

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
Facultad de Psicología
Carrera de Doctorado en Psicología



*Problemas epistemológicos del Acompañamiento Terapéutico:
aportes desde la otredad.*

Tesis doctoral

Doctoranda: Lic. Daniela Tello
Director: Prof. Dr. Juan de la Cruz Argañaráz

Jurado
Dr. Mauricio Castejón Hermann
Dr. Dante Gabriel Duero
Dr. Germán Casetta

Córdoba, 2022.-



“Nosotros, los que adoptamos como guía lo probable y que no podemos ir más allá de donde aparece lo verosímil, estamos preparados para refutar sin obstinación y para ser refutados sin ira.”

Marco Tulio Cicerón
Disputaciones tusculanas

Agradecimientos

A Santiago Korin y Alicia Donghi por los artículos facilitados.

A Juan Argañaraz.

A la Universidad Pública.

Abreviaturas

AT: acompañamiento terapéutico

AATT: acompañamientos terapéuticos

at: acompañante terapéutico

aatt: acompañantes terapéuticos

P.I.C. Programa de Investigación Científico

P.I.Cl. Programa de Investigación Clínico

M.P.I.C. Metodología de los programas de investigación científico.

Resumen

Esta tesis doctoral sobre Problemas Epistemológicos del Acompañamiento Terapéutico (AT) en Argentina, está orientada a partir del falsacionismo sofisticado propuesto por Imre Lakatos (1989) de modo que, toda la tesis se estructura en torno a problemas antagónicos e hipótesis falsables. Nos hemos propuesto la hipótesis principal en que: la problemática de la otredad es clave para dilucidar esas inconsistencias, bajo el supuesto de que tal problemática divide y opone programas que pugnan en esta área emergente. Así pues, en cada capítulo se establecen hipótesis accesorias que agrupan diferentes planos de problemas.

En el primer capítulo, se expone de forma conjunta dos situaciones que pretendemos presentarlas como problemáticas: el surgimiento de un campo clínico específico y su relación con lo social. En el segundo capítulo, tomando el eje de producción teórica en el campo del AT, dos clínicas en pugna se vislumbran, una de tradición galénica y otra, de expectación hipocrática. En el tercer capítulo, sobre las problemáticas del campo de saber y tomando como eje la producción de contenido teórico técnico en el AT, se evidenciarán los nuevos observables de una clínica instaurada desde lo cotidiano. En el cuarto capítulo, se plantea otra de las hipótesis accesorias que se deduce del cambio de *setting* propio del AT consistente en que ambos programas clínicos representan de modo opuesto el territorio de la práctica, surgiendo así la problemática de lo urbano y lo cotidiano en la clínica. En el capítulo cinco, y en estrecha relación con el anterior, trabajaremos el carácter material de la clínica del AT. En el capítulo seis, proponemos como hipótesis auxiliar, sostener que la clínica psi actual, es efecto del discurso científico-técnico colonizado y por ende hegemónico, y la hendedura por la que podría ser posible revertir este proceso de occidentalización, es recuperar saberes y prácticas locales que se propongan contrahegemónicos, entre estos el AT desde el trabajo de la clínica de lo cotidiano.

En función del estudio de estas problemáticas previas y a partir de la reconstrucción racional del campo emergente del AT, será preciso también, sentar posición respecto a cuál es y cuál podría ser la relación con la Psicología como ciencia y profesión.

Abstrato

Esta tese de doutorado sobre Problemas Epistemológicos de Acompanhamento Terapêutico (AT) na Argentina se baseia no sofisticado falsificação proposto por Imre Lakatos (1989), de modo que toda a tese é estruturada em torno de problemas antagônicos e hipóteses falsificáveis. Propusemos a hipótese principal que: a problemática da alteridade é a chave para elucidar estas inconsistências, sob a suposição de que tal problemática divide e se opõe a programas concorrentes nesta área emergente. Assim, em cada capítulo, são apresentadas hipóteses auxiliares que agrupam diferentes níveis de problemas.

No primeiro capítulo, duas situações que pretendemos apresentar como problemáticas são apresentadas juntas: o surgimento de um campo clínico específico e sua relação com o social. No segundo capítulo, tomando o eixo da produção teórica no campo da AT, duas clínicas concorrentes são vislumbradas, uma com tradição galênica e a outra com expectativa hipocrática. No terceiro capítulo, sobre os problemas do campo do conhecimento e tomando como eixo a produção de conteúdo teórico técnico em AT, os novos observáveis de uma clínica estabelecida a partir do cotidiano se tornarão evidentes. No quarto capítulo, é apresentada outra das hipóteses acessórias deduzidas da mudança do próprio setting do AT, que consiste no fato de que os dois programas clínicos representam o território de prática de formas opostas, dando assim origem ao problema do urbano e do cotidiano da clínica. No capítulo cinco, e em estreita relação com o capítulo anterior, trabalharemos sobre o caráter material da clínica de AT. No capítulo seis, propomos, como hipótese auxiliar, manter que a clínica psi atual é o efeito do discurso científico-técnico colonizado e, portanto, hegemônico, e a fenda através da qual poderia ser possível reverter este processo de ocidentalização é recuperar o conhecimento e as práticas locais que são propostas como contra-hegemônicas, incluindo a AT do trabalho da clínica do cotidiano.

Com base no estudo destas questões anteriores e na reconstrução racional do campo emergente da AT, também será necessário tomar uma posição sobre o que é e o que poderia ser a relação com a psicologia como ciência e profissão.

Summary

This doctoral thesis on Epistemological Problems of Therapeutic Accompaniment (TA) in Argentina is based on the sophisticated falsificationism proposed by Imre Lakatos (1989), so the thesis as a whole is structured around antagonistic problems and falsifiable hypotheses. We propose as the main hypothesis that the problem of otherness is key to elucidating those inconsistencies, under the assumption that the problem divides and opposes competing programmes in this emerging field. Thus, in each chapter, additional hypotheses that bring together different levels of problems are established.

In the first chapter, two situations that we intend to present as problems are introduced together: the emergence of a specific clinical field and its relationship with what is social. In the second chapter, based on taking the theoretical production in the field of TA as an axis, two competing clinical approaches are glimpsed: one with a Galenic tradition, and the other with a Hippocratic expectation. In the third chapter, the new observables of a clinical approach to everyday life will be demonstrated considering the problems of the field of knowledge and taking as the axis the production of technical theoretical content in TA. In the fourth chapter, another additional hypothesis is presented as deduced from the change of setting specific to TA. It suggests that both clinical programmes represent the territory of the practice in opposite ways, thus raising the problem of urban and everyday life in the clinical field. In chapter five, and in close relation to the previous chapter, we will work on the material character of the TA clinical approach. In chapter six, we state as an auxiliary hypothesis that the current mental health clinical field is a result of the colonized, and therefore hegemonic, scientific-technical discourse. We propose that the crevice through which it might be possible to reverse this process of westernisation is to recover local knowledge and practices that propose to be counter-hegemonic. TA and its clinical approach to everyday life are included among them.

Based on the study of these previous problems and the rational reconstruction of the emerging field of TA, it will also be necessary to take a position on what is and what could be the relationship with Psychology as a science and profession.

Índice

<u>Introducción</u>	12
<u>Cap.I Sobre la problemática de la invención de una práctica y su legitimidad social</u>	
25	
Epistemología	28
Temporalidades y saberes	34
Sobre territorialidades	42
Historiografiar el AT	46
El caso de Córdoba	58
Nuevo dato empírico	63
Sobre los capítulos de historia en los libros de AT en Argentina	69
Progresiones y regresiones del campo del AT	74
<u>Cap. II: Problemáticas de la clínica y la otredad</u>	<u>82</u>
Contra la ilusión evolucionista	83
De las clínicas en pugna	86
Otras clínicas	94
El at en tanto otro	106
IV.a) Continuidades en las representaciones del at en tanto otro	112
IV.b) Discontinuidades en las representaciones del at en tanto otro	119
IV.c) Usos inespecíficos de las representaciones del at en tanto otro	123
Breve epitaphium para Ricci	130
Derivas del at en tanto otro para sus clínicas	131
<u>Cap. III Problemáticas del campo de saber</u>	<u>136</u>
Discusiones cristalizadas y falsos debates sobre rol y función	139
Continuidades y discontinuidades teóricas:	146
II.a) Continuidad/discontinuidad en el Modelo Cognitio-conductual	148
II.b) Continuidad/discontinuidad con el Psicoanálisis	149
II.c) Continuidad/discontinuidad con el Psicodrama	157
II.d) Sobre el Placement y la Paradoja	160
Continuidades y discontinuidades en la técnica	164
III.a) Cambio de setting y nuevos observables	169
III.b) El problema de la técnica en las diferentes clínicas	173

III.c) Breve mención sobre AT Espontáneo	181
IV. Para una teoría de la técnica	182
IV.a) Notas sobre el AT grupal	187
V. Para un aparato crítico	189
V.a) Subespecialización neoliberal	190
VI. Sobre cierta especificidad	195
<u>Cap. IV: La problemática de lo urbano, otro espacio tiempo para la clínica</u>	<u>200</u>
Sobre lo urbano y el habitar	203
Derecho a la ciudad	211
Para una clínica urbana	220
Enunciación peatonal, una clínica a pié	229
Volver al Barrio, por una política de la vecindad	233
Premisas consecuentes	236
<u>Cap. V: La problemática de la materialidad de las cosas en la clínica psi</u>	<u>239</u>
Le emergencia de las cosas	240
La materialidad en la puja clínica	247
Elogio del rincón	256
<u>Cap. VI: Nuevas problemáticas para una clínica de retaguardia</u>	<u>259</u>
El AT como proyecto latinoamericano	262
Sobre otra serie de exclusiones	268
Para una clínica de retaguardia	271
<u>Conclusiones</u>	<u>276</u>
<u>Bibliografía y Anexos</u>	<u>284</u>

Introducción

Introducción

Esta tesis doctoral sobre Problemas Epistemológicos del Acompañamiento Terapéutico (AT) en Argentina, está orientada a partir del falsacionismo sofisticado propuesto por Imre Lakatos (1989) de modo que, toda la tesis se estructura en torno a problemas antagónicos e hipótesis falsables. El problema principal que motiva a la misma, versa sobre las inconsistencias teóricas, clínicas y epistemológicas del AT como práctica clínica emergente. A partir de aquí nos hemos propuesto la hipótesis principal que consiste en: “La problemática de la otredad es clave para dilucidar esas inconsistencias”. Bajo el supuesto de que tal problemática divide y opone programas que pugnan en esta área emergente. Así pues, en cada capítulo se establecen hipótesis accesorias que agrupan diferentes planos de problemas. En tal sentido, es que hemos adoptado la organización temática de la tesis a partir de agrupaciones de problemáticas; entendiendo a estas como una serie no del todo determinada ni discreta de problemas. Para nosotros, definir la tesis desde el carácter de problemas en tanto cuestiones discutibles a abordar, responden al espíritu mismo del falsacionismo sofisticado.

Postulamos también que se espera significar esta tesis doctoral en un contexto de sentido de esta época, de esta universidad, de esta ciencia; por lo que consideramos nos encontramos en el deber de traer a discusión autores y temas vigentes en que puedan significarse las particularidades de los problemas por nosotros acotados. Recurrir a discusiones contemporáneas para esta Universidad, más que actuales los autores, aunque algunos de los autores trabajados como Viveiros de Castro, Boaventura De Sousa Santos, Germán Berrios son recientemente doctores honoris causa de la UNC. Sostenemos este imperativo como desafío para que la Universidad, y en especial nuestra disciplina llegue a ser más prospectiva.

En el primer capítulo, se expone de forma conjunta dos situaciones que pretendemos presentarlas como problemáticas: el surgimiento de un campo clínico específico y su relación con lo social. Se desarrolla a partir de la hipótesis principal en que el AT tiene, para nosotros, el carácter de una invención. Se trata de una práctica que emerge a partir de necesidades sociales que exceden el campo específicamente clínico. No responde su razón de ser a un principio evolucionista de la técnica aunque en diferentes textos se pretenda así su surgimiento; tampoco ha evolucionado por progresión teórica, muy por el contrario, se evidenciarán los desarrollos del campo del

AT respondiendo – incluso sin conocimiento de los propios-, a diferentes programas de la clínica simultáneos y en tensión.

Adelantamos que priorizaremos su estudio en función de concebir el AT como un campo, en términos de luchas donde se pugna por definir una verdad sobre un quehacer, y no en tanto análisis de las prácticas autónomas que se puedan ejercer individualmente. Tampoco pretende arrojar definiciones ontológicas a las que pudiese adscribirse un practicante. En este sentido se trata de un estudio que trabaja casi exclusivamente sobre las producciones teóricas, académicas, los documentos y eventos con efectos sobre lo público.

Diremos así, que la invención del campo del AT se conforma a partir de dos operaciones políticas: organizarse para dentro del campo adquiriendo formalidad, y persuadiendo a lo social de contar con un saber específico.

Sin embargo, pronto anticipamos que aquello que circunscribimos como campo del AT no es posible pensarlo desde lo uno. La hipótesis principal que transversaliza a todo el proyecto, consiste en pensar dentro del campo del AT dos programas clínicos en pugna. Sostendremos que podemos encontrar en las condiciones de producción, transmisión, práctica y legitimación del AT, reediciones de lo que entendemos como clínica galénica y clínica hipocrática, o de otro modo una clínica intervencionista y una clínica expectante. A ello se articula el debatir sobre la otredad. Retomar estas nociones nos permitirá evidenciar los programas en pugna que están presentes ya muy prematuramente en este campo para pensar dos clínicas suficientemente demarcadas en el AT, con desarrollos a su vez dispares. Encontraremos por ejemplo en Córdoba, una clínica de AT – diremos ya, galénica-, que pierde hegemonía, aunque no presencia en las prácticas del campo y que alrededor de dos décadas después de su surgimiento, se revitaliza.

Ahora bien, en este eje sobre el surgimiento del AT, contamos con la hipótesis accesoria respecto a que, conforme se ha logrado mayor legitimidad social en el campo, más se ha dispersado en sus prácticas, sus teorías explicativas, sus referencias a otras disciplinas o saberes. Esta línea argumentativa, se continuará desarrollando en capítulos siguientes, advirtiendo de la necesidad de construir un aparato crítico que podría ser a primera instancia limitante, pero a futuro, nos permitiría predecir una mayor progresión del campo disciplinar.

Asimismo, evidenciaremos que se trata de una práctica emergente más allá de las posibles valoraciones cronológicas desde el sentido común - que también disputaremos-, y a partir, precisamente de esas mismas referencias historiográficas tomadas como dato empírico. Consideraremos así, que la temporalidad de la producción de este campo, es aún, intuitiva. Encontramos que repetidamente, la historización del AT presente en las producciones, trata de una historización oficializada, hegemónica, centralista, autorreferencial, discontinuista, causalista, inespecífica y especulativa; que resulta condición para las políticas de persuasión internas al campo, es decir, narrativas con efectos también organizativos.

Valoraremos la invención del AT desde el posicionarse en una historiografía local, aunque no por ello localista, a partir de deconstruir historizaciones poco documentadas, aunque hegemónicas y rescatar experiencias, antecedentes, acontecimientos invisibilizados.

Aunque haya acuerdo respecto a que el AT es un invento argentino, es necesario considerar su invención como campo, obedeciendo a un contexto geográfico más amplio. Al igual que la temporalidad, la territorialidad del campo también requiere un análisis que exceda las formalizaciones políticas de un territorio, tampoco es posible pensarlo desde lo uno, y evidenciaremos su territorialidad como un sustrato complejo de entramados, también en pugna. Las producciones teóricas centradas en grandes ciudades, las vías de recepción desiguales, la transmisión del AT a partir de movimientos migratorios por exilio políticos en la década de 1970/1980, y por motivos económicos en el 2000, las prácticas en ciudades intermedias y pequeñas, el liberalismo profesional, la flexibilización laboral neoliberal, entre otros, disponen una territorialidad actual compleja, internacional, bilingüe y cooperativa. A estos aspectos, se dará continuidad en el último capítulo de la tesis, ya no desde la historiografía y la reconstrucción racional del campo, sino proyectando otra temporalidad a partir del análisis epistemológico de las hegemonías culturales en Nuestra América (Martí, 2005), posicionando al AT como recurso posible para deshegemonizar las clínicas psi, desinstitucionalizar la locura y territorializar el padecimiento.

En relación con la epistemología trabajada en la tesis, el falsacionismo sofisticado, se desarrollarán los programas clínicos identificando las progresiones y regresiones, promoviendo los dilemas en torno al actual proceso de transición de oficio

a profesión. A partir de lo que es dado en llamar inscripción institucional, en especial se trabajará la dispar formalización académica y regulaciones legales para evidenciar el rol estatal como actor fundamental para la legitimación social de la práctica en su proceso persuasivo, es decir como historización; y a partir de los dispositivos universitarios y figuras jurídicas, como definitorio para cierto estatuto disciplinar. En razón de esto, y recapitulando posicionamientos en relación a la verdad, se trabajará sobre la condición de cientificidad a la que pudiera acceder este campo de saber, valorando el carácter de estrato praxiológico de la práctica y el compromiso de la Universidad que le supone.

En el segundo capítulo, tomando el eje de producción teórica en el campo del AT, dos clínicas en pugna se vislumbran, una de tradición galénica y otra, de expectación hipocrática. Proponemos como premisa falsable de inicio que, la práctica del AT se circunscribe dentro del campo de la clínica. La hipótesis principal de la tesis logra aquí pleno desarrollo, puesto que presentaremos los programas en pugna dentro del AT como una reedición de las disputas en la tradición clínica misma.

Contamos así, con un apartado pensado como horizonte de intelección para presentar y valorar la emergencia de lo que entendemos un nuevo programa clínico: la Clínica de lo Cotidiano. Pero, precisamente antes de definir la noción de Clínica de lo Cotidiano, que será trabajada en distintos momentos de la tesis y por diferentes derivas, se expondrán, quizás no exhaustivamente, aquellas definiciones de clínicas que surgen del material bibliográfico, tales como: Clínica ampliada, Clínica Contemporánea, Clínica en movimiento, Clínica Nómada, Fazer Andarilho, Clínica Cartográfica, Clínica del Acontecimiento, Clínica Peripatética. Consideramos importante esta revisión entendiendo que la diversidad de clínicas puede o no responder a un mismo P.I.Cl. El aporte principal será evidenciar continuidades y discontinuidades para con el AT.

Se destacarán ambos programas – Clínica Galénica y Clínica Hipocrática-, sobre el eje principal de otredad, en tanto ambos toman consistencia de los lugares que suponen al clínico en tanto otro. Esto implicará una serie de definiciones en relación a la ética, la política y la técnica que se irán desarrollando en los apartados subsiguientes.

Consideraremos la problemática de la otredad en un plano aún mayor de complejidad, siendo que no se presentan de manera dicotómica, sino mucho más

heterogénea, recuperando las nociones, en muchos de los casos metafóricas, a la consideración que al acompañante terapéutico (at) se le ha dado en tanto otro. Se postulará la significatividad posible de retomar, en correspondencia con la hipótesis principal, desde el uso de la metáfora y la retórica que se encuentra en la bibliografía recabada y disponen discusiones ontológicas para el AT.

Preocupa en este sentido, visiones evolucionistas dentro del campo que, a las inconsistencias epistemológicas, se suma la desvalorización filosófico - política que sostiene cada una de estas clínicas. Respecto a lo referente en la trasmisión de las teorías clínicas en que se exponen las producciones del campo del AT., tal el caso de los programas curriculares oficiales como de los textos bibliográficos; se aprecia un carácter evolucionista de la misma, sin demarcar discontinuidades en sus filiaciones filosóficas, históricas, teóricas. El criterio evolucionista en la trasmisión del campo emergente, no sólo es impertinente, sino que, lo adelantamos, será siempre a favor del poderío. Aquellos que ejercen la clínica sin miras a la historia y la epistemología, centrados sólo en el ejercicio irreflexivo de su práctica, es decir, muchos de los contemporáneos, confundirán entre una clínica homogénea al ni siquiera poder vislumbrar los enfoques, pragmáticos, y otros centrados en la técnica, en un uso utilitarista y desideologizado, verán un sinfín de clínicas sin necesidad de debate y arrojadas a un uso sincrético posmoderno. Cuando la tensión se resuelve desde la cómoda ingenuidad, será siempre a favor del poderío, léase del poder económico, de los laboratorios farmacéuticos, del modelo médico hegemónico, del pedagogismo colonial, de la justicia legalista, en definitiva, del modelo asilar.

En el tercer capítulo, sobre las problemáticas del campo de saber y tomando como eje la producción de contenido teórico técnico en el AT, se evidenciarán modelos explicativos y técnicos muy disímiles, que se visibilizan principalmente en relación a las discontinuidades entre sí. Resultará preciso en este capítulo problematizar respecto a aspectos propios de la clínica del AT. Esto posibilitará otra dimensión de intervenciones, pues al cambiar la clínica de lo cotidiano el *setting* cerrado en que siempre se ha pensado a la clínica, irremediablemente aportará otros observables a la teoría del sujeto, a las teorías psicopatológicas en su dimensión diagnóstica y pronóstica, a la teoría de la técnica.

Se desarrolla entonces, una clínica urbana, en oposición a la práctica clínica tradicional de consultorio, tomando la calle como espacio urbano de excelencia. Los

espacios públicos se convierten en lugares de intimidad y el espacio social se resignifica, pasa a ser el ambiente como *setting*, el paciente no se encuentra sólo hablando sobre sus representaciones de los otros, sus conflictos ocurridos en otro tiempo y espacio; en la clínica de lo cotidiano, los otros están ahí, presentes, actuando “en vivo” en tiempo real y con corporalidad; los otros se presentan a la vez como obstáculo para simbolizar, pero también como oportunidad de hacer algo con ellos.

Proponemos, al menos provisoriamente, al AT en un sentido específico como campo clínico (psico) asistencial montado sobre una serie de escenas (Dozza de Mendonça, 2014) en un cotidiano urbano singular (De Certeau, 2006) con ciertas y necesarias discontinuidades, tiempos y espacios diferidos. Estos tiempos y espacios por fuera de lo cotidiano de los acompañados, son condiciones de posibilidad, que permiten dar/cuestionar sentidos, reflexionar sobre los modos transferenciales puestos en juego en las escenas acompañadas y orientar a su vez a las intervenciones, sean estas espontáneas o calculadas. Se podrá tratar de momentos de formación, supervisión clínica, análisis personal; es decir, un pensar en alteridad como condición necesaria para que la práctica clínica de lo cotidiano supere la pura categoría pragmática del estar ahí.

