre más flexible que habilitan el proceso del grupo. Al no ser la actividad planteada el objetivo primordial, esta puede modificarse sin perjudicar la estrategia. También puede un ATG acompañar propuestas de salidas y o de paseos con personas que no tienen una red propia para hacerlo (França et al., 2021).

En una experiencia argentina utilizada para esta monografía aparece el ATG como una modalidad dentro del ámbito institucional y dice:

*“(…) Pero también podrá existir el acompañamiento terapéutico grupal, en donde el acompañante se inserta en espacios de talleres, centros de día, etc., pero sin perder por ello la especificidad del acompañamiento, por ende no se convierte en tallerista, ni en coordinador, sino que acompaña a un grupo a poder sostener el espacio y superar las dificultades de transitarlo.”* (Banszczyk, 2017).

Por su parte, Brasil cuenta con pocas producciones respecto a ATG exclusivamente. França (2009) apunta a que, a pesar de no ser nombrado como tal, el ATG puede ser identificado durante las explicaciones de la actividad de colegas psicólogos. Plantea que esta imposibilidad de reconocer el AT más allá de su modalidad individual puede estar vinculada con la concepción brasileña del AT como función (França et al., 2021)

Una experiencia brasileña de ATG fue implementada en un hospital de día de un municipio de Río Grande del Sur, donde con tal solo dos AT (con formación en enfermería), construyeron un servicio colectivo como única alternativa a la demanda de los usuarios, ya que los tratamientos individuales resultaban insuficientes (Pellicoli, 2004), trabajo que presenta grandes similitudes con la experiencia en ATG de Mar del Plata.

En el 2018 França publicó el primer libro dedicado exclusivamente al ATG en Brasil, donde articula lo que caracteriza al AT brasileño: contrato terapéutico, uso de la teoría psicológica y setting clínico ambulante, con la realización de actividades que buscan contemplar e integrar a todos los miembros del grupo. El setting clínico ambulante muestra un gran impacto en la dinámica grupal, provocando en los integrantes del grupo un incremento de las habilidades interpersonales de comunicación y mayor conciencia de sí mismo como integrados a un grupo mayor. También se observó que durante las actividades de ATG surgían frecuentemente contenidos importantes, como los que pueden surgir en una terapia individual, lo cual requiere de un manejo profesional especializado para que sus efectos puedan ser terapéuticos para el grupo (França et al., 2021).

Otra investigación de este autor muestra la experiencia de actividades de ATG en una institución pública de salud mental en Brasilia, donde a pesar de que la mayoría de los participantes no recibían ningún tipo de atención psicosocial durante años y vivían en situación de encierro, se pudieron observar resultados terapéuticos como un mejor manejo de las habilidades comunicacionales así como un incremento en la retención de la experiencia vivida en tiempo y espacio. Más allá de los resultados evidentes, el autor hace referencia a la importancia del vínculo y del setting ambulante como facilitadores de los resultados clínicos (França et al., 2021).

### **AT y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).**

A través de una experiencia nacional nos llega un valioso aporte para el trabajo del AT con situaciones de discapacidad: la CIF. Esta clasificación permite tener en cuenta los Factores Contextuales de la misma manera que otros factores, entendiendo de esta forma que la persona no está aislada de su entorno, y permite recoger datos sobre su contexto inmediato, sus relaciones interpersonales, etc., los cuales son determinantes en la salud, actuando como barreras o facilitadores (Villar, 2020)..

La CIF puede ser tomada como un instrumento de trabajo para dilucidar y comprender las situaciones de discapacidad desde un paradigma integrador, con un enfoque que contempla no solo la condición de salud de la persona sino el entorno que hace a esa situación. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, ONU, 2006), las personas con discapacidad son 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 que las demás.