También en un sentido más amplio, pensar al AT como campo emergente desde la ideología de la salud mental en el cono sur, y en tal sentido como movimiento contrahegemónico, como crítica al aislamiento en tanto doctrina de tratamiento, orientada al lazo social y a producir efectos de ciudadanía, como conjunción de diferentes saberes, como una práctica no normativista sobre la locura, ni sobre los vínculos de a quien/es se acompaña. En definitiva, una clínica respetuosa de los contextos simbólicos y materiales de los acompañados.

Sobre esto último se destaca en el AT que, a diferencia de otras prácticas emergidas del mismo contexto, es una clínica de acto de presencia, de trabajo representacional encarnado, con corporeidad y en muchas más ocasiones de las evidenciadas, de trabajo con objetos presentes en las escenas, en consecuencia, con carácter de materialidad.

Pues, presentado así este campo, ya evidencia que los sujetos de nuestra intervención serán aquellos en que lo cotidiano se presente agobiante, disruptor, invalidante y condense ahí su padecer en demasía. Este, debe ser un criterio

categorico de inclusión del recurso, caso contrario se incurrirá en patologizar la vida cotidiana, así como seriarse en la lógica actual de prestaciones omnipresentes.

En la construcción de un campo de saber cada vez más académico, profesionalizable, tecnicista, se acude a una serie de teorías, incluso de ciertas articulaciones teóricas, articulaciones con sentido efectivo, que vienen a la mano, que otorgan resultados a la clínica, que le son eficaces, comprensibles. Nos preguntaremos sin embargo, si en el afán pragmático en el cual se viene expandiendo la práctica del AT con un velo teórico que da sentido a la práctica, que parece legitimarlo como campo de saber, que da sentido a los sujetos implicados incluso; no se ha renunciado prontamente a la discusión por la verdad.

Si el AT aspira a pasar a ser un campo de saber, deberá interrogarse de sus conocimientos, sus condiciones de producción, de trasmisión, la puja de intereses del mismo campo; deberá dejar de utilizar teorías de modo inductivo, aportando cada vez más datos empíricos a un mismo sentido ya enunciado. Si bien no hay en los campos de saber construcción teórica "pura", sí hay vecindades teóricas. Vecindades que construyen redes de sentido. Hubo primeras generaciones de acompañantes terapéuticos (aatt) que pudieron apuntalar sus prácticas en teorías de otros campos, pero en ninguno de esos textos aparecen como entidades de verdad esos sentidos, sino solo como apuntalamientos. No corrieron la misma suerte las siguientes generaciones de aatt, ya formados con esos sentidos como dados, ya sus prácticas fueron secundarias a sus recepciones teóricas, ya construyeron realidades en una red de sentido que necesitó siempre de forzamientos. Será también necesario avanzar en formular un aparato crítico que aporte un criterio racional falsable.

En el cuarto capítulo, se plantea otra de las hipótesis accesorias que se deduce del cambio de *setting* propio del AT consistente en que ambos programas clínicos representan de modo opuesto el territorio de la práctica. Trabajar la noción de ciudad, calle, espacio público u otras referencias sobre el territorio como fundamento de la práctica – hipocrática- se opone al otro programa clínico – galénico -, donde la materialidad del contexto o está silenciada, o es tomada como escenografía, o en un tercer caso, es vista como entidad dada. Estas últimas tres concepciones situacionales del trabajo del at se amalgaman con concepciones clínicas adaptacionistas, reeducadoras, rehabilitadoras para sujetos donde su padecer no guarda relación con las circunstancias de lo social. Por otro lado, suponemos en

disputa un programa para una clínica que piensa lo urbano como sustantivo en el enloquecer y en la producción de ciudadanía. El programa galénico, da la realidad por sentada y en relación a lo urbano se amalgama con el urbanismo pensado desde arriba, como espacios públicos administrados.

Así las cosas, postulamos que siendo que más de la mitad de la población mundial es urbana, el derecho a la ciudad podría considerarse uno de los derechos fundamentales de nuestro tiempo. Las hegemonías culturales propias de nuestro tiempo y Nuestra América (Martí, 2005), como son el colonialismo, el capitalismo, el androcentrismo, el patriarcado, se materializan en segregaciones urbanas específicas. Nos preguntamos entonces, ¿Cuál es la ciudad que habitan los locos? La desigualdad en la apropiación y circulación de los usuarios de salud mental respecto a las ciudades, argumentos en relación a las urbanizaciones como procesos de producción de malestar subjetivo en razón de desigualdades, y los sesgos capitalistas y colonialistas insertos en las prácticas de salud mental respecto a la supuesta inclusión de usuarios en la vida urbana.

Al respecto, se ejemplifica que la mayoría de las intervenciones en las prácticas de AT sobre la inclusión de los usuarios a retomar o iniciar un proceso de apropiación de la ciudad y sus recursos, suele centrarse en “paseos” al “centro”, “shoppings”, “plazas”. Todas estas categorías serán analizadas desde los estudios urbanos en relación a las ciudades occidentales, latinoamericanas e intermedias.

Los estudios sobre la diferenciación socio-espacial y sobre segregación en la Argentina permitieron tomar categorías de análisis territoriales y políticos para evidenciar la diferenciación, desigual, del uso de la ciudad androcéntrica, patriarcal, capitalista, clasista y colonial, por parte de los usuarios de salud mental; dentro de otras referencias de desigualdad como puede ser la pobreza, la estigmatización cultural, la exclusión laboral, la deserción educativa, la medicalización vitalicia, la patologización de la infancia, el capacitismo, todas ellas producto de los mismos modelos societarios.

Problematizar los espacios públicos - o semi públicos, visibilizados como públicos solo por los incluidos en él- se hace preciso, en tanto que, en una sociedad basada en el capital, la propiedad privada es la principal grieta por la cual se definen las adaptaciones o alienaciones de los sujetos. Aquellos que se adaptan, invisibilizan las luchas internas y segregan lo ajeno, aquellos que encarnan lo ajeno, no serán solo

desde la visión de los adaptados, sino que sobrellevan en el cuerpo, en los modos de habitar el territorio la propia lucha. Cuando las segregaciones están desposeídas de sentido, se perpetúan en silencio, como malestares de ausencia. En los sujetos de nuestras prácticas, son contadas las veces en que los usuarios pueden decir sobre su segregación territorial, la mayor parte de las ocasiones somos testigos, damos testimonio de ese malestar como otros, soportamos la carga de la mirada social normalizadora, cuando no caemos aliadamente en ella. Se hegemonizan formas diferenciales de apropiación de la ciudad, nos preguntaremos cuál sería, por ejemplo, el lazo social ofrecido en una salida al shopping. Proponemos en tal caso otras escalas de territorio como puede ser el barrio "... un espacio privado particularizado debido al uso práctico cotidiano de ese espacio." (De Certeau, 2005: 8), descentrado del consumo, periférico del «centro colonial» pero a la vez más factible de trabajo con la cercanía (Heidegger, 1994a) y situado en el contexto comunitario propio. Se problematizará respecto al impacto de las políticas urbanas – administración de espacios semi públicos, flujos de circulación, espacios públicos, distribución y jerarquización de propiedad privada- en la subjetividad, en los modos de habitar la ciudad, en definitiva, en la producción de ciudadanía.

De este modo, proponemos comenzar a definir una clínica urbana en tanto proyecto a devenir. Para revisar la clínica, una clínica en el territorio de lo urbano, será preciso deconstruir dogmas que se han ido dando en las transmisiones de la clínica psi. La ciudad a la que nos referimos, no es aquí un ente dado ni un lugar de inclusión, sino un territorio de apropiación en el acto de habitar por parte del at y cada acompañado. Que el AT pueda ser una operación de disputa sobre la ciudad, un gesto de demarcación sobre la sociedad administrada, una posibilidad de alojar un devenir subjetivo, es opuesto a pensar al at como paseador de pacientes, como entrenador de recorridos de colectivos, como guía turístico de una ciudad ajena, como compañía mejor habilitada al acceso de ciertos lugares. No confundimos en este sentido que algunos de estos modos puedan entrar en el juego transferencial como semblantes, pero será muy diferente a que sean direcciones de una cura.

Requiere entonces hacer consistir, no sin conflicto, cierta articulación entre la esfera de lo público y lo privado en la emergencia subjetiva y en los particulares modos de enloquecer y padecer en las ciudades, con una clínica montada sobre el trabajo del habitar. Se irá evidenciando que, estar en lo cotidiano no debiese limitarse a una

pragmática del estar ahí, sino que requiere la posibilidad de un plus de sentido para que ese acto, ese “pasear” por la ciudad sea clínico. Proponemos entonces una clínica que trabaje desde las escenas urbanas de lo cotidiano, a partir de las operaciones de destotalización de la ciudad en el habitar con efecto de metáforas, de plus de sentido.

Habrá acuerdo en sostener que gran parte de la clínica del AT, cualquiera de ellas, se realiza en movimiento, sea dentro de espacios más o menos públicos, más o menos privados. Sea circulando, deambulando con el fin de habitar, de espacializar lugares de resistencia, o con los fines de incluir y ajustar un padeciente a su contexto dado; en ambas clínicas el caminar, incluso tal vez más que el hablar, sea el modo principal en que transcurre la clínica. Pero ese transhumar ha estado poco reflexionado.

Definir el andar peatonal, nuestro caminar diario, como espacio de enunciación, acerca y despabila a las prácticas de la clínica psi obstinadas en el trabajo representacional desencarnado, a poder operar con nuevos observables sobre el sujeto. Apostar a la enunciación peatonal como acto clínico supondrá un profundo trabajo que exceda el paralelismo con la enunciación lingüística. Y parte de este mirar atento a la enunciación peatonal tendrá que ver con ir desagregando modos clínicos de enunciarse en el espacio urbano.

En el capítulo cinco, y en estrecha relación con el anterior, trabajaremos el carácter material de la clínica del AT. Un aspecto completamente descuidado por las producciones teóricas hasta el momento, aunque siempre presente en el ámbito de las prácticas. Será necesario para esto, disminuir las escalas de trabajo espacial y recuperar sentidos que posibiliten pensar el pasaje de la clínica verbal de representaciones objetales -propios de la clínica tradicional-, a una clínica de trabajo con objetos, en lo concreto del habitar de los pacientes con sus aatt.

Plantearemos así, lo que entendemos pudiese ser una serie muy incipiente de problemáticas válidas para abrir a pensar la clínica desde una perspectiva material de trabajo con los objetos. Se introducirá el tema haciendo énfasis en posibles derivas para cada una de las clínicas en pugna. Se propondrán tres problemáticas principales: la primera sobre el carácter ontológico de lo material en las clínicas en pugna; la segunda, disputas respecto a los criterios de demarcación entre sujetos y objetos para cada uno; y tercero, respecto a las tensiones entre el trabajo en lo público y lo privado.

Es evidente para nosotros que la espacialidad como la materialidad implicada en la clínica, no podría reducirse desde la mera noción de encuadre, como regulación de un espacio físico o como ajuste de una técnica previa. Así como tampoco el trabajo con las cosas pueden ser pensadas como actividades excusas para un supuesto otro trabajo representacional del discurso, aunque legítimo, pero desencarnado del setting urbano y ambulante, sino que tratan de los fundamentos, del sustrato material para una ética del habitar y una poética del espacio.

En el capítulo seis, proponemos como hipótesis auxiliar, sostener que la clínica psi actual, es efecto del discurso científico-técnico colonizado y por ende hegemónico, y la hendedura por la que podría ser posible revertir este proceso de occidentalización, es recuperar saberes y prácticas locales que se propongan contrahegemónicos. Para ampliar la progresividad de las hipótesis auxiliares aquí planteadas, acudimos a las formulaciones de las Epistemologías del Sur siguiendo a Boaventura De Sousa Santos (1995, 1998, 2000, 2002, 2009, 2010, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021) reconociendo desde ya que se trata de un giro no previsto en el proyecto inicial pero que sostenemos como una derivación justa.

Los sujetos de nuestras prácticas, el loco, el discapacitado mental, el niño hiperactivo, el adicto, son el ícono que corrobora el triunfo colonialista e imperialista en la racionalidad hegemónica psi de las subjetividades, desechando conocimientos del orden de lo cotidiano y del sentido común en lo local del territorio. En su aparente paradoja de sujetos irracionales e improductivos, consolidan el carácter hegemónico occidental y la finalidad capitalista esencial, puesto que, si no producen, deben consumir prestaciones profesionales.

Volvemos a ampliar así la escala de trabajo, entendiendo al loco en contexto geopolítico, producido desposeído, similar a como plantea Viveiros de Castro (2017) ocurre con el indígena. Primero se transformó su vivenciar en anormalidad, después en enfermo, así pues, en enfermo administrado, entonces debió ser discapacitado, el discapacitado asistido, el asistido como improductivo, señalado ya como gasto público, entonces, propio del cinismo de nuestro tiempo, se lo transforma como consumidor de prestaciones de salud, para acercarse así a ser un buen ciudadano.

En Nuestra América, existen ya saberes y experiencias en salud mental desde hace décadas, como el AT y aquello que podemos denominar como clínica urbana y de retaguardia. Pueden ser necesario recuperar estas prácticas para pensar el resto

de la clínica y a su vez, dar solidez a las mismas a los fines de empoderarse y no ser cooptadas dentro de la clínica hegemónica de hoy; es decir, tecnificadas y capitalizadas como un recurso más dentro de la supuesta pluralidad clínica y prestacional actual.

Por último, algo no previsto en el proyecto - pero que a la luz del contexto institucional en que se enmarca esta investigación creemos es de suma importancia-, consiste en que, en la reconstrucción racional del campo emergente del AT, será preciso sentar posición respecto a cuál es y cuál podría ser la relación con la Psicología como ciencia y profesión.

Capítulo I

Sobre la problemática de la invención de una práctica y su legitimidad social

Este capítulo expone de forma conjunta dos situaciones que pretendemos presentarlas como problemáticas: el surgimiento de un campo clínico específico y su relación con lo social.

Se desarrolla a partir de la hipótesis principal en que el AT tiene, para nosotros, el carácter de una invención. Se trata de una práctica que emerge a partir de necesidades sociales que exceden el campo específicamente clínico. No responde su razón de ser a un principio continuista de la técnica aunque en diferentes textos se pretenda así su surgimiento; tampoco ha evolucionado por progresión teórica, muy por el contrario, se evidenciarán los desarrollos del campo del AT respondiendo – incluso sin conocimiento de los propios- a diferentes programas de la clínica simultáneos y en tensión.

Adelantamos que priorizaremos su estudio en función de concebir al AT como un campo, en términos de luchas donde se pugna por definir una verdad sobre un quehacer, y no en tanto análisis de las prácticas autónomas que se puedan ejercer individualmente. Tampoco pretende arrojar definiciones ontológicas a las que pudiese adscribirse un practicante. En este sentido se trata de un estudio que trabaja casi exclusivamente sobre las producciones teóricas, académicas, los documentos y eventos con efectos sobre lo público.

Diremos así, que la invención del campo del AT se conforma a partir de dos operaciones políticas: organizarse para dentro del campo adquiriendo formalidad, y persuadiendo a lo social de contar con un saber específico.

Sin embargo, pronto anticipamos que aquello que circunscribimos como campo del AT no es posible pensarlo desde lo uno. La hipótesis principal que transversaliza a todo el proyecto, consiste en pensar dentro del campo del AT dos programas clínicos en pugna. Hemos de encontrar en las condiciones de producción, transmisión, práctica y legitimación del AT, reediciones de lo que entendemos como clínica galénica y clínica hipocrática. Retomar estas nociones nos permitirá evidenciar los programas en pugna que están presentes ya muy prematuramente en este campo para pensar dos clínicas suficientemente demarcadas en el AT, con desarrollos a su vez dispares. Encontraremos por ejemplo en Córdoba, una clínica de AT – diremos ya, galénica-,

que pierde hegemonía, aunque no presencia en las prácticas del campo y que alrededor de dos décadas después de su surgimiento, se revitaliza.

Ahora bien, en este eje sobre el surgimiento del AT, contamos con la hipótesis accesoria respecto a que, conforme se ha logrado mayor legitimidad social en el campo, más se ha dispersado en sus prácticas, sus teorías explicativas, sus referencias a otras disciplinas o saberes. Esta línea argumentativa, se continuará desarrollando en capítulos siguientes, advirtiendo de la necesidad de construir un aparato crítico que podría ser a primera instancia limitante, pero a futuro, nos permitiría predecir una mayor progresión del campo disciplinar.

Así mismo, evidenciaremos que se trata de una práctica emergente más allá de las posibles valoraciones cronológicas desde el sentido común - que también disputaremos-, y a partir, precisamente de esas mismas referencias historiográficas tomadas como dato empírico. Consideraremos así, que la temporalidad de la producción de este campo, es aún, intuitiva. Intuitiva en sentido de una periodicidad en el campo de conformación de las ciencias, con predominio de los saberes empíricos e incipientes compromisos de presupuestos metafísicos previos a la elaboración teórica. Encontramos también que, repetidamente, la historización del AT presente en las producciones, trata de una historización oficializada, hegemónica, centralista, autorreferencial, discontinuista, causalista, inespecífica y especulativa; que resulta condición para las políticas de persuasión internas al campo, es decir, narrativas con efectos también organizativos.

Valoraremos la invención del AT desde el posicionarse en una historiografía local, aunque no por ello localista, a partir de deconstruir historizaciones poco documentadas, aunque hegemónicas y rescatar experiencias, antecedentes, acontecimientos invisibilizados.

Aunque haya acuerdo respecto a que el AT es un invento argentino, es necesario considerar su invención como campo, obedeciendo a un contexto geográfico más amplio. Al igual que la temporalidad, la territorialidad del campo también requiere un análisis que exceda las formalizaciones políticas de un territorio, tampoco es posible pensarlo desde lo uno, y evidenciaremos su territorialidad como un sustrato complejo de entramados, también en pugna. Las producciones teóricas centradas en grandes ciudades, las vías de recepción desiguales, la transmisión del AT a partir de movimientos migratorios por exilios políticos en la década de 1970/1980,

y por motivos económicos en el 2000, las prácticas en ciudades intermedias y pequeñas, el liberalismo profesional, la flexibilización laboral neoliberal, entre otros, disponen una territorialidad actual compleja, internacional, bilingüe y cooperativa. A estos aspectos, se dará continuidad en el último capítulo de la tesis, ya no desde la historiografía y la reconstrucción racional del campo, sino proyectando otra temporalidad a partir del análisis epistemológico de las hegemonías culturales en Nuestra América (Martí, 2005), posicionando al AT como recurso posible para deshegemonizar las clínicas psi, desinstitucionalizar la locura y territorializar el padecimiento.

En relación a la epistemología trabajada en la tesis, el falsacionismo sofisticado, se desarrollarán los programas clínicos identificando las progresiones y regresiones, promoviendo los dilemas en torno al actual proceso de transición de oficio a profesión. A partir de lo que es dado en llamar inscripción institucional, en especial se trabajará la dispar formalización académica y regulaciones legales para evidenciar el rol estatal como actor fundamental para la legitimación social de la práctica en su proceso persuasivo, es decir como historización; y a partir de los dispositivos universitarios y figuras jurídicas, como definatorio para cierto estatuto disciplinar. En razón de esto, y recapitulando posicionamientos en relación a la verdad, se trabajará sobre la condición de cientificidad a la que pudiera acceder este campo de saber, valorando el carácter de estrato praxiológico de la práctica y el compromiso de la Universidad que le supone.

Epistemología

Partimos de una epistemología pos-popperiana, es decir a partir de criterios de demarcación de la ciencia falsacionistas, oponiéndose a los postulados del empirismo lógico del Círculo de Viena apegados a los hechos como elemento probatorio y el método -en singular, preferentemente - como a priori y garante de cientificidad, de carácter inductivista. Los referentes a recurrir, propios del Siglo XX y de la filosofía de la ciencia occidental en esta perspectiva, son contemporáneos entre sí: Popper, Kuhn, Feyerabend, Lakatos.

Popper (2008) evidencia la importancia de la falsación a partir de su concepto de base empírica, que consiste en esos primeros postulados, los enunciados básicos, la carga teórica de los datos en un área investigada, y que constan de acuerdos entre los miembros de una determinada comunidad científica. Estos enunciados básicos de la base empírica perdurarán y se consolidarán en la medida que puedan superar las pruebas observacionales; en caso contrario se falsarán. De aquí se deduce la importancia que otorga al estudio de la historia de la ciencia con el fin de orientar al científico en sus producciones. Popper tiene así una idea progresiva de la ciencia que va acercándose a una verdad, aunque por principio metafísico inalcanzable, pero metodológicamente irrenunciable.

Por otro lado, con Kuhn (2013) la idea de progreso se establece de forma discontinua, aunque sucesivamente a través de períodos de pre-ciencia, ciencia normal, crisis, revoluciones científicas y nueva ciencia normal. La verdad toma el carácter de lo disponible históricamente en cada período de ciencia normal. El cambio de paradigma, o de matriz disciplinar, se produce por conversión de la comunidad científica a partir de motivaciones extrarracionales, de índole sociológico.

“Para Popper, el cambio científico es racional o al menos reconstruible racionalmente y pertenece al dominio de la lógica de la investigación. Para Kuhn, el cambio científico de un paradigma a otro es una conversión mística.” (Lakatos, 1989: 19)

Lakatos critica el falsacionismo popperiano, aunque dentro de una posición racionalista y objetivista, a diferencia de Feyerabend quien postula un anarquismo metodológico, la verdad como metafísica y el criterio de demarcación como una construcción innecesaria que reprime el progreso de la ciencia. Entiende Feyerabend que en los cambios científicos de un P.I.C. (Lakatos, 1989) o un paradigma o matriz disciplinar (Kuhn, 2013), la elección a favor de alguno, se hace en primera instancia por comparación lógica, constatación de progresión, pero luego y determinantemente por juicios estéticos, de valor, metafísicos, anhelos religiosos, deseos subjetivos. Estos caracteres irracionales en la elección de un programa ante una rivalidad, representan para él, el ejercicio de libertad del científico.

En Lakatos, toda su obra está escrita en diálogo con sus contemporáneos, evidenciando claramente las tensiones entre sí, recurrente en sus desarrollos, que somete a sus propios postulados de la ciencia. En este sentido, Lakatos parte también de una crítica al justificacionismo, como aquella ciencia al servicio de la identificación del conocimiento con el conocimiento probado, y postula trabajar en principio, al igual

que Feyerabend – aunque con distintos valores-, en un nuevo criterio de demarcación para la ciencia, de modo que arroje nuevos datos empíricos. Al respecto, señala:

“Se requería un nuevo criterio de demarcación y Popper propuso uno magnífico. Una teoría puede ser científica incluso si no cuenta ni con la sombra de una evidencia favorable, y puede ser pseudocientífica aunque toda la evidencia disponible le sea favorable. Esto es, el carácter científico o no científico de una teoría puede ser determinado con independencia de los hechos. Una teoría es «científica» si podemos especificar por adelantado un experimento crucial (o una observación) que pueda falsarla, y es pseudocientífica si nos negamos a especificar tal «falsador potencial»” Lakatos (1989: 12)

Los reajustes a la teoría de Popper (2008) que postula Lakatos comienzan con el criterio de demarcación, en tanto establece una subversión del pensamiento, en relación a sus contemporáneos, proponiendo una metodología centrada no en la constatación sino en la falsación de teorías y en la cooperación del progreso de la ciencia a partir de la rivalidad de programas. De tal modo que, propone anticipar al rival el dato empírico que debe buscar para lograr falsarla; de aquí también se desprende, el lugar central que otorga a la heurística negativa, como veremos más adelante.

Atendiendo lo postulado por Kuhn, en relación al mismo criterio de demarcación, refiere:

“¿Qué es entonces lo que distingue a la ciencia? ¿Tenemos que capitular y convenir que una revolución científica sólo es un cambio irracional de convicciones, una conversión religiosa? Thomas Kuhn, un prestigioso filósofo de la ciencia americano, llegó a esta conclusión tras descubrir la ingenuidad del falsacionismo de Popper.” Lakatos (1989: 13).

Propone así denominar la perspectiva popperiana como falsacionismo metodológico ingenuo, resultando la suya, un falsacionismo, sofisticado.

“En este artículo mostraré, en primer término, que en la lógica de la investigación científica de Popper confluyen dos puntos de vista distintos. Kuhn sólo percibe uno de ellos, el «falsacionismo ingenuo» (prefiero el término «falsacionismo metodológico ingenuo»); entiendo que su crítica del mismo es correcta y yo la reforzaré incluso. Pero Kuhn no comprende una posición más sofisticada cuya racionalidad no se fundamenta en el falsacionismo «ingenuo». Trataré de exponer y de fortalecer este enfoque popperiano, más sólido que el anterior y que, según pienso, puede ser inmune a las críticas de Kuhn y presentar las revoluciones científicas como casos de progreso racional y no de conversiones religiosas.” Lakatos (1989: 19).

Toda la actividad científica se enmarca para Lakatos, en P.I.C., si bien el surgimiento del término no es propio de él: *“Hay acuerdo en que la noción de*

«programas de investigación» proviene de Karl Popper, quien usaba frecuentemente la expresión «programas de investigación metafísica» (Popper, K. 1977:231) en los seminarios a los que había asistido Lakatos.” Argañaraz (2014:36), es razonable considerar que surge como concepto teórico nuevo a partir de sus desarrollos y para evidenciar las diferentes teorías explicativas sobre la historia de la ciencia con Kuhn y su, hoy hegemónica, teoría de los paradigmas y su sucesiva matriz disciplinar. Señalamos: “El hecho de que para Lakatos **el científico puede trabajar simultáneamente en dos P.I.C. rivales**, muestra claramente la distancia entre un paradigma o ‘matriz disciplinar’ y un P.I.C..” Argañaraz (2014:44). Por lo tanto, existe para Lakatos dos dimensiones a trabajar, por un lado, la discontinuidad - a diferencia de Kuhn -, en programas de investigación rivales y contemporáneos; y por otro, la discontinuidad que se aprecia en el estudio de la historia de la ciencia.

“Uno de los aspectos cruciales del falsacionismo sofisticado es que sustituye el concepto de teoría, como concepto básico de la lógica de la investigación, por el concepto de serie de teorías. Lo que ha de ser evaluado como científico o pseudocientífico es una sucesión de teorías y no una teoría dada. Pero los miembros de tales series de teorías normalmente están relacionados por una notable continuidad que las agrupa en programas de investigación.” Lakatos (1989: 65).

Sin embargo, aquí se aprecia, al igual que Kuhn (2013), que Lakatos considera a la ciencia conformada por estructuras de teorías complejas. No concibe la metodología de la investigación científica siendo posible a partir del estudio de una teoría por sí misma, de forma aislada, sino en su estructura de teorías, a esto denomina P.I.C.

En sus postulados considera que cada P.I.C. está conformado por un núcleo firme, cordones auxiliares y heurísticas negativas y positivas. Al núcleo firme lo forman un cuerpo de hipótesis de carácter teórico generales que no son falsables debido a cierto acuerdo de la comunidad científica, pudiendo incluso estar conformado por hipótesis metafísicas.

“Según mi posición, es probable que todos los centros firmes de los programas científicos sean falsos y, en consecuencia, solo sirven en cuanto ideaciones fuertemente imaginativas para incrementar nuestro conocimiento del universo.” Lakatos (1989: 146).

A estos enunciados nucleares los protegen de las embestidas de la falsación, cordones de teorías auxiliares cuyas hipótesis sí son falsables, incluso pudiendo por cierto tiempo, ser contradictorias entre sí y seguir trabajando para el mismo núcleo

firme. Constan de supuestos interpretativos y predictivos para la obtención de observables nuevos.

“Ciertamente si esta «base empírica» entra en conflicto con una teoría, puede decirse que la teoría está «falsada», pero no en el sentido de haberse probado su falsedad. La «falsación» metodológica es muy diferente de la falsación dogmática.” Lakatos (1989:37).

Las teorías del cinturón protector complementan al núcleo firme pero no le pertenecen, pudiendo ser abandonadas en cualquier momento sin requerir cambiar de programas, en este sentido soportan mejor lo que Kuhn (2013) llamó anomalías en sus paradigmas. A diferencia de este autor, Lakatos considera que la ciencia progresa a partir de programas rivales y no sucesivos, en todo caso la discontinuidad aquí se da también, aunque contemporáneamente.

“...todos los programas crecen en un océano permanente de anomalías. Lo que realmente importa son las predicciones dramáticas, inesperadas, grandiosas; unas pocas de éstas, son suficientes para decidir el desenlace; si la teoría se retrasa con relación a los hechos, ello significa que estamos en presencia de programas de investigación pobres, regresivos.” Lakatos (1989: 15).

En este sentido Lakatos piensa a la heurística positiva como una maquinaria generadora de nuevos problemas y posibles soluciones, que va acordonando el núcleo firme del programa y le otorga progresión y estabilidad. Argañaraz (2014) resalta una frecuente errónea interpretación del núcleo firme al considerarlo en ocasiones como su *quintaesencia*, en un sentido esencialista o justificacionista, opuestos ontológicos al falsacionismo precisamente. El núcleo firme, como ya se dijo, está conformado por proposiciones metodológicamente acordadas como infalsables, aunque estas sean ideas metafísicas, religiosas, intuiciones, o proposiciones observacionales.

Así como la heurística positiva desarrolla una agenda de problemáticas y teorías que apuntalan el núcleo firme, la heurística negativa adelanta que otra agenda de problemáticas serán estériles, no conducirán al descubrimiento de “hechos nuevos”. Está orientada entonces a defender una futura falsación, o por el contrario a defenderse hasta tanto no aparezca esa «prueba»; y puesto que el espíritu metodológico es el de la falsación, se puede identificar a la heurística negativa misma como el núcleo firme del programa. Por otro lado:

“...la heurística negativa, generalmente poco expuesta por los autores, no solo prohíbe dirigir la falsación al núcleo firme, sino que también indica los problemas y modos, que no hay que indagar porque conducen a problemáticas estancadas o falsos

problemas. De tal manera, expone los elementos que los P.I.C. rivales no podrán resolver si mi heurística positiva es correcta, destaca sus anomalías y problemáticas degenerativas y en tal sentido, es solidaria de la heurística positiva.” Argañaraz (2014:43).

El cambio de un programa de investigación por otro se da por decisiones de la comunidad científica basadas, a diferencia de Kuhn (2013), racionalmente a partir de identificar que un programa se ha evidenciado degenerativo. Esto sólo ocurre ante la identificación de un programa rival que ha demostrado mayor progresión. Sin embargo, como ya mencionamos, la progresión de un programa científico no está determinado por un criterio de verdad correspondentista, sino más bien por la posibilidad de arrojar más observables, predecir nuevos eventos y – no menos importante - poder responder a las anomalías del P.I.C. rival. Al respecto Lakatos (1989), menciona que: “... según el falsacionismo sofisticado, no se deben adoptar tales decisiones [abandonar una teoría] antes de que el supuesto «caso refutador» no se haya convertido en el ejemplo confirmador de otra teoría mejor.” (1989: 53). Es decir, la progresión de un P.I.C. dependerá, lo diremos nuevamente, de poder incluir las anomalías del rival. Los falsacionistas metodológicos ingenuos valoran los hechos corroboradores de las teorías, los sofisticados, por el contrario, buscan hechos nuevos y especialmente aquellos que refutarían su propia teoría.

De esta forma, la progresión de un P.I.C. está determinada por la heurística positiva, con su desarrollo de teorías auxiliares con hipótesis provisoriamente exitosas. El límite de los cordones auxiliares son las teorías e hipótesis ad hoc, tanto para Popper (2008) como para Lakatos (1989). Sin embargo, este último a diferencia del primero, promueve la proliferación de premisas, sin considerar los supuestos metafísicos. Las alternativas teóricas, incluso contradictorias, son partes necesarias del proceso falsador, pero deben cumplir con el criterio de generar nuevos datos empíricos, si la teoría va por detrás de los datos, como explicaciones a posteriori, generará un programa degenerativo.

“Según Popper el salvar a una teoría con ayuda de hipótesis auxiliares que satisfacen ciertas condiciones bien definidas, representa un progreso científico; pero el salvar a una teoría con ayuda de hipótesis auxiliares que no las satisfacen, representa una degeneración. Popper denomina a tales hipótesis auxiliares, inadmisibles «hipótesis ad hoc».” Lakatos (1989: 48).

La problemática de los desarrollos ad hoc de los P.I.C. debe poder estar controlada, aunque no se supone del todo ausente, más aún en un P.I.C. en desarrollo.

Temporalidades y saberes

Se deducirá hasta aquí la importancia que otorgará Lakatos (1989) a la historia de la ciencia. Sin embargo, vale decir que, para la epistemología desde Popper en adelante y muy especialmente con Kuhn, la relación entre la evolución de la ciencia, las teorías sobre la racionalidad y la verdad, con los saberes específicos de cada disciplina, se han considerado imprescindibles para cualquier metodología de investigación.

Ahora bien, para Lakatos la ciencia avanza ante el desarrollo de programas rivales, por momentos un programa puede lograr hegemonía en cierta comunidad científica en desmedro de otra, pero dentro del racionalismo es preciso que las decisiones sobre seguir trabajando en un programa u otro estén determinados desde la lógica de la heurística positiva, aunque se comprende que mientras se está trabajando en un programa sea difícil predecir la posible degeneración del mismo; por lo que es preciso su estudio en retrospectiva. De aquí la importancia que otorga Lakatos al estudio de la historia en la filosofía de la ciencia, en tanto que no consistirá en contextualizar un descubrimiento o recabar datos empíricos para una historiografía, sino que son parte esencial del núcleo firme en tanto y en cuanto otorgue progresividad a la problemática y vaya asimilando anomalías de sus predecesores. Correspondería estar atentos en incurrir en lo que entendemos, sería una visión continuista lineal y positiva de la ciencia. La temporalidad en Lakatos aparece como elementos sincrónicos – programas rivales contemporáneos- y diacrónicos - progresiones o degeneraciones de los P.I.C.-, de modo que una “evolución” de la ciencia para el falsacionismo sofisticado, podría ser justamente falsar un P.I.C. completo o algunas de sus partes. Tal como él refiere: *“No hay falsación sin la emergencia de una teoría mejor... Puede decirse, por lo tanto, que la falsación tiene un «carácter histórico»”* Lakatos (1989: 50, 51). Así las cosas, consideramos que la historia de la ciencia en Lakatos, es parte indispensable de su M.P.I.C.

“Como cualquier otra metodología, la metodología de los programas de investigación constituye un programa de investigación historiográfico. El historiador que acepte esta

metodología como guía buscará en la historia programas de investigación rivales y desplazamientos progresivos o regresivos de problemáticas.” Lakatos (1989: 148).

El falsacionismo sofisticado modifica los criterios de demarcación, no solo entre ciencia y pseudociencia, como vimos más arriba, sino también entre lo que se considera en los estudios historiográficos de la ciencia, historia interna e historia externa. Puesto que la reconstrucción racional de la ciencia es parte del núcleo firme y del trabajo con sus problemáticas, podemos considerar que corre el criterio de demarcación hacia dentro del programa de investigación, incluyendo acontecimientos considerados externos, diríamos sociológicos, psicológicos, políticos, como parte de la racionalidad de los programas y por ende, destinado a producir progresividad. Y a su vez, las lógicas de investigación son parte del núcleo firme de las propuestas historiográficas.

“Allí donde Kuhn y Feyerabend ven cambios irracionales, yo predigo que el historiador descubrirá que ha existido un cambio racional. De este modo la metodología de los programas de investigación predice (o, si se quiere, «postdice») nuevos hechos históricos, inesperados a la luz de las historiografías (internas y externas) existentes, y confío en que tales predicciones sean corroboradas por la investigación histórica. Si así sucede, la metodología de los programas de investigación científica constituirá un cambio progresivo de problemática.” Lakatos (1989: 173).

Queda claro para el falsacionismo sofisticado que el criterio de demarcación a utilizar será siempre de carácter nominalista o normativo, a su modo de decir: *“La historia de la ciencia es una historia de acontecimientos seleccionados e interpretados normativamente.”* Lakatos (1989:157). Cada acontecimiento será valorado a la luz de su capacidad para poder predecir, explicaciones racionales, históricas; y aquí nuevamente se aprecia la discontinuidad y no linealidad en la temporalidad de Lakatos.

Respecto a la historia interna, queremos destacar que la reconstrucción racional de la ciencia en clave de historiografía interna resultará un programa epistemológico en sí mismo. Lakatos considera a la historia interna la de mayor relevancia y la expande con su propuesta metodológica, consistirá así, en seleccionar hechos para resaltar la rivalidad de programas, arrojar explicaciones racionales a ciertas anomalías, evidenciar progresiones y regresiones de los programas. Refiere: *“La historia interna no es solamente una selección de hechos interpretados metodológicamente; en ocasiones puede ser una versión de ellos radicalmente mejorada.”* Lakatos (1989:156). La forma en que la M.P.I.C. convierte en internos a

muchos problemas que habían sido externos para otras historiografías, en nuestro caso quedará expuesto a partir de expandir las disputas de las clínicas del AT como reediciones de las clínicas galénicas e hipocráticas. Esta decisión, genera progresión y asimila anomalías de la historia externa tal como veremos más adelante en relación al supuesto primer texto de AT.

Sin embargo, podría ocurrir también que un P.I.C. cuente con una historia interna débil, si teniendo la historiografía una heurística propia, evidencie la presencia de abundantes anomalías en la misma, es decir, datos empíricos, eventos históricos que resulten inexplicables por el momento, o no genere nuevas hipótesis teóricas, o arroje demasiados datos a la historia externa. Para tales casos, Lakatos advierte que: *“Las anomalías pueden ser correctamente ignoradas por el internalista y relegadas a la historia externa sólo mientras el programa de investigación historiográfico internalista esté progresando; o si un programa historiográfico empírico externalista las asimila progresivamente.”* Lakatos (1989: 172).

Así mismo:

“...como el progreso científico es posible aún cuando nunca podamos eliminar las anomalías científicas, también es posible el progreso en la historiografía racional aún cuando nunca podamos evitar las anomalías historiográficas. El historiador racionalista no debe preocuparse por el hecho de que la historia real supere, y, en ocasiones, sea diferente de la historia interna y porque pueda ser necesario relegar la explicación de tales anomalías a la historia externa. Pero esta infalsabilidad de la historia interna no la hace inmune a la crítica constructiva sino sólo a la negativa.” Lakatos (1989: 174)

Pues bien, así como la historia interna está claramente identificada con el devenir de los P.I.C., en relación a la historia externa, Lakatos muestra menos interés y cierta ambivalencia al respecto. Por un lado, plantea la irrelevancia para la comprensión de la ciencia, pero también su necesidad:

“La metodología de los programas de investigación, como cualquier otra teoría de la racionalidad científica, debe ser complementada por la historia empírico-externa. Ninguna teoría de la racionalidad podrá explicar nunca la desaparición de la genética mendeliana de la Rusia soviética en la década de 1950, o las razones por las que algunas escuelas de investigación sobre diferencias raciales genéticas o sobre la economía de la ayuda exterior, quedaron desacreditadas en los países anglosajones en la década de 1960. Más aún, para explicar los diferentes ritmos de desarrollo de los distintos programas, puede ser necesario utilizar la historia externa.” Lakatos (1989: 149).

La historia externa queda eximida de la explicación racional, y aloja el exceso empírico no racional, pero idealmente, una M.P.I.C. debería reducirlos a su mínima expresión. Para él:

“La historia de la ciencia siempre es más rica que su reconstrucción racional. Pero la reconstrucción racional o historia interna es lo principal; la historia externa es secundaria puesto que los problemas más importantes de la historia externa son definidos por la historia interna.” Lakatos (1989: 154).

Para la reconstrucción racional de este campo, elegimos las referencias de Rafael Huertas (2001) y Pedro Laín Entralgo (2011, 2015) por las perspectivas históricas que hacen específicamente de la clínica -psiquiátrica y médica respectivamente-, siendo entonces los antecedentes teóricos que posibilitaran redefinir los programas clínicos del AT. Por otro lado, para considerar al AT como campo, nos apoyaremos en Pierre Bourdieu (2007) y dentro del campo de salud mental en los argentinos Enrique Carpintero y Alejandro Vainer (2004), Alejandro Dagfal (2009) y Emiliano Galende (1990). Cada una de estas referencias permiten predecir a nuestro objeto de estudio en términos de pugna tal como lo requiere la M.P.I.C., aunque reconociendo y atendiendo los puntos en conflicto que puede generar con el falsacionismo sofisticado esta selección de referencias. La relación entre historia de una disciplina científica o campo profesionalizante - como en este caso-, y la indagación epistemológica del mismo, remite a una problemática recurrente en la filosofía de la ciencia, a una tensión por la verdad que en ocasiones se deriva a estudios más historiográficos, y en otros más epistemológicos. Intentando ser fieles al espíritu lakatosiano no intentaremos resolver la paradoja, baste solo con enunciarla.

En particular, Huertas insiste en considerar dentro del estudio de la profesionalización de un campo, no solo aspectos científicos y técnicos, sino también políticos y culturales de diverso orden, lo que correspondería a una historia externa para Lakatos. En esta historia cultural (elucidación de prácticas clínicas, discursos legitimadores, procesos de institucionalización, generación de una cultura profesional, intereses políticos), la conjunción de categorías, definen una perspectiva histórico-epistemológica, que aloja estos componentes externos para articularlos con el saber disciplinar específico, donde el estudio histórico es utilizado como:

“...un instrumento de reflexión indispensable para comprender la propia razón de ser de las teorías y las prácticas que hoy día, en el momento histórico concreto que nos ha tocado vivir, son aceptadas, discutidas o, simplemente, consensuadas por la comunidad científica internacional.” Huertas (2001:9)

En este sentido, conciben ambos la importancia argumentativa de la historiografía para el saber disciplinar, aunque comienzan su metodología por extremos opuestos. Huertas considera en primer lugar el estudio externalista para la filosofía de la ciencia:

“...debemos recurrir, en primer lugar al reconocido papel de la historia de la ciencia como herramienta epistemológica, es decir, como instrumento interpretativo que nos permita comprender la racionalidad interna -o su ausencia- en el discurso científico.” Huertas (2001:10).

Por consiguiente, Huertas respecto al estudios de otros campos disciplinares - incluso cercanos al AT, como es la psiquiatría, en su caso española-, destaca en los procesos de profesionalización de especialidades, que los intereses científico-técnicos no son los fundamentales en estas causas, sino más bien, a partir de estudios de historia cultural se evidencian intereses de otro orden, fundamentales a considerar en esta reconstrucción racional. Prontamente se resaltan razones, aunque no causas, de carácter económico, tal como abordaremos más adelante en relación a las lógicas neoliberales de profesionalización laboral y subespecialización técnica. En este sentido:

“... una serie de trabajos recientes que prestan mayor atención a la capacidad de oferta, por parte de un colectivo profesional interesado - que necesita legitimarse ante la sociedad y ante la propia profesión médica (...) La capacidad de organizar un «mercado de servicios» primaria, pues, sobre las concepciones que defienden la aparición del especialismo como el camino natural y lógico del desarrollo científico-técnico.” Huertas (2002: 14)

“El proceso de institucionalización de cualquier actividad profesional se basa, según ha indicado Sarfatti Larson, en el despliegue de dos procesos interrelacionados: por un lado, la constitución de un mercado para los servicios profesionales (o especializados) y, por otro, la aparición de un proyecto colectivo de movilidad social ascendente. Ambos procesos, aunque puedan evolucionar de manera distinta coinciden en el tiempo.... A su vez, los medios utilizados para la búsqueda colectiva de dicho prestigio profesional son, en el fondo, los mismos a los que se apela para la creación del mercado. Estrategias de «persuasión», dirigidos a todos los agentes sociales implicados.” Huertas (2002: 23)

A partir de estos principios, Huertas establece dos operaciones «Organizar» y «Persuadir» como categorías conceptuales fundamentales a las que nos adscribiremos para articular la historiografía externa del campo del AT con su desarrollo disciplinar. Propone así, que:

“...hubieron de organizar y persuadir. Organizar núcleos de actividad -sean consideradas o no como verdaderas <escuelas>-, foros de debate, intercambio,

órganos de expresión, instituciones asistenciales, asociaciones profesionales, etc. Y persuadir (...) de la capacitación científica y de la utilidad social.” Huertas (2002:18).