La CIF resulta una herramienta fundamental para comprender que las situaciones de discapacidad de las personas están dadas por una determinada condición de salud sumado

a las características del entorno; incluso podríamos decir que iguales diagnósticos no siempre se encuentran con las mismas dificultades, ya que si un entorno es accesible y compensa las limitaciones que genera la condición de salud puede ser que no haya barreras y por ende, que no exista situación de discapacidad. Por el contrario, si hay barreras, si el entorno no ayuda a equilibrar las limitaciones y brindar un espacio accesible para esa persona, aparecen las dificultades de participación en igualdad a los demás.

. Entonces, la discapacidad refiere a los aspectos negativos de la interacción dinámica entre un individuo con una condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales). Los entornos podrán generar una limitación de la actividad, que son las dificultades que una persona puede tener en el desempeño o la realización de las actividades, y/o generar restricciones en la participación, que son los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Así, la CIF puede transformarse para el AT en una guía y en un respaldo que orienta las acciones terapéuticas, visibilizando los facilitadores y/o las barreras que existan en el entorno, generando estrategias de trabajo que actúen sobre estas con el fin de disminuir o hacer más leve la situación de discapacidad de la persona que acompaña, intentando generar un entorno que facilite y que asegure la existencia de posibles recursos, como los apoyos o ajustes necesarios que permitan compensar las limitaciones. Puede tratarse de una ayuda técnicas, como el empleo de un bastón, de un ajuste físico como el empleo de determinado software para el trabajo o el estudio, o de un ajuste en relación al funcionamiento en determinado lugar, como una intervención en torno a cuestiones actitudinales de compañeros de estudio o de trabajo.

Esta clasificación es una herramienta fundamental para organizar, identificar y caracterizar las limitaciones que se pueden presentar a partir de una condición de salud, así como también identificar los recursos personales y potenciar la singularidad al momento de realizar las intervenciones, mostrándose como fundamentales en la experiencias nacionales los apoyos con los que cuentan las familias (Villar, 2020).

### **AT y su distinción de las figuras de Asistente Personal (AP) y Asistente Pedagógico (Ap).**

Otro gran aporte de nuestras experiencias nacionales es que trabajan un claro aspecto problemático que se visualiza no solo en los trabajos uruguayos, sino también en otras experiencias latinoamericanas, que es la tensión que aparece entre lo que es esperado del rol del AT, lo que pretenden las instituciones educativas, las familias, otros profesionales o técnicos, y las tareas y objetivos que definen al AT. Así, muchas veces nos quedamos aglomerados a papeles más asistenciales (AP) o pretendemos abarcar funciones

más educativas y de adaptación y ajuste de contenidos curriculares (Ap), y nos distanciamos del enfoque terapéutico que caracteriza al AT.

El AP es una persona que apoya en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a otra persona que por distintas circunstancias o características no puede realizarlas sola (Villar, 2020). Es un trabajo que atiende una situación de dependencia puntual, a pesar de no quedar en claro en el Programa de Asistentes Personales del SNIC (Sistema Nacional Integrado de Cuidados), cuáles son las tareas que debe realizar un AP.

Otro aspecto importante de esta figura es que muchas veces se trabaja (y también se espera que sea) de un modo meramente asistencialista, cuando en verdad este tipo de política pública apunta a otro tipo de efecto que es el de generar autonomías (Villar, 2020). Para generar esto es importante que el AP reconozca las singularidades de la personas y que potencie sus capacidades, diferenciándose también de la figura de cuidador, el cual se encuentra estrechamente relacionado con la pasividad y la dependencia por parte de la persona. Los objetivos del AP velan por los intereses del asistido y será éste quien decida activamente sobre su vida (Villar, 2020).