Así mismo, refiere que:

“una cosa son los trabajos sobre <instituciones profesionales> concretas (revistas especializadas, congresos, asociaciones profesionales), entendidas como iniciativas o empresas singulares de distinto significado, que debemos conocer y saber relacionar en un contexto más amplio, y otra dar cuenta del intrincado proceso de institucionalización de una disciplina o especialidad médica en el que entran en juego no solo elementos científicos o técnicos, sino también los intereses profesionales y políticos más diversos.” Huertas (2002: 14)

En tal sentido, propone hacer una historia cultural y construir desde el estudio de casos, categorías conceptuales tomando aportes interdisciplinarios (filosóficos, históricos, antropológicos, psicológicos, etc.) para consistir el campo a abordar. Cabe aclarar que, nos distanciaremos en relación a este autor, a partir de tomar una posición, en esta oportunidad, más acotada excluyendo datos empíricos en relación a las prácticas. Nuestra elección de Rafael Huertas, se focaliza en el uso operativo de las categorías de Organizar y Persuadir, y en un acercamiento a la historia cultural, haciendo una selección normativa de aquellos acontecimientos que pueden ser representativos de programas clínicos, de la pugna entre los mismo y/o de la determinación sobre qué hechos objetivos ocurrieron primero que otros y en tal caso, cuales debieron reajustar sus cordones auxiliares ad hoc, a los fines de evidenciar progresiones o regresiones de los P.I.C. Tal como señala Lakatos:

“... a la luz de la metodología de los programas de investigación algunas disputas sobre prioridades resultan ser problemas internos esenciales, puesto que en esta metodología resulta esencial, para realizar una evaluación racional, el decidir qué programa fue el primero en anticipar un hecho nuevo y cuál acomodó posteriormente el hecho ya conocido.” Lakatos (1989: 152).

Los casos a trabajar en esta tesis, se han recortado como condensaciones de las problemáticas en pugna, y serán por el momento: el AT en Córdoba, el supuesto primer texto de AT, los capítulos de historia en los libros de AT, el AT grupal, sobre el concepto de Placement y el AT escolar. En estos casos se evidenciará la hipótesis principal de los P.I.CI. en pugna y reflejando heurísticas negativas. Por lo tanto, también como casos para el falsacionismo, como prueba empírica.

Pensar así, al AT como un campo en constitución, que aunque no represente un período significativo en la historia universal, revela una serie de acontecimientos y

una temporalidad suficientemente novedosa como para determinar un campo emergente, como enseguida argumentaremos.

Pedro Laín Entralgo (2011) va a plantear también, la inevitable y deseable relación entre la historia de una ciencia y su epistemología; al referenciar diferentes temporalidades en el acaecer mismo de distintas teorías científicas como corpus constituidos en relación a una verdad: *“¿De qué modo, en qué medida se halla afectado por la historia el saber científico? Mil veces ha sido repetida una sentencia griega transmitida por Aulio Gelio: veritas filia temporis. La verdad, hija del tiempo...”* Laín Entralgo (2011:5). En esta cita aparece claramente la noción de historicidad como condición para constituir un campo de saber, como factor integrador. La relación entre historia y epistemología “veritas filia temporis” no parece ser en un sentido causalista lineal, sino de pertenencia, de carácter ontológico. Continúa:

“En definitiva ¿cómo nuestro saber se relaciona con la historia? El pensamiento occidental ha respondido a estas interrogaciones con dos actitudes contrapuestas, que voy a personalizar en Platón y Dilthey.

“ Según la primera, el carácter del ámbito determinado por esa filiación es, mayécticamente, el <<siempre>>. Si realmente es verdadero, el saber del hombre nace en el tiempo y del tiempo para vivir en el <<siempre>>.

“Frente a esta actitud, la de quienes piensan que el carácter del ámbito determinado por el alumbramiento de la verdad es el <<ahora>>. Naciendo en el tiempo y del tiempo, el saber verdadero vive y vale ahora, sólo ahora: un <<ahora>>, claro está, no instantáneo, sino situacional.”

“Estos dos modos de entender la validez y la verdad del saber científico, el <<siempre>> inmutable y el <<ahora>> irrepitable, ¿son inconciliables entre sí? Para responder a esta ineludible interrogación, examinemos la estructura del saber científico y tratemos de descubrir la posible historicidad de los varios momentos que la integran.” Laín Entralgo (2011:9, 10)

Así es que Pedro Laín Entralgo (2011) postula una estructura del saber científico, con abundante evidencia empírica, en que se podrían observar momentos históricos de cada campo del saber, formalizados a sí mismos a partir de sus nociones -metafísicas- de temporalidad. El momento intuitivo o de realidad, el momento conceptivo o de objetividad, el momento constructivo o de estructura, el momento interpretativo o de sentido, y el momento posesivo o de arraigo. Refiere:

“Llamo momento intuitivo del saber científico a lo que de experiencia inmediata de la realidad tiene el saber (...) La intuición científica de la realidad posee, por lo pronto, un carácter sensible: el hombre de ciencia ve, toca, oye, huele y en determinados casos, degusta. En la base de la ciencia humana hay siempre de base un conjunto de intuiciones sensoriales (...) Algo, sin embargo, podemos decir: que sin una intuición de la realidad susceptible de repetición ad libitum, no es posible el saber científico; y, complementariamente, que con solo intuiciones no puede haber saberes científicos

propriadamente dichos. Respecto a estos, la simple intuición es una condición tan necesaria como insuficiente.” Laín Entralgo (2011: 7).

“El «elemento» de Empédocles, el «átomo» de Demócrito y el «humor» de los hipocráticos serían realidades elementales intuibles con los ojos de la imaginación o con los ojos de la cara (...) vendría a ser una armoniosa construcción mental de intuiciones reales e intuiciones posibles.” Laín Entralgo (2011: 7, 8).

El momento intuitivo pensado desde el falsacionismo sofisticado es un momento de construcción de grandes conjeturas como el atomismo de Demócrito, de establecimiento del núcleo firme, a partir de establecer los axiomas metafísicos irrenunciables desde los que parte la producción de dato empírico.

“Yo diría que considerada en sí misma, al margen, por tanto, del pensamiento en cuya virtud haya sido obtenida, la intuición de la realidad posee un carácter puramente antehistórico. Nace, por supuesto, en un «ahora»: aquél en que el hombre de ciencia mira al microscopio un corte de tejido o mide la intensidad de una radiación térmica. Es consecuencia, por otra parte, de los presupuestos de todo orden que han conducido a observar aquella zona de la realidad y a emplear, para hacerlo, tal o cual recurso técnico. Pero una vez obtenida, adopta un modo de temporeidad que propongo llamar el «siempre hipotético» o «condicional». ... La temporeidad propia de la intuición es, según esto, el paso de un «ahora ocasional» a un «siempre hipotético».” Laín Entralgo (2011: 8, 9).

Le sigue al momento intuitivo, que no es necesariamente ni esperable que se asocie a la inmediatez, puesto que hay desarrollos del saber científico, programas de investigación que pueden permanecer largos períodos en diferentes momentos; decíamos, le sigue el momento conceptual. Aquí la intuición, metafóricamente para Laín Entralgo, toma carácter de elevación, al plano eidético, es el momento de la formación del concepto y con esto de atravesar la inmediatez para lograr a través del concepto estabilidad del objeto de investigación y no menos importante para el falsacionismo es su capacidad así de proyectarse en el tiempo como predicción. Ya no es el ahora, sino un siempre supuesto. El tercer momento, es el constructivo, cuando se ha conformado una estructura de conceptos alrededor de una o varias teorías, supondríamos para nosotros, se va desarrollando la heurística positiva y su cinturón protector. En estas instancias no se pierden ni se reformulan los saberes intuitivos, persisten y conforman una arquitectura junto con los conceptos.

“Para muchos hombres de ciencia, la intuición, la conceptualización y la construcción serían, sin necesidad de otra cosa, los momentos constitutivos del saber científico. La teoría celular, la mecánica cuántica o el psicoanálisis no pasarían de ser puras construcciones intelectuales de intuiciones y conceptos. Pero un examen atento de cualquier «teoría» nos permite advertir que junto a esos tres momentos del saber existe siempre, más o menos visible, su momento interpretativo o hermenéutico: aquel

que formalmente lo pone en conexión con la vida de quien lo formula y con el todo de la realidad. La situación histórica, muy poco operante en el caso de la intuición, más eficaz en el de la conceptualización y la construcción, adquiere plena vigencia en lo que dentro del saber científico es pura interpretación.” Laín Entralgo (2011: 12).

Este es el momento propio de la investigación externa o de la sociología de la ciencia, el momento interpretativo vuelve a una temporeidad del ahora, aunque ya otro ahora diferente del intuitivo, aquí es un ahora situado, dimensionado en sus practicantes de la ciencia. Este ahora vuelve a eternizarse en un siempre en el quinto momento, cuando se posee el conocimiento, como real implantación de ese saber en la existencia del científico.

El autor plantea entonces que la temporalidad en la que se van precipitando los saberes dentro de una ciencia, determinan no sólo momentos de historicidad del campo, sino instancias de saber específicos, discursos en torno a la verdad diferentes.

Consideramos que la temporalidad propia del campo del AT es el intuitivo, en dos sentidos. Por un lado, la bibliografía demuestra que como campo disciplinar, se trata de una práctica novel, en comparación al campo de la clínica psi y otras prácticas de cuidado, en especial la clínica; y por otro, la narrativa propia de sus saberes está centrada en el «ahora».

Hemos encontrado y lo continuaremos trabajando en adelante, que las producciones teóricas en el campo del AT y específicamente sus condiciones de producción, es decir interrogantes de carácter epistémico, responderían a dos posiciones bien definidas y nuevamente, en pugna. Por un lado, quienes piensan a sus practicantes como responsables del saber que ejercen y construyen, por ejemplo, Pulice y Rossi que observan: “...una necesaria conceptualización de esta práctica, que no la deje en un empirismo «salvaje»” (1994a:19); y su inversa: “El acompañante terapéutico no está llamado a teorizar sobre su tarea pero sólo podrá cumplirla si está teóricamente capacitado.” Kuras De Mauer y Resnizky (1985:9 nota al pie).

Sobre territorialidades

Ante los requerimientos de los evaluadores de acotar a Argentina la investigación, aunque atinados, surge un nuevo problema, tener que identificar al

territorio de un Estado con el territorio de una práctica – clínica-, que se ha ido territorializando en otra lógica, no menos geopolítica que la cartografiada. Para evidenciar la complejidad de este campo, optamos por hacerlo desde el estudio bibliográfico principalmente.

Podemos comenzar por mencionar que hay referentes teóricos de importante influencia, brasileros, como es el caso de Leonel Dozza de Mendonça, Kleber Duarte Barreto, Mauricio Hermann, Analice Lima Palombini, entre otros. Se destaca que Leonel Dozza de Mendonça, incluso antes de la publicación de su libro producto de la tesis doctoral en 2014, ya era referenciado en el campo por formadores y aa.tt. en Argentina, con presencia relevante en congresos y formaciones cortas, a pesar que vive y trabaja en España, ha publicado, incluso primero, en Argentina (Dozza de Mendonça, 2014).

Hay argentinos y brasileros exiliados por razones políticas en el transcurso de las dictaduras militares ocurridas en Sudamérica en los años 1970, hacia España y han publicado sus prácticas allá, siendo formados aquí, tal es el caso de Pugés Allegues y otros (2012). Hay también, en el mismo contexto sociopolítico, argentinos exiliados en Brasil con publicaciones en portugués únicamente, tal es el caso de Antonio Lancetti, uno de los ideólogos del movimiento de salud mental en el Brasil posdictadura, aunque desconocido en su patria, ha publicado en portugués sobre AT (Lancetti, 2008).

Hay así mismo, como continuidad de un largo proceso de colonización, argentinos migrantes por razones económicas veinte años después, debido a los efectos de la instalación eficaz del modelo neoliberal posdictadura (Chévez Mandelstein, 2012).

Hay personas físicas argentinas, brasileras, mexicanas, uruguayas que dan formación en diferentes países, que se han ido retroalimentando. Muchas de estas instancias han surgido durante y alrededor de los encuentros de congresos internacionales. Hay cursos de formación en línea, con materiales teóricos que lo dan argentinos, aunque no contamos con identificaciones del nodo utilizado (Rossi y Pulice en Psicomundo) y referencian alumnos de diversas latitudes (Pulice, 2011:21).

Hay revistas brasileras con publicaciones de argentinos, en español, sobre textos que no han publicado en Argentina (Pulice y Manson, 2005). Hay publicaciones argentinas, con textos de brasileros que son inéditos aún en sus países de origen,

algunos en lengua materna (Castejón Hermann, 2016) y otros traducidos (Lima Palombini, 2016). Hay revistas online recientemente con participaciones de autores en su mayoría argentinos y brasileros, pero también mexicanos, colombianos, españoles (La-Plaza-AT).

Cabe mencionar, habida cuenta de estas referencias de entramado político, el caso de la primera formación en Acompañamiento Terapéutico en Córdoba que lo dicta una argentina, exiliada por razones políticas en Nicaragua durante 20 años y recién llegada a la Argentina en 1995, comienza a dictar la formación dentro de una institución monovalente privada de la ciudad (Heredia, Savy y otros, 2000).

La compleja territorialización del campo del AT, es posible de visualizarse en la medida que se abandonen los sesgos formalistas, como sería el límite de un Estado y se calibre la escala de producción y trasmisión a niveles regionales. Sin perjuicio esto, de atender que hay dos clínicas bastantes diferenciadas pero que se constituyen en referencia a las otras. Por un lado, la experiencia brasilerá, con diferencias importantes a la nuestra, aunque no sean atinadas a esta investigación, asociadas a producciones en relación a centros urbanos de relevancia en Brasil y sus respectivas universidades. Tal el caso de São Paulo (Univesdidade de São Paulo y Pontíficia Universidad de São Paulo), Río de Janeiro (Universidade Federal do Rio de Janeiro) y Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) donde las producciones de AT se enmarcan en investigaciones y prácticas de posgrado. Y por otro, una experiencia argentina también centralizada en grandes centros urbanos con producciones más bien independientes, autogestionadas, con ediciones locales. Es llamativo que las producciones de textos de AT no corresponden a autores formados con títulos oficiales terciarios o universitarios. De este modo se aprecia una paradoja, si bien Argentina, como veremos más adelante, se encuentra en un proceso de formalización y legalización del rol del at en el que ha insistido desde hace más de 20 años (Heredia, 2001; Bustos y Frank, comp., 2011; Pulice, 2012; Bessón, 2018b; Patrignoni, 2020; Graiño y Fernandez, 2015) sus producciones no se condicen con esa aspiración. Por el contrario, en Brasil donde se resiste a la formalización y legalización del AT, se encuentra una promisoría producción teórica de posgrado (maestrías y doctorados), más adelante trabajaremos si es posible de estas premisas predecir progresiones o regresiones para el campo.

En algunos casos, las principales regiones de producción están concentrados en las grandes ciudades de Argentina, pero no podríamos decir en pos de lo estudiado, que Argentina sea un campo homogéneo de producción para el campo del AT. Se reconoce Buenos Aires, Córdoba, Rosario, Bahía Blanca con publicaciones de libros y Rosario/Santa Fe en el último tiempo. A su vez, son estos contextos donde están presentes asociaciones profesionales, servicios asistenciales diversificados, carreras universitarias y de nivel superior y organización de congresos. Hay ciudades como Paraná, San Juan, San Luis, Río Grande que cuentan con formación universitaria pero no se refleja en producciones bibliográficas.

De hecho, hay zonas geofísicas con completa ausencia de AT, otras con uso del recurso asistencial, incluso a nivel público, pero sin producciones locales como es el caso de San Luis; otras con transmisión académica formal, con varias camadas de egresados como San Juan (aunque su continuidad es incierta en este momento); otras sin formación ni legislación.

Llama la atención que provincias que cuentan con ley de ejercicio profesional (Río Negro: 4624; San Luis 0599-2007; Santa Cruz 3407; San Juan 7697/2010; Tierra del Fuego 1036/2015; Chubut X-58/ 2012.) no cuentan con producción científica. Tomando como ejemplo el caso de San Juan, es decir, suponiéndoles un desarrollo del campo, una institucionalización relevante, con reconocimiento del poder legislativo y ejecutivo, solo se ha encontrado un libro local de edición personal que, a su vez, no ha sido citado en ningún otro autor o texto ni en ninguna bibliografía de Tecnicatura (Fernandez D'adam y col., 2005). Algo similar ocurre en Mar del Plata, que ha sido dos veces sede de congresos internacionales, tiene formación superior diversa en la zona de influencia, y recientemente cuenta con Tecnicatura Universitaria, tampoco presenta producciones locales bibliográficas.

Pero lo más interesante, difícil de catalogar y quizá más representativo del campo, son los nodos de realización donde se aprecian producciones colectivas o colaborativas, entre autores de diferentes países y en diferentes lenguas. Una variante en este sentido son las producciones bibliográficas, por ejemplo el libro de AT en España, que si bien está enteramente publicado en español, colaboran autores brasileros viviendo en España (Dozza de Mendonça), argentinos viviendo en España (Cheves Mandelstein, Pugés Allegues), argentinos (Pulice, Dragotto, Frank) y brasileros participando con la producción (Duarte Barretto) y españoles propiamente,

pero entre este último grupo, si se pone el foco en las referencias teórica específicas y afines más recurrentes del texto (como es el caso del psicoanálisis), son muy mayoritariamente argentinas y brasileras (Chévez Mandelstein, 2012).

Ocurre una excepción asociada a esto mismo; hay un libro de un brasilerero que se tradujo al español (por iniciativa propia de dos cordobesas), que es editado en Brasil, pero la distribución es completamente en Argentina, incluso más específicamente en Córdoba (Duarte Barreto, 2005).

También hay en esta territorialidad, autores extranjeros que publican en español, con ediciones locales y distribución internacional (Dozza de Mendonça, 2014), algunas previas a la edición extranjera y/o aquellos que han sido recepcionados con fuerza o que están referenciados repetidamente en los textos locales.

Hay que hacer notar, que las referencias de autores brasileros en Argentina, tomando libros publicados y artículos presentados en revistas y congresos, no se evidencian los trabajos universitarios, en cierto sentido científicos de posgrado, siendo nominal y teórico-técnicamente de relevancia (32 tesis de maestría y doctorado en la U.S.P., un número similar en U.F.R.G.S.). Al momento de esta tesis no se encontró ni una referencia a estas investigaciones en la bibliografía específica recabada ni en los programas universitarios revisados.

Esperamos de este modo poder visibilizar la construcción geopolítica, en cierta medida material, aunque no formalista, de un campo clínico emergente, de carácter internacional, bilingüe, colaborativo aunque políticamente heterogéneo, con acceso jurídicamente diverso, y con escasa producción científica.

Historiografiar el AT

Estimamos que elucidar su antecedencia, dando especial atención a las realidades locales, permitirá tres cuestiones de relevancia política: una, deconstruir historizaciones poco documentadas aunque hegemónicas de tradición centralistas; dos, propiciar datos empíricos y análisis a la conformación del campo del AT en su actual proceso de oficio a profesión e inscripción académica; y tres, develar articulaciones con otros campos del saber que se argumentan desde el sentido común

y promueven actuales discusiones sobre las incumbencias profesionales ya mal argumentadas.

Siendo que partimos del falsacionismo sofisticado, es preciso recordar que la historización no será recabación de datos e inducción teórica, sino por el contrario surgirá de la hipótesis teórica que el AT responde en su conformación a dos P.I.Cl. en pugna, y desde aquí se han seleccionado los datos empíricos a ser presentados. Por lo tanto, es una historización formulada en términos de hipótesis teóricas, con referencias dentro de la historia de la ciencia y de la filosofía de la ciencia.

Una de las hipótesis accesorias a este respecto, como ya adelantamos, se trata de que existe en el campo del AT una historia oficial, una narrativa lineal, retrospectiva, donde se repite lo convencional sin revisar los originales. De modo que en el programa historiográfico se evidencia que la historización del AT presente en las producciones escritas, trata de una historización hegemónica, centralista, autorreferencial, discontinuista, causalista, inespecífica y especulativa; que resultó condición para las políticas de persuasión y organización internas al campo, pero consideramos que su reconstrucción y articulación con la historia de la clínica, producirá nuevos datos y progresión para el AT.

Otra de las hipótesis accesorias es hacer emerger el programa historiográfico a partir de la noción teórica de Historia Local para de este modo, consistir la hipótesis de tratarse de una invención. Será así, una historia situada, aunque no localista, utilizando casos para construir categorías de sentido que excedan lo propio y aunque no reflejen esas otras locaciones, sí puedan interpelarlas. Así mismo, la historia local será siempre leída en clave urbanística, y en esta oportunidad, la ciudad y sus territorializaciones materiales y simbólicas esperan poder ser valoradas y validadas para ampliar la significatividad de un campo emergente. Como veremos en el capítulo 4, los actuales procesos de urbanización establecen condiciones sustantivas de existencia.

La noción de Historia Local, tal como la entendemos a partir de las referencias de Zuluaga Ramírez (2009) está determinada por la idea primaria -y para nosotros necesaria-, de la existencia de un colectivo singular. A este respecto, hemos definido lo que consideramos para nosotros es un campo del AT y su territorialidad, excediendo determinaciones formales, y evidenciando un complejo entramado de relaciones

sociales articuladas desde las operaciones de persuadir y organizar su especificidad.

En este sentido, Zuluaga Ramírez expresa que:

“El singular colectivo debe entenderse como convergencia de proyectos singulares individuales o de proyectos singulares colectivos con una relativa interdependencia (...) La singularidad de un colectivo no excluye la diversidad, bien sea para reconocerse como uno entre otros diferentes, o para reconocer la diferencia entre varios nosotros” Zuluaga Ramírez (2009: 176).