Por su parte, el AT requiere de cierta formación académica y es definido como un dispositivo, un mecanismo que se dispone a facilitar la estructuración de la vida cotidiana de el/la acompañado/a y a producir lazos sociales. Es desde allí, desde la cotidianeidad, que el AT planeará sus intervenciones, las cuales serán singulares a cada caso. Su encuadre deber ser flexible y móvil (al igual que el del AP), pero también actuará de sostén en momentos de crisis (Villar, 2020). El trabajo en red es otro aspecto importante del AT, que trabajará no solo con la familia sino con las demás personas e instituciones presentes en la vida diaria de la persona acompañada (amigos, técnicos, docentes, etc.). Esta red generará herramientas que habiliten el aprovechamiento pleno de los espacios cotidianos, fomentando autonomía y ganando calidad de vida.

El Ap aparece vinculado al proceso de inclusión educativa en las instituciones y con la insuficiencia que existe en la actualidad de no contar con la real participación y pertenencia de ésta población en la trayectoria educativa, sin garantizar los procesos de aprendizaje formales que toda institución educativa debe brindar. Esta problemática puede estar relacionada a la falta de formación docente, apareciendo así propuestas homogéneas para personas con realidades y necesidades diferentes que sí se beneficiarían de determinados ajustes y adaptaciones (Villar, 2020).

El rol del Ap sería un factor clave en la inclusión educativa, acompañando los procesos de aprendizaje en el aula e intentando intervenir en las prácticas docentes para mejorar su calidad y adaptarlas a las necesidades que vayan surgiendo en cada situación. El Ap puede ocupar diferentes funciones: de forma más grupal identificando las necesidades y orientando la planificación docente, o de manera más particular brindando apoyo puntual a

los alumnos con alguna dificultad. También puede compartir la clase con la docente (estipulado previamente) o juntarse a planificar en base a los objetivos que se desean obtener (Villar, 2020).

La dilucidación de los aspectos y tareas que hacen a cada figura puede ayudar a subsanar y corregir las dificultades y confusiones que se generan en torno al rol del AT, antes de que el dispositivo esté en funcionamiento, delimitando claramente tareas y funciones junto a las demás personas que hacen a la vida de el/la acompañado/a. A pesar de tener tareas y objetivos concretos y definidos en un momento del proceso, el diálogo con el resto de los actores institucionales y la red de la persona siempre deberá ser claro y fluido, ya que se irán ajustando las estrategias del plan de trabajo según se requiera.

## **REFLEXIONES FINALES**

Las experiencias latinoamericanas expuestas en este trabajo muestran la diversidad de abordajes y finalidades para las que puede ser propuesto el dispositivo de AT. Dependiendo de las necesidades, del contexto y de los objetivos terapéuticos, el AT se fue construyendo y desarrollando de manera diferente en los distintos países y regiones. El avance producido a lo largo de su trayecto histórico ha llevado a un esfuerzo de sistematización teórica del AT que implica construcciones en torno a los saberes que lo autorizan como práctica terapéutica.

A pesar de la construcción y desarrollo que la práctica del AT ha tenido, las experiencias latinoamericanas también evidencian la complejidad y las dificultades que se encuentran al insertar dicho dispositivo en las instituciones, en los equipos de trabajo, con determinados colectivos y poblaciones.

Argentina se muestra como el país latinoamericano donde más desarrollada se encuentra la práctica del AT, con un alto caudal teórico debido a su situación de formación superior (universitaria) del AT, con una legalidad que lo avala en distintas provincias y con un Código de Ética que rige su ejercicio profesional. Más allá de esta situación que parece ideal para el ejercicio del AT, las experiencias argentinas muestran que no es tan sencilla la inserción del AT en los equipos de salud, vinculado al desconocimiento de esta práctica por parte de otros profesionales y también a la falta de recursos humanos que hace que los AT no se puedan insertar debidamente en los equipos de trabajo, lo que acentúa una forma de trabajo jerárquica y verticalista.

Por su parte Brasil parece no tener un consenso en cuanto a la identidad del AT, entendiendo su práctica como una función clínica donde personas con distintas disciplinas de base pueden ejercer como AT. A decir de Castejón (2017): “¿Quién dice que un/a

*fonoaudiólogo/a no puede realizar un AT con un niño/a que esté en el proceso de incorporación de un implante coclear?".* Si bien otras disciplinas de base pueden enriquecer la práctica del AT, distintos autores brasileños reconocen que lo terapéutico del AT está en esa "visión de hombre" (Castejón, 2017) que orienta la escucha y las intervenciones, visión que pueden brindar una disciplina: la psicología. Entonces podríamos decir que sí se requiere de determinados saberes psicológicos para que el ejercicio del AT sea terapéutico, como puede ser el concepto de Transferencia, importante herramienta para trabajar en la práctica psicológica y en la práctica del AT y que tiene que ver con la construcción del vínculo y su manejo.

La inserción en el cotidiano o el *setting* clínico ambulante es un elemento que ambos países tienen en común, y es una cualidad del AT en todos los países, que ha perdurado en el tiempo a pesar de su evolución. Sí ha cambiado el perfil de la persona que realiza AT, y sí han cambiado las formas y ámbitos de intervención, pero el cotidiano está en la génesis del acompañamiento, es la raíz, es el movimiento histórico y revolucionario que se generó de salir de los hospitales manicomiales y las situaciones de encierro, y es constitutivo de nuestro AT actual.

Hoy en día el AT también se encuentra funcionando fuertemente en ámbitos institucionales y hospitalarios, pero siempre tendiente a acompañar "hacia afuera" y a generar lazo social. Y también generando otros lugares y espacios internos con aquellas personas que aún no puede dar ese paso hacia afuera, fortaleciendo y generando insumos en las subjetividades de esos/as acompañados/as, para que puedan funcionar en la comunidad y sentirse seres pertenecientes y productivos de su sociedad.

Con respecto al AT en el ámbito institucional educativo, es un dispositivo que es considerado primordial a la hora de pensar la inclusión educativa, pero se encuentran a través de las experiencias que los límites de las funciones son difusos y la tarea variada y compleja. El AT, distinto del AP y el Ap, intentará generar otras posibilidades y modos de funcionamiento en aquellas personas que se encuentran en situación de discapacidad, potenciando sus fortalezas y trabajando sus dificultades. En el AT primará su carácter terapéutico, impactando en la subjetividad de el/la acompañado/a, tendiendo una red y formando parte de un equipo donde se irán delimitando las estrategias de intervención que favorezcan el plan de trabajo.

Pensar en inclusión educativa es pensar en diversidad, apuntando a eliminar las barreras que limitan el acceso a la educación de calidad, la cual genera herramientas para el pensamiento, para que nos podamos constituir como personas y poder decidir sobre nuestra vida. Las tres figuras aparecen como fundamentales para el desarrollo, la inclusión educativa y social de las personas con determinadas condiciones de salud y/o situaciones

de discapacidad, ayudando a fomentar a su manera y a través de sus tareas específicas lo que le compete a cada una.

Aparece de forma implícita a través de las experiencias una función del AT que tiene que ver con sensibilizar a los entornos más cercanos de las personas que acompañará, es una función que aparece en el trabajo de AT con personas con Síndrome de Down, con personas con trastornos psiquiátricos severos, o con el trabajo a realizar con la comunidad LGBTI. Esta función de sensibilización de los entornos inmediatos está vinculada al trabajo en red que se debe construir para que el dispositivo funcione, generando un entendimiento de estas situaciones para que los entornos puedan aportar y acompañar las estrategias y propuestas terapéuticas del AT.

La modalidad de ATG es una forma de intervención poco conocida en la teoría pero sí utilizada en la práctica institucional, una modalidad que aparece como “escondida” en algunas experiencias latinoamericanas, que incluso está sin nombrarla como tal, y que es utilizada, a pesar de sus efectos terapéuticos comprobados, ante la situación de urgencia y como “salvavidas” de los escasos recursos humanos con los que se cuenta para implementar el dispositivo de AT en las instituciones de Salud Mental.