La Historia Local como historiografía de un colectivo singular, logrará validez en tanto pueda privilegiar el trabajo con la fuente primaria y su rigor interpretativo.

Zuluaga Ramírez, refiere:

“El establecimiento de las relaciones entre los hechos, y entre los hechos y sus protagonistas singulares individuales o colectivos, son la materia prima para la interpretación y representación que alcanza la Historia Local.” Zuluaga Ramírez (2009: 176).

Consideramos a este singular colectivo como un campo de cierta especificidad que iremos develando y a la vez, inserto en un contexto mayor del cual es posible recortarlo. Los contextos que trabajaremos serán las tradiciones de las clínicas hipocráticas y galénicas -como P.I.Cl.-, que valoraremos en relación a su campo de saber, a sus progresiones y degeneraciones teórico-técnicas; y por otro lado, un contexto de mayor inmediatez, el campo de la Salud Mental, del cual no se deduce el AT como transferencia tecnológica, sino como contexto ideológico y político que otorgará mayor significatividad.

Para introducirnos en las concepciones historiográficas del campo de la Salud Mental, encontramos referencias dentro del área concibiendo a su surgimiento como una revolución en sentido kuhniano - Galende, (1990) – o, posiciones que lo conciben como uno de los momentos, de innegable importancia vista su progresión, dentro del tratamiento de la locura con ciertas continuidades. Desde esta posición, encontramos a referentes importantes extranjeros (Lanteri-Laura, 2000) y también locales como puede ser Alejandro Dagfal (2009) y Carpintero y Vainer (2004).

Corresponde a la primera posición, decir que:

“En los últimos treinta años asistimos a una transformación profunda del campo hegemonizado hasta entonces por la medicina mental y que ha dado lugar a la nueva denominación de Salud Mental. Ésta no es de ningún modo una renovación o modernización de la psiquiatría; por el contrario, es un replanteo en profundidad de los problemas de la salud y la enfermedad mental que está dando lugar a una recomposición de todos sus aspectos: la comprensión del daño psíquico, en relación a las fragilidades subjetivas y con los factores de riesgo; la constitución de un ámbito

disciplinario nuevo, denominado políticas de Salud Mental; la reformulación de las teorías, con apertura a concepciones de nuevas prácticas con preponderancia de las técnicas psicosociológicas, para intervenir en ámbitos comunitarios y en función preventiva; la abolición progresiva de la institucionalización psiquiátrica y sus establecimientos manicomiales, para ser reemplazados por Centros Periféricos y equipos comunitarios.” Galende, (1990:15)

En cambio, Dagfal (2009) considera a la Salud Mental como campo que deviene a partir de una de las perspectivas del Higienismo Mental. Para él, en el tratamiento psiquiátrico asilar en auge hasta entrado el Siglo XX, comienza a tener, diremos, anomalías, tensiones políticas y también teórico-técnicas en relación a nuevos aportes que hacen entrar en crisis las afirmaciones principales del alienismo, esto es el estatuto jurídico de alienado, el de especialista alienista o psiquiatra, la institución asilar, la enfermedad mental crónica, incurable y heredodegenerativa. Se destaca el Psicoanálisis como cambio de P.I.Cl. (Argañaraz, 2010), sin embargo, no encontramos un cambio de paradigma sino la contemporaneidad de diferentes programas, algunos más continuistas que otros con su antecedencia psiquiátrica. En Argentina, mientras la obra de Freud comienza a estudiarse y echar raíces en diferentes campos sociales (Argañaraz, 2007), el Psicoanálisis aún en las primeras dos o tres décadas de ese siglo no ocupaba el lugar hegemónico que luego le esperaba. Por el contrario, el modelo asilar comienza a ser invadido por diferentes posturas reformista que se enmarcan en Higienismo Mental, que concentra posturas diversas dentro del mismo movimiento.

“En la Argentina, este movimiento se institucionalizó en 1929, con la creación de la Liga Argentina de Higiene Mental, presidida por Gonzalo Bosch (...) en 1931, nació otra institución ligada a este movimiento: la Asociación de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social, en la cual cohabitaban fascistas antisemitas junto con psiquiatras liberales y educadores laicos.” Dagfal, (2009:65,66)

Pero queda claro que, se tratan de reformas importantes:

“En los años treinta, el movimiento de la higiene mental, al interesarse en las condiciones ambientales de la enfermedad, había terminado de erosionar los restos del paradigma heredodegenerativo. El psiquiatra, junto con el loco, salía lentamente de su reclusión asilar, para buscar en otra parte las causas y los tratamientos de la enfermedad. Este movimiento se basó en sus orígenes en las ideas de Clifford Beers.” Dagfal, (2009:63, 64.)

Así es que Dagfal entiende como un pasaje el surgimiento del campo de la Salud Mental, aunque con cierta continuidad de programas anteriores que pierden hegemonía en las siguientes dos o tres décadas, no desaparecen y se sostienen

agazapados hasta el gobierno dictatorial de los 70. En esta noción *bourdeana* de campo de luchas por el poder, se encuentran también Carpintero y Vainer (2004), razón por la que sostienen la necesidad de una historia cultural. Estos autores, plantean la historia externa como razones de la constitución del campo, específicamente a nuestro contexto local, refieren que:

“El Cordobazo marcó un antes y un después en la Salud Mental (...) La implicación de los autodenominados «Trabajadores de Salud Mental» cambió cualitativamente a partir de este hecho. Esa denominación (TSM) fue uno de los emergentes de los sucesos de mayo del ´69. Los profesionales de la Salud Mental políticamente comprometidos querían identificarse como parte de trabajadores y no solo como profesionales. La ilusión era que el ser trabajadores les permitía pensar en su aporte al cambio social y político.” Carpintero y Vainer (2004:370).

Incluso, y para representar para estos tiempos, el compromiso de los trabajadores en Salud Mental, aun en el ámbito privado; los días del Cordobazo, la Asociación Psicoanalítica Argentina publica una solicitada en diarios nacionales (28/5/1969) convocando al paro general con presencia en los consultorios privados, explicando a cada paciente las razones de la medida tomada. Otro ejemplo contundente, es el escrito público de Rodolfo Walsh a la comunidad internacional, que rescatan Carpintero y Vainer donde expresan que la carta del periodista:

“... reproducía la desaparición de un psicoanalista que había pertenecido al grupo Documento del siguiente modo: «en marzo de 1976, inmediatamente después del golpe de estado, un comando castrense secuestró de su consultorio al psicoanalista Francisco Bellagamba, luego de reducir y maniatar a un grupo de pacientes que atendía en ese momento».” Carpintero y Vainer (2004, Tomo II: 369).

Los contextos sociopolíticos del momento, determinaron tensiones en los saberes que venían ya sufriendo reformas, tensiones, y encontraron, según Carpintero y Vainer, el ímpetu ideológico y colectivo para sobrellevar los cambios propuestos. Sin embargo, los autores, destacan que la historia de la Salud Mental sería principalmente, la historia de las experiencias piloto, porque solo en cortos períodos de tiempo y de forma excepcional, se consiguieron políticas públicas en este sentido. El cambio de programa estaba movilizado por iniciativas colectivas, agrupaciones profesionales y académicas con trabajo comunitario, transformaciones institucionales desde dentro mismo, pero siempre con resistencias. Mencionan también que:

“En pocos años de la década del ´70 se expandieron y consolidaron una multiplicidad de abordajes y teorizaciones en el campo de la Salud Mental. En los años anteriores se habían desarrollado tratamientos individuales y grupales con una hegemonía del psicoanálisis. Pero en estos momentos se produjo una apertura a una diversidad de

dispositivos y conceptualizaciones acorde con los distintos niveles de atención en Salud Mental en paralelo con distintos avances que se daban a nivel mundial (...) muchos de estos, a diferencia de las modificaciones sustanciales del sistema de Salud Mental, se consolidaron y continuaron más allá de este período.” Carpintero y Vainer (2004, Tomo II: 180).

Entre algunos de estos dispositivos novedosos de la época, que sobrevivieron al sistema de salud, como iniciativas privadas o, excepcionalmente, camuflados en otras funciones dentro de instituciones públicas, se encuentra al AT.

En tal sentido, podríamos decir que hay acuerdo en considerar el surgimiento del AT dentro del mismo nicho teórico- político-filosófico en que surge la Salud Mental en Argentina (Pulice y Rossi:1994 a y b, 1995; Pulice: 2012, 2014; Araujo:2013; Chauí-Berlinck.: 2011; Pitiá de Araujo:2005; Castejón Hermann: 2014; Kurasde Mauer y Resnizky: 1985, 2003, 2005, 2011; Graiño y Fernandez: 2015; Carvalho: 2004; Chévez Mandelstein [comp.], 2012; Dragotto: 2011 a y b; Armenia: 2002; Baremlitt: 1991, 1997; Bessón: 2018 a y b; Cabral: 2005; Equipo de AT do Instituto A CASA: 1997; Gomidez Santos (org.): 2006; Kalina: 1985; Lancetti: 2008; Lima Palombini: 1999, 2006, 2009; Lima Palombini, Jover, Richter, Mesquita, Cabral, Benevides: 2004; Manson: 1995, s/d, y otros 2002; Rosetto: 2011; Rossi: 2007 a y b; Saurí: 1997; Rossi, Manson y Pulice: 1997). Por el contrario, no hay textos aún que trabajen otras hipótesis sobre su emergencia. Podemos destacar en relación al surgimiento del A.T en articulación con las concepciones teóricas de la clínica, que Tolosa (2015) enuncia cierta incomprensión del devenir histórico, al no considerar las progresiones en relación a los programas clínicos:

“Resulta llamativo, además, que la evolución del AT se haya producido, preponderantemente, desde un modelo psicoanalítico, cuando las bases epistemológicas y el cuerpo de investigaciones y teorías que dieron origen a la terapia de conducta en las décadas del 30 y 40 tendían a que el trabajo terapéutico se realizase más allá de los límites del consultorio.” Tolosa (2015: 4)

De este modo, refiere que hubiese sido esperable que el AT devenga desde las referencias a Skinner, Eysenk, Wolpe, que se trabajaban a mediados del Siglo XX también en Argentina, e incluían al ambiente como facilitador del tratamiento. Igualmente, ya adelantamos que deberán problematizarse, y así lo haremos en el quinto capítulo, las referencias teóricas y metafísicas sobre el ambiente en cada programa clínico. Sin embargo, esta incomprensión de Tolosa refuerza aún más

nuestra hipótesis respecto a que el AT no emerge de una evolución teórico-técnico, sino de intereses de un colectivo singular.

Por otro lado, volviendo a las ideas de surgimiento del AT, alguna (Dorfman de Lerner, 1984) plantea como antecedentes de la función, podríamos decir, como semblantes del AT, referencias sin dato empírico y de una historicidad extremadamente lejana, como observaremos más adelante respecto al primer artículo de AT.

Destacamos entonces que no es solo una coincidencia cronológica de mediados de Siglo XX, puesto que su “invención” no responde solamente a necesidades de la práctica clínica de quienes empezaban a problematizar, tanto en el ámbito público como privado, el modelo psiquiátrico hegemónico, especialmente en su vertiente asilar, sino como respondiendo a la convocatoria social del momento.

Así como debemos reconocer existen historias de las ideas e historias sociales interesantes respecto al movimiento de salud mental argentino que están generalmente, centradas en la historia de Buenos Aires, que suele autolegitimarse como nacional, en desmedro de realidades muy diversas en el resto del país (Dagfal: 2009; Plotkin: 2003; Carpintero y Vainer: 2004). En lo que respecta al AT, ha corrido la misma suerte, existen en las historiografías más trabajadas, versiones sobre el origen del AT (Pulice y Rossi: 1994 a y b; Pulice: 2014) y en más ocasiones, referencias anecdóticas que toman carácter de biografías (Kalina, 1985; Graiño y Fernández, 2015; Chévez Mandelstein [comp.], 2012; Bessón, 2018 a y b). Esta es una vía a reconstruir en el presente trabajo que ya ha sido enunciada más arriba y anteriormente (Tello, 2016 a y c) con la intención acotada de rescatar antecedentes omitidos o desvalorizados, más que establecer una nueva historia oficial.

Entre las condiciones que hacen al «nicho ecológico» en el cuál surge paulatinamente lo que ahora, reconocemos como AT, Pulice y Rossi (1994) identifican factores de confluencia externalistas, entre los que se encuentran: el movimiento antipsiquiátrico europeo que prontamente se recepciona en el país, junto con desarrollos locales, el surgimiento de psicofármacos más eficaces que posibilitan tratamientos ambulatorios hasta el momento impensables, desarrollos teóricos más progresistas como terapia sistémicas, psicoanálisis, teorías sociales, las cuales problematizan lo social como campo de producción de malestar subjetivo y enfermedad mental. Aparecen nuevos dispositivos dentro del campo de la salud

mental, dispositivos colectivos, nuevos setting como centros de días, comunidades terapéuticas, internaciones domiciliarias, laboratorios grupales, atención comunitaria, entre otros.

Es justamente en relación a la práctica privada de internaciones domiciliarias donde se darían las primeras experiencias de AT, aunque siempre asociadas a directores de equipos pertenecientes a hospitales públicos y en relación a pacientes con adicciones (Kalina, 1985) y/o psicosis, como recurso para evitar internaciones (Saurí, 1997; Rossi, Manson, y Pulice, 1997). Pulice (2014) también plantea que aparece en relación a experiencias ambulatorias, aunque ciertamente ligadas a instituciones privadas desde donde se construyen las demandas. Y da cuenta así mismo, que, si bien su surgimiento es opuesto al manicomio, viene en los últimos años teniendo un repliegue institucional, situación notoria también para nosotros que se trabajará en relación al aparato crítico en los próximos capítulos. Menciona un surgimiento rizomático, subrepticio que luego toma visibilidad, decimos nosotros, diseminadamente producto del liberalismo profesional actual.

Retomando el campo de la Salud Mental como dispositivo para la emergencia del AT, Pulice y Manson (2005) aluden que: *“A aparicao em cena do A.T. está fortmente atravessada por esse contexto: ligada a uma praxis que se situa, no inicio, mais como uma investigacao do que como uma ciência estabelecida.”* (2005:14). Esta cita evidencia oposición con lo que postulan Kuras De Mauer y Resnizky como práctica sin producción de conocimiento específico, insistimos con la cita: *“El acompañante terapéutico no está llamado a teorizar sobre su tarea”* (1985:9).

Apoyándonos en la primera de estas citas, queremos recuperar experiencias ausentadas, que hacen a la constitución del campo y fuerzan a revisar hipótesis historiográficas fuertemente convalidadas. De este modo, rescatamos un antecedente de la práctica del AT poco mencionado que es la experiencia de los llamados Líderes de Grupo en el Hospital Infanto-juvenil Carolina Tobar García. Este hospital, pionero de la atención psiquiátrica en menores de 18 años, inaugurado apenas dos años antes de la experiencia que citaremos:

“... a principios de los ´70, entre el ´71 y el ´76, en el Hospital de día del Hospital infanto-juvenil Tobar García que llegué a dirigir, se desarrolló una técnica que se aproximaba al acompañante terapéutico actual. Allí trabajaban estudiantes, luego licenciados en Psicología, que iniciaron una actividad con el nombre de líderes de grupo. Estos profesionales pasaban gran parte del tiempo de actividades con los chicos y también salían a realizar paseos y visitas domiciliarias con el grupo de

pacientes a la casa de alguno de ellos rotativamente. Viajaban en la ciudad enseñándoles a orientarse, comprar su boleto de colectivo, cuidarse en el viaje, bajar en el barrio correspondiente, ambientarse en él, y luego trabajaban con la familia y los vecinos. Era una actividad de convivencia y socialización con niños y adolescentes psicóticos o con neurosis graves. No se privilegiaba la interpretación de conductas, sino que se trabajaban más las actitudes y contraactitudes, etc. (...) Para mí, el rol del acompañante terapéutico estaba ligado, dentro de la institución, al rol de líder de grupo o de animador que ya conocía; pero más aún lo ligaba con un trabajo extra-muros, en el tejido urbano.” Stagnaro (1998: 75).

Otro antecedente poco mencionado es comentado por Guillermo Altomano y Silvia Azpillaga en 1994 dentro de una jornada teórico clínica el 4 de junio en la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.), en su Departamento de Psicosis. En su ponencia, llaman acompañamiento psicoterapéutico y mencionan a Ana Devincenzi como *“...quien en 1978 tomó la decisión de abordar la crisis psicótica de un paciente en su propio medio y junto a su familia”* (1994:11 - publicación mecanografiada interna a la A.P.A).

El ejemplo más patente respecto a un texto de historia de tipo autobiográfico, basado en una narrativa sin referencias empíricas, es el de Carlos Graiño y Verónica Fernández, de edición personal no consta la fecha de publicación. Se divide en dos partes, la primera trata sobre la historia institucional de la asociación de AT que ellos constituyeron. Escrito en primera persona, aunque a veces usa la primera persona del plural sin discriminar, se supone escrita por Graiño. Superando la informalidad, se rescatan hechos, acontecimientos que podrían resultar importantes para una Historia Local, aunque nos resulten exacerbadas las interpretaciones que se deducen, o directamente las consideramos irracionales.

En relación al surgimiento del AT, se destaca:

“Si bien el Acompañamiento Terapéutico es una práctica que data de la post guerra y toma un efecto germinal en la década del 60 y 70 en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires, no podemos afirmar que el acompañamiento terapéutico se haya establecido como profesión durante ese período de la historia.” Graiño y Fernández (s/d: 5)

Aun no aportando ningún dato para tal afirmación, es contradictorio con lo que más adelante ellos mismos refieren en relación a prácticas que realizan en los años 90: *“... entramos a trabajar estrategias que con el tiempo nos llevaron a pensar en el rescate de un nombre olvidado en el tiempo. Ese nombre es «Acompañante Terapéutico».*” Graiño y Fernández (s/d: 9) y así mismo: *“...fue el germen de lo que dio lugar a eso*

que en poco tiempo elegimos llamar «Acompañante Terapéutico»” Graiño y Fernández (s/d: 13).

Aportando en el mismo sentido:

“Un buen día allá por el año 2000, en una reunión de los martes, se me ocurre mirar una publicación de Imago-Agenda...había una publicación que decía algo así como: Segundo Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico – Universidad Nacional de Córdoba – 5, 6 y 7 de Septiembre de 2001.” Graiño y Fernández (s/d: 42) [seguramente la mención del 5 se deba a un error en el recuerdo, y continúan] “De creer que éramos los únicos en el mundo (ya veremos que en parte no estábamos tan equivocados), nos desayunábamos que se estaba organizando un Congreso Internacional y que encima no era el Primero.” Graiño y Fernández (s/d: 43).

Andrea Patrignoni (2020) recupera, con referencias y algunas experiencias personales, la inclusión del AT dentro del Hospital Esteves, del cual forma parte de su planta permanente hace décadas y refiere:

“La institución, que en un principio contribuía de manera informal a la formación de estos agentes de salud, se convirtió en una de las primeras sedes estatales y el primer hospital de la Provincia de Buenos Aires en el cual se llevó a cabo el Curso de Formación Profesional y posteriormente la Tecnicatura Superior.” (2020:27)

Quisiéramos hacer una referencia más, que podría evidenciar la disparidad en la constitución de un campo de especialidad, disparidad entre la legitimidad social y la académica-profesional, al respecto Patrignoni plantea que:

“Reconocemos entonces, que las primeras personas en reclamarlo fueron aquellas directamente afectadas. Lamentablemente, esas necesidades debieron soportar la espera de un momento político e institucional propicio que convirtiera al Hospital Esteves en una de las instituciones pioneras de salud mental estatal de la provincia de Buenos Aires en incluir, dentro de sus prestaciones de rehabilitación, este dispositivo.” (2020:25).

Al igual que hay acuerdo en localizar el surgimiento del AT en Argentina, podemos inferir ante nuevas fuentes empíricas, que la transmisión internacional del AT se da principalmente por la vía de aquellos argentinos exiliados y por lo tanto, contemporáneamente a la construcción local de este campo. Pulice (2012), introduce esta hipótesis, llamativamente en el texto de AT en España (Chévez Mandelstein, 2012) donde aparecen referencias de migrantes, pero ya de una segunda diáspora de jóvenes profesionales que migran a España en los albores de la crisis del 2001, entre ellos el mismo Chévez Mandelstein. Pero volviendo a la vía de exiliados políticos:

“...un infortunado hecho histórico que tuvo sin embargo una incidencia muy importante respecto del desarrollo del acompañamiento terapéutico en Argentina y su difusión internacional. Nos referimos al golpe militar ocurrido en nuestro país a comienzos de

1976, el tristemente célebre Proceso de Reorganización Nacional, cuyos efectos en el campo de la salud mental bien podrían calificarse como catastróficos: se produce en ese momento el liso y llano desmantelamiento de todas esas experiencias que veníamos describiendo, por calificárselas de subversivas, obligando a los profesionales que las sostenían – entre ellos Mauricio Goldemberg y Valentín Barenblit - a un largo y penoso destierro en países como Brasil, Perú, Venezuela, México, Francia y España entre otros. El acompañamiento terapéutico, sin embargo, encontró su lugar de supervivencia en nuestro país en el ámbito de las clínicas e instituciones privadas, entrando de ese modo a una suerte de hibernación (...) Por otra parte, aquellos colegas que por entonces debieron exiliarse, oficiaron al mismo tiempo de agentes de difusión de esta especialidad tanto como de aquellas experiencias que dieron marco a su surgimiento.” Chévez Mandelstein (2012:343).

Señala también Pulice, que en ese mismo momento España inauguraba el período posfranquista, propicio para recibir estos profesionales y algo de sus experiencias progresista, siendo que aún no se iniciaba la reforma psiquiátrica allí. Sin embargo, al igual que en Argentina, las experiencias se preservaban en el ámbito privado, movidas por intereses individuales de algunos terapeutas. “Desde 1980 tenemos información de equipos de acompañamiento terapéutico funcionando clandestinamente en Barcelona y Madrid.” Chévez Mandelstein y Montuori (2016:57). En 1992 es el primer antecedente formal, como evento científico social de este grupo referenciados en el texto de AT en España (Chéves Mandelstein, 2012:34) y se trata de una conferencia de Leonel Dozza de Mendonça en Zaragoza, a la que le suceden una serie subsiguiente.