La mayoría de los trabajos académicos que hay sobre AT tienen que ver con su abordaje individual. El único libro que trata exclusivamente sobre ATG (hasta la fecha de la búsqueda bibliográfica de las experiencias) fue publicado en el 2018 por el autor Demétrius França (autor de otros ensayos e investigaciones previas al respecto) llamado: “Terapia Peripatética de Grupo: considerações”. En la presentación de dicho libro, el autor refiere a que el termino AT no es autoexplicativo de su función y que esto genera ambigüedades. Así, propone cambiar su nombre de AT a Terapia Peripatética, nombre que alude a una palabra griega que significa “dado para andar, mientras se enseña o discute”, lo cual, a diferencia de las otras nominaciones que tiene y ha tenido el AT, hace alusión a su naturaleza ambulante.

Ante los escasos resultados bibliográficos respecto a ATG (en comparación con su modalidad individual) se hace necesaria la investigación y construcción de marcos teóricos sólidos que respalden y sostengan el dispositivo de ATG.

Con respecto al AT en Uruguay, es un dispositivo que se encuentra claramente en auge, aspirando a una profesionalización del ejercicio. Hasta hace poco era una disciplina que solo se podía estudiar en el ámbito privado, pero la reciente aprobación de la Tecnicatura de AT en la Universidad de la República (UdelaR), resulta un gran logro no solo para el AT sino para las prácticas que se quieren fomentar en salud mental. Esta nueva formación en el ámbito público generará insumos teóricos y literatura en torno al tema, indispensable para su inscripción académica.

Finalizando el recorrido de esta monografía, que pretende ser un aporte para la construcción y formación de este dispositivo clínico en nuestro país, mostrando a través de las experiencias una visión latinoamericana actual del AT, solo resta decir que ha llegado el momento de potenciar y escribir nuestras propias experiencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aliaga Calderón, C., (2021). "Experiencias de acompañamiento Terapéutico a personas transexuales en sus procesos de transición de identidad de género". Memoria Laboral. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. Recuperado en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25941/ML-1331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Banszcyk, B. (2017). "Representación social del rol del acompañante terapéutico que poseen profesionales de salud mental, que trabajan con acompañantes terapéuticos". Trabajo Final de Graduación. Licenciatura en Psicología. Universidad Empresarial S. 21. Recuperado en: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13768/BANSZCZYK%20BRIAN.pdf?sequence=1>
- Chauí Berlinck, L. (2017). "AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras". En: Acompañamiento Terapéutico: Clínica en las Fronteras. (pp. 13-20) Compiladoras: María Laura Frank, Maricel Costa, Dolores Hernández. Córdoba, (1° Edición ed.). Brujas
- De Oliveira Reis Neto, R., Teixeira Pinto, A., & Azevedo Oliveira, L. (2011). Acompanhamento Terapêutico: História, Clínica e Saber. En: Psicologia: ciência e profissão (pp. 30-39). Recuperado en: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/fV3QxFnS7Pn9BnrcJ997FsQ/?lang=pt&format=pdf>
- Noyo, I. (2020). "¿Dónde está tu auto? Psicoanálisis y Acompañamiento Terapéutico de un niño". En: Cuestiones de Infancia. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes. Vol. 21. Nº2. Recuperado en: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4878/Di-Noyo\\_Donde\\_esta\\_tu\\_auto.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/4878/Di-Noyo_Donde_esta_tu_auto.pdf?sequence=1)

França, D. & Frank, M. L. (2021). "Acompañamiento Terapéutico en Grupo: experiencias argentinas y brasileñas". En: Boletín Académico Paulista Psicología, Vol. 41. Nº100. San Pablo. Recuperado en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2021000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000100003)