Este texto (Chéves Mandelstein, 2012) está plagado de datos de tipo biográfico, aunque a diferencia del ejemplo local anterior (Graiño y Fernández, s/d) los autores parten de la decisión fundada de no presentar su historia del AT como verdad, sino como relatos personales que se van entramando y darían cuenta de un cierto proceso, diremos nosotros, de organización y persuasión.

Marisa Pugés Allegues, refiere a los comienzos en Cataluña que:

“La llegada del acompañamiento terapéutico a Cataluña data de finales de los setenta y principios de los ochenta aproximadamente, época en la que un grupo de jóvenes, y no tan jóvenes, psicoanalistas, psiquiatras y psicólogos, provenientes la mayoría de la República Argentina, formaron un equipo llamado Camins. Este equipo se disolvió.” Pugés Allegues (2012:51).

Se destaca su capítulo por la cantidad de referencias a Valentín Barenblit-exiliado argentino-, suponiéndose que lo involucran directamente, y coincidiendo así con lo referenciado más arriba por Pulice (2012:343). Otro extranjero que participa

aún y de forma destacada por su inscripción institucional y desarrollos teórico-técnicos, en la trasmisión del AT en España, es Leonel Dozza de Mendonça, brasilero migrado a Madrid, él menciona – y en su imagen metafórica se aprecia su condición ciudadana-, que:

“...puedo decir con mucha satisfacción que España le ha concedido la nacionalidad española al acompañamiento terapéutico, el cual ha dejado de ser una mera entidad extranjera (ante todo argentino- brasileira).” [y continúa] “...estamos construyendo un acompañamiento terapéutico con una identidad propia y con las marcas de nuestro tiempo y lugar.” Dozza de Mendonça (2012:42).

Por otro lado, si bien hemos evidenciado el despliegue del AT en Brasil a partir de la variable de territorialidad, valga aquí mencionar a Antonio Lancetti, psicoanalista que trabajaremos en el siguiente capítulo respecto a su clínica, y que fue un de los muchos argentinos exiliados al país vecino, en su caso, cuando allí aún continuaba el golpe militar. Lancetti, no solo propagó la experiencia de AT sino que generó progresiones para una clínica por fuera del setting de consultorio (Lancetti, 2008) y llegó a ser un referente en la reforma antipsiquiátrica de Brasil al regreso de la democracia, incluso tomando cargos públicos. No se ha encontrado hasta el momento bibliografía en español ni referencias a su pasado en Argentina respecto al AT, aunque sí ha teorizado al respecto, en portugués (Lancetti, 2008, 2006).

Al igual que ocurrió en distintos campos sociales movilizados por el progresismo en las décadas de 1960 y 1970, las dictaduras militares en nuestros territorios apuntaron directamente a diseminar las organizaciones y persuadir a partir de políticas del terror. En este sentido, insistimos como plantean Sáliche y Ambrosini:

“En esos años las prácticas anti-manicomiales que se desarrollaron fueron importantísimas, pero la llegada de la dictadura implicó la desarticulación absoluta de todas estas experiencias, además de la desaparición física y exilio de varios de los responsables de dichas propuestas, debido a una estrategia de disciplinamiento social (...) durante dicha dictadura militar el acompañamiento terapéutico sobrevivió en clínicas e instituciones privadas, de manera silenciosa.” Sáliche y Ambrosini (2017:58).

Consideramos que esta supervivencia por la vía privada, resultó ser su propio Caballo de Troya, el período de hibernación que mencionábamos con Pulice más arriba. El pasaje de los comprometidos trabajadores de Salud Mental a los monotributistas de los 90, se comprende mejor al evidenciar por un lado, todos los avances progresistas a nivel teórico-técnico y fundamentalmente ideológico que se desarrollaron décadas antes y perduraron a partir de voluntades individuales; y por

otro lado, a una precarización grave de las condiciones laborales en un Estado neoliberal, la desarticulación gremial y colectiva, la propagación de los profesionales psi en consultorios privados que supondrían movilidad social y legitimidad en el campo profesional con el logro de incumbencias específicas, que progresan a las actuales lógicas prestacionales en los programas de rehabilitación.

El caso de Córdoba

Desde el estudio bibliográfico y documental realizado, se desprende que las primeras experiencias del AT en Córdoba comenzarían a mediados de los 90, como espacios de formación y prácticas dentro de instituciones psiquiátricas privadas de la ciudad capital. A diferencia de las menciones en Buenos Aires – aunque influenciadas por ellas-, que se hubieron de plantear como alternativas a la internación asilar de iniciativas personales, en este contexto surgieron como vías de pasaje hacia el afuera institucional y desde su inicio con espacios de formación y supervisión incluidos. Sin embargo, hemos encontrado referencias a ciertas experiencias individuales, de forma aislada, años anteriores, como la siguiente:

“Con esta breve revisión de la evolución del Behaviorismo como paradigma empírico primero y aplicado en psicoterapia después, se encuentran los fundamentos de las primeras aplicaciones clínicas de lo que hoy serían funciones del Acompañante Terapéutico (AT). Desde sus comienzos, los terapeutas de conducta entendían que debían realizarse intervenciones en el ambiente mismo de los pacientes, implicando en ocasiones a familiares o extensiones terapéuticas que eran denominados Co-Terapeutas. Desde esta perspectiva, personalmente nunca olvidaré mi primer paciente, a quien asistí en 1985 en calidad de auxiliar del Profesional tratante, Raquel Krawchik; quien me dio las indicaciones precisas del programa de tratamiento que debía ejecutarse en el domicilio mismo del paciente. Se trataba de un caso de TOC severo e incapacitante, con indicación de neurocirugía (...) Por entonces, aplicamos técnicas como desensibilización sistemática, exposición con prevención de respuestas y reestructuración cognitiva, entre otros recursos que ahora recuerdo. Los resultados fueron sorprendentes: se evitó la neurocirugía, se lograron adaptaciones funcionales y satisfactorias en la vida diaria y familiar.” Mías (2016: XI).

Sería preciso interrogarse si tomar esta experiencia como ejemplo respondería a un antecedente previo de la práctica del AT (aún no formalizado u organizado y con capacidad de persuadir) o respondería a otras prácticas, conceptualizadas desde otro lugar. Este debate no trataría solo de identificar una antecedencia de carácter historiográfico, dentro de una reconstrucción racional, sino por el contrario, en la

actualidad y en relación al campo de saber, este carácter ontológico sigue siendo debatido. Se plantea si es posible de pensarse el AT desde diferentes nociones teórico-técnicas o, debiera responder a su nicho psicoanalítico - en sentido estricto- o psicodinámico -en sentido más amplio-, en el que fue concebido (Giraudó, 2016; Castejón Hermann, 2016). A este respecto se discutirá en el capítulo propio de las problemáticas del AT como campo de saber.

Adelantemos también al respecto que, desde enfoques cognitivos que abordan al AT en Argentina (Tolosa, 2015; Tolosa y Jozami Nassif 2016), reconocen que este campo deviene de enfoques psicodinámicos, aún considerándolo factible en su propia heurística desde el cognitivismo, pero diremos nosotros, respondiendo a otro P.I.CI. Vemos así, que:

“...resulta llamativo, además, que la evolución del AT se haya producido, preponderantemente, desde un modelo psicoanalítico, cuando las bases epistemológicas y el cuerpo de investigaciones y teorías que dieron origen a la terapia de conducta de las décadas del 30 y 40 tendían a que el trabajo terapéutico se realizase más allá de los límites del consultorio. La tradición emblemática del psicoanálisis se ha representado con la figura de un analista con su diván, con un cumplimiento estricto del recinto del consultorio como parte del encuadre terapéutico, en contraste a los modelos conductuales que proponían que el paciente debía ser expuesto a las dificultades en el contexto en que se aprendieron y se reforzaron. Más aún, las técnicas y estrategias de intervención conductual, desarrolladas por los pioneros en la terapia de la conducta (...) suponían un terapeuta activo y un encuadre terapéutico flexible que pudiera idear estrategias que inhiban, eliminen o desarrollen conductas bajo los principios del aprendizaje y en los contextos que habían sido reforzadas, lo cual implicaba también la presencia de un co-terapeuta o Auxiliar que pudiera sostener las prescripciones del tratamiento.” Mías (2016: XI)

Situación esta, que aporta a nuestra hipótesis respecto de cómo la invención de la práctica no deviene de la evolución de una teoría ni de una técnica.

El primer antecedente de una práctica sistematizada, sistematizada en tanto cuenta con un proyecto de instalación de la práctica, es decir, con organización a partir de espacios de formación, supervisión clínica, encuadres establecidos para el encuentro con los pacientes, perfil de practicantes, población más o menos estable a la que va dirigida y un contexto institucional e intersectorial de prácticas. Para su comienzo fueron imprescindibles las operaciones de organización y persuasión para instalar una práctica clínica novedosa con carácter local. Resulta llamativo que, si bien hubo vías de trasmisión del AT en el extranjero a partir de exiliados en los 70, esta historia de Córdoba, está centrada en la figura de una exiliada política que en su

regreso al país asume la instalación y trasmisión de esta práctica en Córdoba esos primeros años.

“En el año 1995, retorno del país después de 20 años de ausencia. La Dra. Bermann, una de las dueñas del Instituto Bermann, que se ocupa de atender a pacientes psiquiátricos crónicos, me encomienda organizar el Servicio de Psicología (...) En ese mismo año, la titular de la cátedra de Psicología Clínica de la entonces Escuela de Psicología de UNC, solicita a la Institución un espacio para que sus estudiantes de 4to año realizaran una práctica. Ese fue el comienzo de una relación entre el Servicio de Psicología que coordino, con la Universidad, que perdura hasta hoy, ya que me encuentro integrada como docente en la cátedra mencionada.” Heredia (2000:1).

Otra resultó ser su experiencia en la Facultad de Psicología años después; pero en ese entonces, encarnó el proyecto de organizar estas primeras experiencias de AT en la ciudad. Se evidencia hasta aquí, cómo este surgimiento responde a una demanda institucional – la necesidad de prácticas preprofesionales en la universidad-, con la oportunidad para otra institución – el Sanatorio Bermann-, de generar nuevas prestaciones clínicas.

La modalidad establecida desde el comienzo, fue:

“En términos organizativos el servicio de acompañamiento terapéutico, al ser un servicio gratuito y voluntario en este Instituto, se brinda dos veces por semana con una cobertura horaria de 2:30hs por semana de atención directa con el paciente y 6hs de trabajo con los estudiantes (contención, seminario, redacción de informes, organización de actividades grupales) (...) El período de acompañamiento que realizan los estudiantes es de 2 meses a 2 meses y medio de duración.” Heredia (2000:3).

Resulta interesante esta emergencia del campo local que, aunque devenido de demandas institucionales y no de progresiones teórico-técnicas, está centrado en la lógica de la transmisión clínica dentro de un P.I.Cl. hipocrático.

“...así fue que se instalaron espacios de contención y reflexión clínica y otros de capacitación en la modalidad de seminarios pues adhiero a la idea que la mejor manera de aprehender la clínica es en la reflexión permanente entre teoría y práctica, en el marco del acompañamiento muy cercano de profesionales con experiencia.” Heredia (2000:1).

En la actualidad esta lógica se ha invertido en las instituciones y en las prácticas ambulatorias, donde prevalece una lógica inversamente proporcional, del encuentro con los pacientes en relación con las formaciones del at, los espacios de contención, la lectura institucional, etc. Podemos decir que lo mismo ocurre respecto a la duración de los AATT, tanto en las prácticas como en la revisión bibliográfica sobre casos clínicos, se evidencia la prolongación incluso por años de los procesos de AT. Las

consecuencias de esto último, serán también revisadas en tanto campo de saber, pero valga aquí adelantar sobre una de las premisas hipotéticas con las que contamos, y es que en las últimas décadas el movimiento de desmanicomialización ha utilizado el AT junto con otras prestaciones como Centros de Día, Casas de Medio Camino, Residencias, etc. que, a pesar de sus buenas intenciones, no han logrado más que descentralizar el tratamiento, pero no desinstitucionalizarlo.

Volviendo a estas primeras experiencias institucionales, también contamos con el contraejemplo, aunque quizás infrecuente, de AT de larga duración en esos mismos años en el Sanatorio Bermann, tal el caso documentado en Bergliafa y Puente (2008). Esta institución, cerrada a finales de los 90 por un contexto neoliberal escandaloso de ajuste a las instituciones prestadoras de PAMI, continua, al menos por pocos años más, algunos de sus proyectos en relación con otras instituciones:

“Desde el cierre del Instituto Bermann la práctica ha continuado en otras instituciones privadas (...) Este año 2001, desde la subsecretaría de extensión a la Comunidad de la Facultad de Psicología se dicta el Curso de Acompañamiento Terapéutico con la modalidad de curso intensivo y autofinanciado.” Heredia (2001:1)

En este nuevo contexto institucional, el curso se dictó en 100 hs. de Abril a Julio con entrega de trabajo final en Agosto, asistiéndose Martes, Jueves y Viernes por la mañana. Las prácticas se harían en el Sanatorio Alberdi, pocos años después también cerrado.

El Sanatorio Alberdi, fue una de las instituciones que recibió pacientes ante el cierre del Sanatorio Bermann, e incluso también a profesionales, y es donde se continúa la organización institucional e intersectorial, propuesta para esta práctica años antes. Como veremos a continuación, el AT disponía rupturas en las lógicas asilares y también en relación a la Psicología, porque no se contaban con pasantías de funciones psicoterapéuticas o psicodiagnósticas, o de otras áreas profesionales, sino que al AT se le suponía un saber importante para la clínica psi aunque aún, en ese entonces, y diremos aún, no haya sido bien delimitado.

“Dentro de este contexto y en el marco de este movimiento de apertura que aún continúa, en octubre de 1999 se realiza un convenio con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, para que alumnos que cursan la Cátedra de Psicología Clínica y el curso de Acompañamiento Terapéutico de la Subsecretaría de Extensión a la Comunidad, realicen su práctica de acompañamiento terapéutico en esta institución. (...) Este programa de capacitación teórico-práctico implementado desde la Facultad de Psicología está organizado y coordinado por la Lic. María Estela Heredia. (...) En Octubre del año 2000 se inicia el primer grupo de estudiantes. Los

alumnos de la Cátedra de Psicología Clínica realizan una primera experiencia de dos meses de duración. (...) Los alumnos del curso de Extensión, realizan su práctica como acompañantes en un período de cuatro meses. (...) En la institución la práctica se instrumentaba los días Martes y Viernes, en una jornada de 9 a 13hs en la que se realizaban diferentes tareas.” Bringas, Ferreyra Bettucci, Juaneu, Kretzky y Aguilar (2001)

Nuevamente aquí se aprecia que el encuadre estaba montado sobre demandas que no contemplaban las del paciente, sino con fines organizativos que exceden la clínica. Tal el caso de la diferencia de duración debido a la característica de inscripción institucional del practicante y no del caso (alumno de grado- alumno extensionista). Respondiendo también a una demanda social y articulando la demanda con lo que podría interpretarse como progresiones para el campo, encontramos que:

“En 1998 algunos de los estudiantes comenzaron a demandar continuar la capacitación... Para satisfacer esta demanda elaboré un programa de capacitación de segundo nivel o profundización del rol. Consciente de que cada vez este rol se iba instalando en una alternativa laboral para estudiantes y psicólogos, decidí incorporar como docentes en ese nuevo programa de capacitación a diferentes tendencias teóricas y prácticas del quehacer del campo de la salud mental” Heredia (2000:1).

Tal como plantea Huertas (2001) la otra operación importante para la invención de un campo de especificidad, es la capacidad de persuadir a lo social, que comienza con actividades en los espacios más cercanos que vayan logrando organización. De las actividades más destacadas en la política de persuasión, se encuentran los encuentros, jornadas, congresos, etc. En este sentido encontramos que este grupo de Córdoba, comienza a participar de espacios colectivos con otros practicantes de AT:

“Como Facultad de Psicología se ha participado en el II Encuentro Nacional de Acompañamiento Terapéutico y el I Encuentro Interamericano de Acompañamiento Terapéutico organizado por la Dirección de Capacitación Continua de la UBA donde ya se presentó la idea de incorporar la formación del Acompañante Terapéutico como carrera intermedia en la Facultad de Psicología, para dar una organización académica a la formación. Se presentan los principales contenidos de formación.” Heredia (2001:1)

Este documento se trata de un abstract, y lamentablemente no se encontraron en los archivos personales de Estela Heredia en Argentina el trabajo completo o la propuesta de carrera intermedia. Se conjetura que este abstract se presentó seguramente en el Congreso de Córdoba 2001 en la Mesa Redonda de Formación Académica. En el folleto publicitario con el que se cuenta de archivo, aparece “panel

a confirmar”, pero sería esperable suponer que fuese ahí donde participase con este trabajo, también considerando que ella fue parte de la Comisión Organizadora. Por otra parte, la referencia a la Universidad de Buenos Aires, no ha podido ser constatada por otra fuente.

Sobre la formación teórica en estas primeras experiencias institucionales, se destaca en trabajos y se corrobora en los apuntes de la época que:

“A mediados de 1996, se presenta a la institución la Lic. Silvia Cid con la oferta de una capacitación interna en Acompañamiento Terapéutico en la línea de las autoras del primer libro que conocimos sobre AT, las Lics. Kuras y Resnizky, con la incorporación de elementos del psicodrama incluidos por la psicóloga mencionada. (...) Desde 1997 (...) vamos incorporando otros autores (...) Gustavo Rossi y Gabriel Pulice, así como, de Federico Manson, fueron y son muy útiles en la capacitación de los AT en nuestra institución.” Heredia (2000:1).

Sobre la Lic. Silvia Cid no se han encontrado más referencias que la presente. Retomaremos en capítulos siguientes la relación entre el AT y otros campos del saber como el Psicodrama, muy presente desde sus inicios y aportando argumentación a la actual Clínica de lo Cotidiano (Dozza de Mendonça, 2014).

Este ensayo de reconstrucción racional historiográfica del caso de Córdoba, está sesgada por la heurística bibliográfica y documental elegida, pero sin desconocer la necesidad de rescatar y valorizar otras experiencias que surgen en estas locaciones por fuera de lo institucional alrededor de finales de los 90 y el comienzo del nuevo siglo. Pero entendemos que, como caso, el recorte elegido es representativo de los operadores políticos implicados en la emergencia del campo, la emergencia en el ámbito privado, aunque con practicantes ad-honorem, de la argumentación teórica puesta a disposición secundariamente a la demanda social y a la necesaria visibilidad de discontinuidad con las experiencias documentadas en Buenos Aires.

Nuevo dato empírico

Existe una recurrencia evidenciada en las referencias históricas del AT en los textos tanto nacionales¹ como extranjeros (por ejemplo, Tavares Da Silva, 2003, De

¹ Ver apartados sobre Historia del AT y sobre Los capítulos de historia en los libros de AT en Argentina.

Araujo Pitiá, 2002), respecto a sostener que el primer texto de AT se trataría de un artículo de 1984 publicado en la Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (n 30:21-28), por ende, cumple el carácter de científico además de fundacional. Este artículo de Beatriz Dorfman de Lerner (1984) titulado «*Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el acompañamiento terapéutico*» tan referenciado como fundacional, resulta desconcertante desde varias aristas. Por un lado, quizá el menos importante a este respecto, es que cuenta con innumerables errores formales en la escritura, como omisiones de citas y referencias. Pero, por otro lado, el que más nos interesa destacar, es respecto a las definiciones que hace sobre el AT, a las referencias históricas, los compromisos epistemológicos, los emplazamientos técnicos, a la relación con otras disciplinas y muy especialmente a la representatividad que puede encarnar respecto al campo que ya estaba emergiendo como hemos trabajado más arriba.

Se aprecia en este artículo, una noción de temporalidad en el título, a modo de construcción conceptual, “nuevo modo”, y comienza el texto con una referencia histórica, cómo dato dado “*Hace poco más de cincuenta años...*” (Dorfman de Lerner, 1984: 22) para referenciar lo que quisiera presentar como novedad. Este hecho, además de las incoherencias lógico argumentativas, nos sugiere una noción de temporalidad lineal, continuista, progresiva de ese campo y más aún cuando refiere prontamente que: “*Antecedentes del A.T. se encuentran desde los comienzos del hombre como especie.*” (Dorfman de Lerner, 1984: 22). Sobre esta premisa podemos hacer varias consideraciones: por un lado, resaltar que el período de tiempo sideral que enmarca para hacer aparecer una técnica actual resultaría de muy improbable verificación empírica, incluso justificación teórica seria, y ni presenta dato empírico ni justificación teórica alguna. Igualmente, en aquel improbable caso que en el texto se afirma, dejaría de ser una novedad el AT como se lo pretende presentar. También se observa en el mismo párrafo un uso sobre la historia pretendiéndola como dato abstracto al realizar referencias cronológicas sin mediaciones para pasajes de períodos enormes “*...desde el comienzo del hombre como especie.... En nuestro siglo, la vida se ha complicado un tanto...*” Dorfman de Lerner, (1984: 22).

Es un texto que presentaría un hecho nuevo, con antecedentes históricos, pero ni hace historiografía ni historia de las ideas, aunque sí aparece como resolución a un problema teórico interno de la disciplina psiquiátrica desde un caso particular ajeno (el caso Renée de Sechehaye, 1979):

“Hace poco más de cincuenta años, una terapeuta suiza, trató a una paciente mediante una técnica que llamó ‘realización simbólica’... Fue así como.... La terapeuta instruyó a una enfermera para que actuara como auxiliar en los períodos en que ella no podía hacerse cargo...” Dorfman de Lerner, (1984: 22)

Luego concatena deduciendo de ahí, la premisa en la que define al AT: *“Esta actividad que hoy llamamos acompañamiento terapéutico”* Dorfman de Lerner (1984: 22) otorgando así una causalidad lineal y dando por supuesta la justificación. No genera “nuevos” problemas teóricos, sino que está planteando para dar solución a una demanda de la psiquiatría, no se evidencia un nuevo modo de investigar sino más bien la aplicación de un mismo modo a otro contexto.