Kenney da Cunha Nascimento, A. (2017). "Clínica ambulante: andanças de uma acompanhante terapéutica". En: Discussões sobre a clínica extramuros: quais são os settings possíveis? Resumos e textos completos da II Jornada de Práticas Clínicas em Psicologia. (pp. 14-19). Recuperado en: <http://www.uel.br/clinicapsicologica/pages/arquivos/Anais%20-%20II%20Jornada%20de%20Praticas%20Clinicas%20em%20Psicologia.pdf>

Kuras de Mauer, S. & Resnizky, S. (2012). "Acompañamiento Terapéutico, su valor como dispositivo". En: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico. (pp. 54-63). Autor & Organizaor: Alex Sandro Tavares da Silva, Recuperado en: [E-Book AT 2012: Conexões clínicas no Acompanhamento Terapêutico by Site AT - Issuu](#)

Martínez, M., A. (2017). "Dispositivos Terapéuticos en el campo de la salud mental: el rol del acompañante terapéutico en los tratamientos ambulatorios". Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado en: <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/560/0306-1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

López, R., (2019). "El dispositivo de acompañamiento terapéutico y sus posibles alcances en el contexto del Síndrome de Down". Facultad de Psicología. Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. En: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol.22. Nº 2. México.

Melero, J. (2019). "El arte del Acompañamiento Terapéutica". En: Revista Topia. Recuperado en: <https://www.topia.com.ar/articulos/arte-del-a2companamiento-terapeutico>

Mieres, L. (2021). "Acompañamiento Terapéutico: Consideraciones en torno al rol, funciones y pertinencia al campo de la Psicología". Trabajo Final de Grado. Facultad de Psicología. UdelaR.

Pérez González, C. (2016). "Reflexiones sobre la clínica de acompañamiento terapéutico enÁgora". VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.

Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Recuperado en:  
<https://www.aacademica.org/000-044/209.pdf>

Pulice, G. O. (2011). "La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento" (Cap. 3). En: Fundamentos Clínicos del Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires: Letra Viva.

Resnizky, S. (2017). "Dispositivo de frontera". En: Acompañamiento Terapéutico: Clínica en las Fronteras. (pp. 21-26) Compiladoras: María Laura Frank, Maricel Costa, Dolores Hernández. Córdoba, (1° Edición ed.). Brujas.

Rossi, G. (2007). "Acompañamiento Terapéutico: lo cotidiano, las redes, y sus interlocutores", Buenos Aires, Edit, Polemos. Recuperado en:  
<http://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/Acompa%C3%B1amiento-Terapeu-tico-.pdf>

Rossi, G. (2014). "El AT y su lazo social: interpelaciones a la comunidad, lugares para el malestar singular". Recuperado en: <https://www.actoterapeutico.com.ar/wp-content/uploads/2019/01/2014-ROSSI-G-en-REVISTA-ATRAVESSAR-Presentac-Congreso-AT-DF-MEXICO-Publicado-nro-4-2014.pdf>

Rossi, G. (2017). "Formación y Formalización en el Acompañamiento Terapéutico. Situación en Latinoamérica".

Segui, G. (2013). "Acompañamiento Terapéutico: historia, teoría y clínica. Experiencia en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén". Memoria para optar a la revalidación del título de psicólogo. Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Velzi, A., Tosi, A, Benitez, T., Santanocito, G., Garcete, E., Amado, Y., Antezza, G., Cantero, N. & Córdoba, G. (2018). "Salud Mental en Hospitales Generales de la ciudad de Rosario y del Gran Rosario, Argentina". En: Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. (pp. 255-262). Vol. XXIX. Recuperado en:  
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex142.pdf#page=16>

Villar, E. 2020. "Las figuras de Asistente Personal, Acompañante Terapéutico y Acompañante Pedagógico en el trabajo con niños y niñas con TEA: Análisis de experiencias de experiencias de educación inclusiva a partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud". Trabajo Final de Grado. Facultad de Psicología. UdelaR.