Hay un apartado donde aparecen nociones ontológicas como *¿qué es un AT?* (Dorfman de Lerner, 1984: 22), donde se describen características principalmente morales sobre quien ejercería la práctica misma del AT; opuesto a la pretensión del texto sobre presentar un modelo de investigación nuevo dentro de una disciplina.

En el apartado de *¿cómo investigar con el AT?* (Dorfman de Lerner, 1984: 26) si bien hace mención a un enfoque psicoanalítico, en lo que se desprende luego parece ubicarse justamente en la posición contraria, por ejemplo, se encuentran referencias técnicas como:

“...el AT es una solución (...) ...la observación objetiva de las conductas del enfermo (...) el AT provee otra oportunidad, la de corroborar hipótesis a modo de marcha hipotéticodeductiva.(...) se puede impartir al o los AT consignas claras a utilizar (...) la respuesta de éste a su aplicación corroborará o refutará la verdad de dicha hipótesis.”(1984: 27)

“... los avances en las observaciones etológicas que influyen en los enfoques psiquiátricos. Esta línea de investigaciones es la más tradicional y la más compatible con la práctica médica, y se ejerce desde hace muchos años.” (1984: 26).

“... un aparente fracaso, pueden deberse, además del lapso de investigación demasiado breve, a: a) consigna inadecuada; o b) falla en algún punto de la relación triádica terapeuta-AT-paciente” Dorfman de Lerner (1984: 27).

Se evidencia aquí la significatividad de tratar al “factor humano” como obstáculo de verdad/objetividad/ eficacia. Resulta también, por demás llamativa, una traducción personal que hace la autora sobre el texto suizo que toma como referencia, debido a que en la cita nombra el AT siendo que como ella misma menciona más arriba, fue en Argentina con el Dr. Kalina donde se comienza a nombrar como tal este recurso, unos por lo menos, treinta años posteriores.

Respecto a los compromisos teórico-ideológicos, se basa en la idea de excluir al loco de su contexto y llevarlo a otro supuestamente (moralmente) más saludable

(Dorfman de Lerner, 1984:22); oponiéndose así al programa vigente en ese momento de Salud Mental. También se aprecia esta oposición en las consideraciones sobre el lugar hegemónico del psiquiatra o terapeuta de cabecera, propio del modelo alienista argentino, por ejemplo cuando plantea respecto al AT que:

“... [debe]cumplir adecuadamente con las consignas del terapeuta de cabecera. (...) no es concebible el AT sin el respaldo de un terapeuta de cabecera” (Dorfman de Lerner, B.1984:28). Así mismo, ante lo que interpreta como: *“... una relación patológica entre el paciente–niño y su entorno”*, por oposición presenta al terapeuta como *“... el rol-función paterna de discriminación (...) mientras el AT (...) en su rol-función materna”* Dorfman de Lerner (1984:28).

Así mismo, como ya adelantamos, se considera aquí al surgimiento del AT, o más precisamente como supuesto antecedente de su surgimiento como: *“...producto de una doble necesidad, la de una paciente profundamente necesitada de atención y la de una terapeuta con disponibilidad finita.”* (Dorfmann Lerner, 1984:22). Esta premisa justificativa de surgimiento de un recurso como evolución terapéutica, es continuada por los siguientes textos publicados que parecen no caer a cuenta de las imprecisiones formales y teórico-técnicas del texto.

Se aprecia en la inconsistencia general del texto, en sentido lógico-argumentativo, la incomodidad y las tensiones de una práctica (AT) con *“...una mínima sistematización aceptable”* (Dorfmann Lerner, 1984:27) por lograr un lenguaje formalizable propio de otras prácticas científicas. En definitiva, el texto, como objeto, es de un positivismo lógico mal logrado, error capital para quienes pudiesen haber sido sus referentes, aunque la autora se identifique con el psicoanálisis, su enunciación no la acompaña.

A partir de la investigación historiográfica, recuperamos dos artículos previos al recién trabajado, ambos con diferencia de meses entre sí, uno del año 1978 y otro de 1979, es decir cinco años previos al de Dorfman de Lerner (1984). Ambos artículos como enseguida haremos notar, responden de forma más consistente al campo de la Salud Mental -horizonte de significatividad en el que emerge esta práctica-, al nicho teórico-epistemológico proveniente del psicoanálisis. Esta recuperación de lo que serían, por el momento, los primeros textos de AT dispone un aporte a la historiografía, logrando mayor intelección a partir de un dato que postdice o predice un pasado más coherente.

Siguiendo a Lakatos, la producción de un dato empírico nuevo, permitiría mayor progresión a la teorización del campo: *“Durante mucho tiempo el requisito empírico de*

una teoría satisfactoria era la correspondencia con los hechos observados. Nuestro requisito empírico, para una serie de teorías, es que produzca nuevos hechos.” (1989: 50).

En este sentido es que nos parece relevante detallar argumentativamente sobre estos primeros artículos, a condición de poder evaluar producciones ad hoc que le sucedieron.

Uno de los artículos, el primero, escrito por Santiago Korin (1978) y publicado en la revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina (v. XXXV. N 3), titulado *“Equipos psicoterapéuticos para pacientes críticos”*, trabaja la noción de grupo operativo de Pichón Riviere para pensar los equipos de abordaje múltiple. Este término es central en el primer y tercer libro de AT (Kuras De Mauer y Resnizky, 1985 y 2003:21) aunque no hacen referencia a este artículo previo. En este primer artículo, el AT es presentado como otro de los roles dentro del equipo terapéutico para pacientes graves. No presenta definiciones específicas al AT, aunque sí muchas referencias metafóricas para comprender la práctica, todas referencias que trabajaremos en el capítulo dos de la tesis sobre la figura del at en tanto otro. De las referencias conceptuales de este texto, así como AT y abordaje múltiple, surge la noción de Coordinador de equipo, que abordaremos en el capítulo tres respecto a las progresiones técnicas que hipotéticamente, devienen desde el AT. Se trata, en fin, de un texto austero en sus pretensiones, pero con referencias a los compromisos teóricos de forma determinada.

El otro artículo contemporáneo, es de Alicia Donghi (1979) publicado en el mes de septiembre por la Revista Actualidad Psicológica (Nº49), llamado *“Acompañamiento Terapéutico: una aproximación teórica”*. Este artículo, al igual que el anterior, se evidencian menos pretenciosos respecto a las enunciaciones que realizan, refiere:

“Es tarea ardua sistematizar la función del acompañante por varios motivos: primero porque es un aspecto terapéutico recién descubierto en el horizonte del tratamiento comunitario de la psicosis. No hay aportes teóricos que fundamenten y avalen su nacimiento, este surge desde la empírea.” Donghi (1979:10).

De esta primera cita quisiéramos destacar el carácter comunitario que refiere a esta práctica, referencias que surgen con esta precisión, en textos muy posteriores (Dozza de Mendonça, 2012; Chévez Mandelstein, 2012). Así mismo, en estos dos primeros textos es claro el acotamiento del recurso para pacientes graves, entre ellos

las psicosis, que retomaremos en el capítulo tres para pensar un aparato crítico de delimitación, restrinja su práctica a los fines, pudieran ser paradójicas, de favorecer la progresión del campo.

En relación a las definiciones del AT, refiere originalmente sobre su especificidad de forma concisa y muy precisa a lo que correspondería una clínica del AT dentro de un P.I.CI.:

“Ya el acompañante terapéutico a pesar de servir de pantalla para la reviviscencia de situaciones infantiles y por ende diacrónicas no puede insertarse desde el marco en la misma que se inserta el terapeuta, tendría la función de «escuchar» lo sincrónico oyendo lo diacrónico y devolver sincrónicamente desde lo real. Esto último llama la atención sobre la importancia de este tipo particular de escucha del inconsciente del acompañante.” Donghi (1979:10)

Sus antecedentes teóricos, son precisos dentro del psicoanálisis, con citas y referencias de Freud y Winnicott. Como veremos nuevamente aquí, aparece la labor del at en relación a las funciones maternas:

“En este primer momento de indiscriminación para el psicótico el acompañante debe ser sobre todo una buena madre continente y una buena madre que le permita la reviviscencia transferencial de todas las ilusiones perdidas.” Donghi (1979:10).

Así mismo, este artículo se destaca por presentar por primera vez cierta clasificación de las prácticas, que en este campo ha sido llamado modalidades (Kuras De Mauer y Resnizky, 2003:78), aunque aquí la autora menciona como acontecimientos (cambio de significantes no menor): *“Para una mejor determinación de la función del acompañante distingo tres tipos de acontecimientos: 1) el acompañamiento intensivo interno, 2) acompañamiento externo y 3) acompañamiento de emergencia.”* Donghi (1979:10). Estas modalidades establecen como lo propio del AT el trabajo institucional, a diferencia de referencias historiográficas ya trabajadas más arriba y la inmediata referencia respecto a lo comunitario. La primera modalidad plantea un acompañamiento pensado para la adaptación institucional en las internaciones, el segundo en relación a las salidas institucionales y el tercero como recurso que refuerza los profesionales de la institución ante una emergencia. En todo caso, el punto cero para definir las modalidades, es la institución.

A diferencia de Dorfman de Lerner (1984), el artículo de Donghi establece el lugar del at en concordancia con lo que se planteaba en la época respecto a los equipos interdisciplinarios de salud mental, aún teniendo en consideración que en las prácticas no es una apuesta resuelta al día de hoy. A este respecto, menciona entre

otras cosas que: *“... quería considerar la importancia de la inclusión del acompañamiento en las reuniones del equipo tratante del paciente (terapeuta individual, familiar, etc.) para intercambiar información y supervisar la tarea.”* Donghi (1979:11).

Así pues, esperamos se puedan ir incorporando nuevas referencias empíricas, pero fundamentalmente, que esas evidencias arrojen mayor coherencia para establecer las progresiones del campo.

Sobre los capítulos de historia en los libros de AT en Argentina

Tal como plantea Chévez Mandelstein: *“Al parecer es una tradición en las publicaciones sobre acompañamiento terapéutico empezar el libro con alguna referencia a la historia del dispositivo.”* (Chévez Mandelstein y otros. 2012:33), y tal como venimos planteando en relación a la historia del AT como una historiografía poco documentada, oficializada, persuasiva, centralista o unitaria en términos territoriales, discontinuista aunque lineal, inespecífica, especulativa, localista no local, autorreferencial y legitimada por repetición, presentada como respondiendo a una necesidad clínica en un uso ingenuo de la teoría historiográfica. Sin embargo, consideramos preciso retomar en este apartado, el tratamiento que se le ha dado en cada texto, evidenciando que la historia narrada queda circunscripta a un capítulo determinado, casi siempre el primero, sin posteriores articulaciones. Este emplazamiento inicial puede bien representar el carácter basal pero también advertimos, a la luz de nuestra caracterización, responde al sesgo lineal sobre el que venimos insistiendo, en contraposición a una historiografía de programas de investigación en pugna que sostenemos. En esta instancia, nos limitaremos a señalar compromisos epistemológicos y las decisiones metodológicas que estos implican.

En el primer libro de AT, la historiografía se acota al prólogo escrito por Eduardo Kalina (1991[1985]), donde narra autobiográficamente conciente de tratarse de una historia de la historia, las decisiones por las que se inventa la práctica en su equipo y por los cambios de nominación, de “amigo calificado” a at en tal sentido aquí se aprecia un cierto “contexto de descubrimiento” desarrollado brevemente y como historia interna: *“...recién en 1970, creé el rol de «amigo calificado», como resultado*

de la necesidad de contar con más recursos para tratar adolescentes con problemas de adicción a las drogas” Kalina (1991:13). Continúa: “...y lo que me impulsó a poner en marcha mi idea de crear los «amigos calificados» fue una experiencia que el Dr. Mauricio Knobel llevaba a cabo con la Lic. Mirta Estamati de Bianucci, quien acompañaba a una joven que padecía severos problemas psiquiátricos. Me decidí.” Kalina (1991:13), por lo tanto, pareciese por sus propias palabras que la decisión se trató de nombrar más que de una invención individual de la práctica. Por otro lado, en un pie de página (Kalina, 1991:16), también aduce haber inventado el término de abordaje múltiple, noción ya presente en el artículo de Korin (1978) como vimos en el apartado anterior. Sí se evidencia con claridad su dispositivo teórico ideológico frente al modelo asilar y lo que él refiere como cliniquismo en los pacientes graves. Sus principales referencias son el psicoanálisis de Bleger y la noción de “Pathfinder” a la que accede en un viaje a EE.UU. para el tratamiento no profesional de alcoholistas.

En ese mismo texto Kuras y Resnizky (1985) proponen no una historia del AT pero sí una contextualización histórica para su posicionamiento teórico dentro del psicoanálisis kleiniano, su postura clínica de no neutralidad y las concepciones en relación al enfermar.

En su siguiente publicación, (Kuras de Mauer y Resnizky, 2003) un texto donde revisan su primer libro a partir de una importante crítica realizada por Pulice y Rossi (1994a y b), en el primer capítulo llamado “*En busca de la subjetividad destituida*” no retoman la cuestión del surgimiento del AT, sino que optan por hacer una historia cultural, relacionando la época cultural actual y sus efectos en las nuevas sintomatologías, la noción de sujeto que postulan ya con nuevas referencias teóricas (Psicoanálisis Vincular).

En 2005, su tercer libro “*Territorios del Acompañamiento Terapéutico*” ya no responde a críticas y ajustes ad hoc, las referencias históricas aparecen en un breve apartado denominado “*Algo de Historia*” (2005:18) donde la única referencia historiográfica es mencionar que el pasado del AT fue épico y en adelante se centran en historiar como contextualización externa a la caída del Estado posterior al 2001 en Argentina y las consecuencias subjetivas de la época, así como las luchas actuales que presentaba el campo del AT respecto a sus necesidades académicas y de legitimación social. Refieren:

“La pertenencia institucional dejó de ser una ilusión. La formación, así como la bibliografía publicada en los últimos años y los Congresos nacionales e

internacionales responden a una doble circunstancia: la necesidad de convalidar esta profesión y la insistencia de una demanda que la justifica.” Kuras de Mauer y Resnizky, (2005:18).

En el texto “El AT como dispositivo” (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011) retoman nuevamente con un cambio de perspectiva teórico, la problemática de la invención de la práctica. Refieren:

“En unos pocos trazos podríamos ubicar en estos 40 años cuatro etapas que nos marcaron.

*En primer lugar, la **prehistoria** de esta profesión, entre 1970 y 1985. Este fue un tiempo en el que surgió una clínica épica, en acto, de urgencias, de «patrullas» como las llamaban en el Servicio del Hospital Lanús de Mauricio Goldemberg y Valentín Barembliit...” Kuras de Mauer y Resnizky (2011:41)*

Nos detenemos aquí para hacer notar que en esta periodización que presentan, la historia estaría marcada, la cronología comienza, cual nacimiento de Cristo, con la publicación de su primer libro (Kuras de Mauer y Resnizky, 1985). A estas referencias le siguen en su periodización un período de conceptualización (1985-2000), de institucionalización (200-2010) y de legalidad desde 2010 – el texto es de 2011-. Valga adelantar, algo que se trabajará en el capítulo tres de la tesis, respecto al campo del saber, y es que las autoras mencionadas, en sus diferentes libros evidencian cambios teóricos aunque consideramos no cambian de programa clínico.

Rossi y Pulice, ya desde sus primeras publicaciones problematizan las nociones de historicidad en relación a la invención o surgimiento del AT y refieren que: *“Como toda historia, esta tiene más de una versión, y vamos a ver como esto va a estar íntimamente relacionado con la diversidad de concepciones acerca de la función del acompañamiento terapéutico.”* (Pulice y Rossi, 1994a:13). Todas las versiones que trabajan respecto a sus inicios son extra muros, a diferencia del Caso de Córdoba, aunque ya advierten que hay un repliegue institucional con los cambios en salud mental en la década de 1990. Desde muy pronto el AT estuvo pensado desde diferentes teorías lo que no implicarían diferentes P.I.CI. *“Estas prácticas fueron sistematizándose de manera paulatina, desde distintas posiciones teóricas, con mayor o menor rigurosidad...”* Pulice y Rossi (1994a:16).

Los mismos autores, en su libro de 2004 continúan con la referencialidad de versiones sobre el surgimiento del AT, en esta oportunidad introducen algunas referencias de antecedentes intramuros: *“Otra de las versiones que puede ser considerada también, ubica los orígenes de esta función dentro de la clínica*

psiquiátrica y de una apertura en el interior de esta.” Rossi y Pulice (2004:15) hacen referencia a las experiencias en el Hospital Borda por el Dr. García Badaracco según él mismo refiere desde 1960.

Rossi, Pulice y Manson en (2007) establecen dentro de su seminario internacional una Historia del AT: movimientos sociales en salud mental. Este texto realiza una historia externa, recayendo sobre el movimiento de salud mental, en esta oportunidad lo refieren en plural, para dar razones sobre en nicho del cual emergen, las versiones del AT. Se aprecia así que hay continuidad por estos autores respecto a considerar la historiografía en términos falsacionistas, provisorios y como horizonte de significatividad.

Saurí (1997) en una conferencia que da en Córdoba (aquí no se trata de un libro sino del documento de desgrabación) plantea cierta historia interna del AT dando razones de su surgimiento a partir de modificaciones del mismo campo de salud mental, cambios teóricos, técnicos internos, aunque presentado en forma de lista y no como trama narrativa de intelección, pueden ser considerados de relevancia.

Encontramos también en varios casos, ejemplos de historizaciones con saltos temporales irracionales y/o sin argumentación al respecto. El primer ejemplo ya lo referimos respecto al artículo de Dorfman de Lerner (1984) más arriba, pero en textos de formato libro y dentro de capítulos destinados a la historia, se encuentran que: *“De esta manera, su implementación dio un marco legal a quien, en la década del 60, el doctor Eduardo Kalina había caracterizado como ‘amigo calificado’. Esto es hoy el AT.”* Audiso (2017:31). Otro ejemplo sería el texto de Carnier (2008) que pretende historiografiar sin dato empírico y con referencias a filiaciones filosóficas, ideológicas, teóricas, que confunden los antecedentes históricos con el nicho conceptual, llegando así como hace Dorfman de Lerner hasta la prehistoria (sic).

En el libro de Gabriel Pulice de 2011, ya establece su primer capítulo como una historiografía interna, aunque enclavada en el campo de la salud mental, bordeando lo que sería un mito de origen. Establece claramente al psicoanálisis como teoría dominante y un marco ideológico basado en la crítica al hospitalocentrismo, la necesidad de configuraciones interdisciplinarias y apoyo al tratamiento en el ámbito público y comunitario. Resuelve la nominación originaria como “aparición en escena”: *“La aparición en escena del Acompañamiento Terapéutico está fuertemente atravesada por ese contexto [del Campo de Salud Mental]: ligada a una praxis que se ubica más como una investigación que como una ciencia establecida... sería*

necesario un prolongado período de maduración para que, más allá del multiatravesamiento de saberes que le da origen, pudieran comenzar a delimitarse con alguna precisión los contornos de su figura. Esto permite entender la diversidad de versiones que pueden escucharse sobre su creación y surgimiento, así como la dificultad con que nos encontramos en el inicio de nuestra experiencia para establecer un marco conceptual propio y sustantivo.” Pulice (2011: 16).

Sobre esta orfandad teórica, aunque no ideológica, se establecen las primeras iniciativas de organización colectiva que se materializan en encuentros, congresos, luego asociaciones, formaciones, reglamentaciones, y demás inscripciones en lo social (Pulice, 2011:19).

Vale destacar también que en este capítulo se reconoce al artículo de Alicia Donghi (1979) como el primero específico de AT dentro de una serie de incipientes publicaciones en ámbitos locales que no especifica (Pulice, 2011:17).

En el libro sobre AT en España, Pulice hace mención cada vez más a desenfocar sobre lo que sería un origen como evento identificable: *“...surge al comienzo apenas de manera muy imprecisa, a partir de aquello que hacía límite a las otras especialidades y disciplinas. Comienza así a esbozarse una figura que - podemos inferir- por algún tiempo permaneció sin nombre.”* Pulice (2012:343).

Vitelleschi y Audisio (2017) pretenden hacer una historiografía sin datos, con referencias al nicho teórico-ideológico, como historia externa, pero no es causal. El contexto aludido no explica del todo el surgimiento de la práctica de la forma lineal planteada porque aparecen también otras prácticas, progresiones diferentes del campo de la salud mental. Escogen antecedentes históricos muy inespecíficos, y cambian del capítulo 1 al 7 más o menos en 30 años de diferencia en referencia a los inicios del AT (Vitelleschi y Audisio, 2017: 21 y 65). Presentan frecuentes imprecisiones en los datos empíricos elegidos aunque no los citan se evidencian como repeticiones de esos textos “inaugurales” de la historia oficial.

Otro ejemplo de historia oficial se encuentra en Patrignoni (2020). Sin embargo, aporta datos en un capítulo más acotado a la historia del AT en relación al Hospital Esteves en Provincia de Buenos Aires, su relación con una emergencia informal y los posteriores procesos de inscripción académica hasta llegar a dictarse en la actualidad una Tecnicatura en dicho nosocomio. Si bien repite la historia oficial y centralista, introduce dos referencias en salud mental importantes para una historia externa, el caso del Centro Piloto desarrollado por el doctor Grimson en el Hospital Esteves en

1968 en el marco del plan nacional de salud mental de 1967 siendo él mismo quien dirigió el plan hasta 1971 junto con Alfredo Moffatt (Patrignoni, 2020:62) y la experiencia de transformación institucional en San Luis (Patrignoni, 2020:64) que es frecuentemente valorada en el contexto del AT por la participación como disertantes y organizadores en los congresos de quienes formaron parte de esa experiencia, aunque aquí no se desarrolle por su transmisión oral. Sin embargo, la tradición respecto a iniciar los textos con un capítulo de historia, fuerza enunciados exacerbados de efectos interpretativos nuevamente: *“Y si de orígenes se trata, lo podría reclamar desde la medicina hasta el chamanismo o las madres cuando con un beso sanador alivian el llanto de un niño.”* Patrignoni (2020:41).

Los cognitivistas del NOA (Noroeste argentino) tal como se identifican, que cuentan con varias publicaciones (Tolosa, 2015, Tolosa y Jozami Nassif, 2016, entre otras no tan específicas), en ninguno de los casos disponen un capítulo para la historia. Bien intencionados, resulta decir que esto es a excepción de las referencias ya citadas para el Caso de Córdoba, de lo que se pensó a posteriori habrían sido prácticas de AT a principios de 1980 (Mias, 2016: XI).

Para concluir el apartado, destacamos, acordamos y valoramos en esta oportunidad con Susana Kuras, al cambiar de referencialidad historiográfica -según sus textos anteriores -, y referir que: *“El trabajo de historización es un capítulo ineludible en todo escrito sobre acompañamiento terapéutico... pero también es riesgoso atarse a una mirada monofocal y estática de los comienzos.”* Kuras de Mauer (2012:13) aunque insista en establecer el año cero con su propia publicación de 1985 y definirse al *“Pertener a la prehistoria ágrafa del acompañamiento terapéutico...”* Kuras de Mauer (2012:14).

Consideramos así que, tomar como casos las recurrencias del tratamiento de la historicidad en capítulos específicos y aislados en los libros de AT, con las caracterizaciones referidas, aporta mayor evidencia a una temporalidad aún intuitiva - tal como lo referenciamos más arriba-, orientada para la legitimación social y la organización disciplinar.

Progresiones y regresiones del campo del AT

Sabemos ya que el surgimiento del AT respondía a un movimiento contrahegemónico en la relación locura-sociedad, pero la profesionalización del campo parece responder a otras necesidades y ordenes societales según lo viene reflejando el estudio historiográfico. Quedará pendiente aún, para próximas investigaciones, un estudio sobre sus prácticas. Por el momento, nos limitaremos aquí a presentar sucintamente las que consideramos serían problemáticas pasibles de evaluar como progresivas o regresivas para el campo en función del contenido empírico hasta aquí presentado, teniendo como eje la invención de la práctica y su legitimidad social.

Retomando las categorías de organización y persuasión como operaciones sobre lo social de parte del campo del AT y a la vez, como operadores teóricos, es decir, puestos a producir efectos de intelección; es que estimamos de importancia lo siguiente:

“A la hora de estudiar los distintos elementos que intervienen en el proceso de consolidación de una determinada especialidad médica, es tradicional estudiar, entre otros, la aparición de centros asistenciales y/o docentes, la celebración de foros específicos de discusión (Congresos, Reuniones) o la creación de asociaciones y de órganos de expresión que garanticen tanto la organización corporativa como la difusión limitada de información. Junto a ello, con frecuencia se hace hincapié en el papel desempeñado por las grandes figuras como catalizadoras de dichos elementos.” Huertas (2002:82).

Si bien esto corresponde a lo propio de la historia externa, no priorizada por el falsacionismo sofisticado, ya hemos argumentado su relevancia y queremos destacar más aún en el campo del AT los eventos colectivos de encuentros y congresos, considerándolos que son también espacios de producción o al menos circulación del saber. En tal sentido, cabe destacar que es propio del AT la masividad en la presencia de estos eventos, al igual que la abundante producción. A este respecto, es de considerar que, si bien se establecen para los encuentros comisiones académicas, no se acostumbra a filtrar trabajos por criterios de cientificidad, razón que ameritaría un estudio pormenorizado de estas producciones, pero excedería nuestras posibilidades. Baste establecer una mención sucinta de los mismos en Anexos y señalar bibliografía para mayores referencias (Pulice, 2011; Graiño y Fernández, 2015).

Sáliche y Ambrosini (2017) reconocen este armado de la especialidad al decir que:

“El otro, en lo profesional, el reconocimiento que necesitan las figuras terapéuticas es el de los consensos y de los pares psi. Una figura terapéutica para crecer en la actualización, en formación, en madurez, en consistencia primero necesita de los pares, que pueden ser asociaciones o pueden ser colegios.” (2017:136).

Otro de los modos en que se disponen las operaciones de organización y persuasión, es a través de la conformación de escuelas alrededor de maestros y discípulos. Huertas, alude a que: *“... toda aportación científica es el fruto de un complejo proceso – como de la existencia de un cierto «carisma individual» capaz de aglutinar gentes y empresas, en definitiva, de «crear escuela».” (2002:82)* A este respecto, si bien la historiografía planteada contempla una historia cultural precisa, es posible inferir que en el campo del AT aún no habría lugar para discípulos, porque no se generaron continuidades, sino por el contrario como ya referenciamos, las vías de transmisión del saber y las relaciones profesionales y laborales están más regidas por procesos de exilio, flexibilización laboral, rotación, ejercicio liberal, etc., herederos de movimientos sociopolíticos en nuestro territorio.

Uno de los interrogantes en que se trabaja en este eje es, tomando las referencias de Huertas (2002), advertir que la constitución de la especialidad de la psiquiatría española necesitó la noción de peligrosidad para consistir la persuasión, y establecer una tensa y necesaria disputa con el discurso jurídico; en tal sentido, nos preguntamos ¿Cuál será para el AT la carta legitimadora, tal como fue para la psiquiatría occidental la peligrosidad?.

En relación a la articulación de la legitimación de una especialidad y su campo propio de saber, aspecto que trabajaremos en profundidad en el capítulo tres de la tesis, nos preguntamos ¿Cabría pensar el AT como profesión sin utilizar conocimiento científico? Hasta el momento, el conocimiento que utiliza como fundamento de su objeto, de la parte de la realidad que se ocupa en sus prácticas y teorizaciones, es tomado de otros recortes de objetos de otras disciplinas, tal el caso de las teorías explicativas psicológicas, psicofarmacológicas, neurobiológicas, teorías de las técnicas psicológicas, entre otras, por lo tanto ¿Cuál sería el sentido de ese saber específico? ¿Cuál sería la validez de transferirlos? ¿Podría seguir siendo oficio o un campo de prácticas sociales no científico? Para sostener las narrativas de una clínica artesanal, clínica del caso por caso, del no intervencionismo, etc. ¿Podría pensarse una profesión sin objeto, sin campo de producción propio de conocimiento? ¿Podrían

tomarse otros saberes no científicos para el campo, en la medida en que tampoco corresponda a una ciencia?.

Estos interrogantes, que se irán articulando en lo sucesivo, implican un reconocimiento del saber sobre lo público y en tal sentido será preciso emplazar los compromisos políticos que le suponen a la Universidad como institución estatal (sean estas de gestión pública o privada). La Universidad es quien gestiona el campo en lo referente a la formación y habilitaciones profesionales en las tecnicaturas, de modo que en el actual proceso de profesionalización del AT, se instala como principal agente organizativo y persuasivo. Los dispositivos que tomamos al respecto serán, como recortes de un objeto mayor, los alcances de los títulos de Técnico Universitario vigentes en el país, entendiendo que se trataría de uno de los aspectos más prospectivos para el AT.

Formar aatt en este momento de inscripción institucional en el sistema formal, debe necesariamente replantear los conocimientos específicos del campo del AT. Nos proponemos un análisis de las currículas pudiendo dimensionar el campo específico no sólo desde situarlo historiográficamente, sino pudiendo validarlo epistemológicamente. Existe un punto sensible para las carreras de AT que quisiéramos resaltar, y es considerar que, si bien la práctica clínica del AT ya está más que comprobada en su eficacia, la producción teórica va por detrás ingenuamente en la mayoría de los casos. Esto es a reflexionar minuciosamente para los formadores - ya lo resaltamos como una problemática los desarrollos ad hoc en los P.I.Cl.-, por lo que sería clave que las currículas tengan una mirada prospectiva de la profesión que se refleje en espacios curriculares ya pensados para alojar las producciones a devenir. Puesto que el ingreso a la academia implica la legitimidad buscada, debiera también anticiparse a las necesidades del campo en producción, en el sentido que la teoría predice hechos nuevos, advirtiéndole que se ingresa a todo un sistema de gestión académico administrativo que demora muchas veces la posibilidad de actualizar los planes de estudio, por ejemplo. Como bien a evidenciado Boaventura De Sousa Santos (2018) las universidades pretenden producir innovaciones en contextos obsoletos. Así las cosas, será preciso teorizar la formación misma de esta especialidad como asunto de lo público.

Resulta preciso reflexionar el propio devenir del campo del AT en la etapa de profesionalización como inscripción institucional donde se cruzan tensiones del orden

de la práctica laboral, del campo del saber y de interés sanitario. Huertas identifica con claridad los agentes en juego aquí: *“En el triángulo «interactivo» formado por los clientes (usuarios, pacientes), los profesionales (médicos, psiquiatras) el Estado (administración), que debemos considerar en cualquier estudio social sobre las profesiones.”* Huertas (2002:23). Pero proponemos traer a cuenta el rol del Estado no solo como agente garante y administrador de las instancias de formación y habilitación de la especialidad, sino en su carácter político de disponer sentidos respecto a la locura. Consideramos y desarrollaremos en mayor medida en la tesis, la necesidad de progresar desde el P.I.Cl. hipocrático en desintitucionalizar la locura y patentizar su relación con el Estado.

Desde aquí se deducirán otra serie de preguntas. Siendo un estado científico-técnico, liberal ¿cuál sería la relación entre el debate de rol/función del AT, y el Estado, como agente en la heurística del campo? Partiendo de la hipótesis en que los diversos agentes del campo del AT - profesionales, practicantes, docentes, pacientes, familiares, obras sociales, prestadores asociados, etc.-, luchan por la regulación del campo en tanto acceso a la legitimación formal, las leyes de ejercicio profesional serán instrumentos de regulación jurídica al igual que vimos en relación al alcance de los títulos respecto a la formación.

Las Leyes que mencionan explícitamente el AT son: la Ley Nacional de Salud Mental n.º 26.657/2010 actualmente en vigencia, y la Ley Nacional n.º 25421/2001 promulgada parcialmente en 2001 sobre asistencia primaria de salud mental. Siendo esta última la primera ley nacional en nombrarlo, donde se menciona al AT como rol profesional dentro de equipos interdisciplinarios y en la segunda mención, como prestación dentro de la prevención terciaria, rehabilitación y reinserción social y familiar. En jurisdicciones provinciales, las leyes que incluyen al AT en su letra son: Ley Provincial de salud mental de Córdoba n.º 9848/2011 y la Ley Provincial de Neuquén n.º 2152 sobre protección y asistencia contra los actos de violencia familiar.

Específicamente las Leyes provinciales que regulan el ejercicio del AT al momento actual son:

Ley Provincial de San Luis n.º 0599/2007.

Ley Provincial de Río Negro n.º 4624/2008.

Ley Provincial de Santa Cruz n.º 3407.

Ley Provincial de San Juan n.º 7697/2010.

Ley Provincial de Chubut n.º X-58/ 2012.

Ley Provincial de Tierra del Fuego n.º 1036/2015.

Ley Provincial de Córdoba n.º 10.393 (sin promulgar)

Las principales problemáticas que nos interesan respecto a las leyes de ejercicio profesional y aquellas en relación a su incumbencia, son sobre las características que determinan progresiones o regresiones para el campo. Plantearemos aquí solo en términos de preguntas algunas reflexiones debido a que, desde luego es un ámbito jurídico que excede las posibilidades de la tesis. Sin embargo, entendiendo que aún se encuentra en instancias de sentar jurisprudencia según las diferencias territoriales, creemos que es atinado que desde el campo disciplinar específico, se adelanten problemáticas prospectivas al avance legislativo. Algunas consideraciones generales en este sentido, podrían ser:

Respecto a las definiciones que se establecen en cuanto a lo que sería específicamente AT y los compromisos epistemológicos que le suponen. ¿son profesionales, auxiliares, agentes de salud, miembros del equipo terapéutico? ¿deberían considerarse otras categorías no exclusivamente del área de salud?

Las definiciones en relación a quién o quienes iría destinado el recurso y los compromisos epistemológicos que le suponen. ¿usuarios de salud mental, discapacitados, pacientes, etc.? ¿se requerirá regulación sobre terceros, siendo el AT una práctica que interviene en el ámbito cotidiano en relación a otros que no demandaron el recurso? ¿a quiénes competen sus intervenciones, si se autoriza a intervenir sólo al paciente designado, o podrá intervenir sobre familiares o terceros involucrados en la situación clínica? Estos interrogantes serán desplegados respecto al campo del saber del AT en el tercer capítulo.

Las definiciones respecto al ámbito de lo social en que se emplazan sus intervenciones. ¿el at hace intervenciones desde la clínica o se orientará prospectivamente la legislación a intervenciones psicosociales, sociales, comunitarias, etc.? ¿Se incluiría intervenciones preventivas de tipo preventivas y promotoras de salud? En los últimos congresos nacionales, y específicamente en el de Córdoba 2022 con el lema “*De lo clínico a lo Comunitario*”, hay avances progresivos, aunque poco argumentados en el ámbito comunitario. No se vislumbra aún si la postura es pensada más como inclusión de un recurso clínico a un ámbito

colectivo, si se trata de una ampliación de incumbencias extendiéndose a lo comunitario o lo que podría ser una redefinición a partir de un posicionamiento en relación a lo público, tal como lo propondremos en el cuarto capítulo.

¿Qué correspondencia se establece, o su ausencia, con leyes marco superiores? ¿Se establecen competencias específicas? ¿cuál es la articulación con otras disciplinas? A este respecto, adelantamos que, si de competencias se trate, el AT se encuentra en condiciones históricas, teóricas y técnicas de reclamar a la Internación Domiciliaria en salud mental como competencia específica. En el tercer capítulo, trabajaremos las continuidades y discontinuidades en relación a otras disciplinas ya como campo de saber teórico- técnico. En el último capítulo, igualmente avanzaremos respecto a cuál es y cuál podría ser la relación con la psicología como ciencia y profesión.

Entonces, si se tomase como caso, la Ley de ejercicio profesional del AT en Córdoba n.º 10.393, en tanto representa el ámbito local y es representativa a su vez, de otras leyes provinciales de regulación profesional, - en cuanto a las categorías de progresión y regresión epistemológica que ya hemos definido-; las preguntas orientadoras a este respecto serían: ¿Por qué se utiliza la nominación Paciente siendo que las leyes marco (Leyes de Salud Mental) no lo identifican así? ¿Esto qué implicaría? ¿Qué posibilidades y limitaciones dispone la mención de “atención personalizada” para el ejercicio futuro de la profesión? ¿Es posible que el at colabore en la “recuperación de la salud”? ¿Qué perspectiva profesional determina pensar al at en términos de “mejorar la calidad de vida”? Según se enuncia, queda abierta la posibilidad que cualquier profesional del equipo tratante supervise y coordine al at ¿ubica entonces a la supervisión a la par con la reunión de equipo tratante? ¿Que cualquier profesional del equipo tratante pueda coordinar y supervisar al at no se contrapone con el artículo siguiente que menciona debe solicitarlo un médico o psicólogo? ¿Cómo determina a las incumbencias profesionales del at que sea solicitado sólo por un médico o psicólogo? ¿A qué concepción teórica-ideológica responde esto? ¿se entienden en esta ley que el at es partícipe de pensar la estrategia o sólo de ejecutarla? ¿Cómo se interpreta “labor auxiliar”? ¿Hará referencia a una concepción teórica ó legal? ¿Cuáles serían los ejes teóricos presentes en los “alcances”? ¿Cuáles son las nociones teóricas desde dónde surgen las modalidades referidas? ¿Se incluyen aquí todas las incumbencias? Todos estos interrogantes

permitirían establecer desde el estudio de caso, las perspectivas legales que dispongan al campo en relación a un plano de lo social. Reconociendo las limitaciones en la extensión de este estudio, lo mencionamos a los fines de priorizar la construcción de problemáticas, por sobre su despliegue en extenso.

Así entonces, y ya orientados al estudio de las progresiones y regresiones del campo dando por supuesto que, se trata de la invención de una práctica que ha avanzado en operaciones de organización y persuasión en diferentes estratos, para acceder a mayores ámbitos de legitimación social, queda como efecto problematizar sobre cómo se emplaza el AT en relación al campo clínico y científico, tal como desarrollaremos en el capítulo dos y tres respectivamente.

Capítulo II

Problemáticas de la clínica y la otredad.

En este capítulo abordaremos la noción misma de clínica, dando por supuesto – en sentido falsacionista, es decir como premisa previa- que la invención de la práctica de AT se circunscribe dentro de este campo. La hipótesis principal de la tesis logra aquí pleno desarrollo, puesto que presentaremos los programas en pugna dentro del AT como una reedición de disputas en la tradición clínica misma. Dentro del campo de salud mental, suele contraponerse, a los fines de definir un saber, entre el discurso psiquiátrico y el psicoanálisis. Pero estas disputas, aunque relevantes, recortan el horizonte de intelección a los últimos ciento veinte años aproximadamente. En cambio, correr el linde a partir de las tradiciones clínicas en términos más amplios, e incluso predisciplinarios, evidenciará en rigor, una mayor intelección. Se dispondrán así las disputas en el campo clínico, entre la tradición hipocrática y galénica. Ambas tradiciones ya han sido esbozadas en el primer capítulo para definir sobre cómo se construye y legitima un campo de saber clínico.

Comienza el capítulo con una breve, aunque fundamental advertencia sobre la importancia, desde el falsacionismo, de visibilizar la discontinuidad de sus discursos sobre la clínica, en especial en relación a cierto sesgo evolucionista que se aprecia en la bibliografía.

En este segundo capítulo, estas disputas implicarán una serie de definiciones en relación a la ética, la política y la técnica. Se destacarán ambos programas sobre el eje principal de otredad, en tanto ambos toman consistencia de los lugares que suponen al clínico en tanto otro. Podremos identificar en la bibliografía trabajada, a partir del reconocimiento de las metáforas utilizadas y su valoración para la ciencia, las posiciones clínicas del at, determinando así las derivas que a cada una le depara. El final del capítulo se cierra con una reseña a lo que entendemos una de las derivas más extremas de lo que podría ser una clínica galénica para el at.

Contra la ilusión evolucionista

Este apartado, propedéutico al trabajo sobre el campo de la clínica, se focaliza en advertir sobre las heurísticas que generan perspectivas clínicas centradas en la

transmisión técnica descontextualizada. Así como se ha introducido en el capítulo anterior la heterogeneidad en el campo del AT, la imposibilidad de pensarlo desde lo Uno en su conformación geopolítica, en su diversidad en las prácticas, en la desigualdad jurídico-institucional, entre otras aristas; aquí nos ocuparemos entonces de advertir sobre la importancia, desde el falsacionismo, de visibilizar la discontinuidad de sus discursos sobre la clínica.

Esta posición, implicará sobreponerse a las lógicas hegemónicas en la divulgación científico-disciplinar y culturas neoliberales que suponen lo novedoso con una valoración de superación sobre saberes previos. Al respecto William Carpenter (2007) introduce lo que Nancy Andreassen denominó la falacia a-histórica en la ciencia:

“La falacia a-histórica descansa sobre tres supuestos defectuosos. El primero de ellos es que ‘la proposición X debe ser verdad porque es lo que enseñan los expertos’. El segundo supuesto es que ‘la proposición X debe ser verdad porque es la que se anunció en forma más reciente’. El tercer supuesto apuntala los dos primeros, es que ‘si la información aumenta también aumenta el conocimiento’. E ironiza – refiriéndose a Andreassen-: ‘aunque algunos pueden apresurarse a debatir si esta falacia es un síntoma o un trastorno, propongo que dejemos que permanezca como una simple falacia, que la educación y la razón pueden corregir de manera eficiente.’” Carpenter (2007:2-3)

Quisiéramos destacar aquí, cómo se deduce y sedimenta el criterio de verdad a razón o, por el contrario, a fuerza de su transmisión. Esta problemática es nodal en este apartado, aunque no nos interesen aquí los efectos de la transmisión en sí, como práctica cultural, sino la afrenta que implicaría al saber en cuestión. Consideramos que la condición de autoridad ejercida por el experto, requiere de mayor vigilancia epistemológica en campos emergentes, habida cuenta de las operatorias ya trabajadas en el capítulo anterior respecto a las capacidades de persuasión dispuestas para la conformación de una especialidad.

El segundo supuesto que nos acerca Carpenter (2007), trata en definitiva de una premisa metafísica no develada, al trazar una supuesta cronología lineal y en avanzada, que figurase cierta legitimación mayor en determinado campo del saber por elementos que dejan eximido su rigor argumentativo.

En este sentido, Boaventura De Sousa Santos también advierte desde su sociología, los sesgos occidentalista y capitalista que sustentan las perspectivas evolucionistas en la ciencia como reflejo no sólo del trabajo de producción científica sino incluso, como reflejo de un supuesto orden natural. Refiere así:

“... la amplia aceptación de la teoría de Darwin tiene que ver, por un lado, con el hecho de que es una teoría histórica y materialista, congruente con el entorno intelectual de la época. Por otro lado, con el hecho de que es una teoría intrínsecamente optimista, en sintonía con la ideología individualista y meritocrática alentada por los éxitos del mercantilismo inglés, el capitalismo industrial y el imperialismo (Hubbard, 1983, p. 51). La selección natural es una historia de progreso, expansión, invasión y colonización. Es, en suma, casi una historia natural del capitalismo o una historia del capitalismo natural. (...) Pero si es cierto que Darwin incorporó la ideología del liberalismo en su teoría, también es verdad que los teóricos sociales y los políticos se apropiaron de ella para demostrar que tal ideología era natural.” De Sousa Santos (2021: 65,66)

Por lo tanto, y en función de recuperar una reconstrucción racional en cuanto a la conceptualización teórico-técnica de la clínica en la que se inscriba cualesquiera de las prácticas de AT, promovemos para este sentido pensar dos problemáticas.

La primera es que, a partir de la revisión bibliográfica y documental en la presente tesis, se evidencian en relación al contenido teórico técnico en el AT en los últimos 40 años, modelos explicativos y praxiológicos muy disímiles. Esta evidencia, de la que emerge la hipótesis principal de la tesis, es decir, que existen programas clínicos rivales, creemos no solo no está manifiesta en la transmisión/producción académica, sino que está más aún, silenciada. Y en tal caso, si continuamos con la doctrina de Huertas (2002) de trabajar los programas o planes curriculares actuales de AT en Argentina, como fuentes primarias para el estudio de la trasmisión de conocimientos en el campo, que han sido receptados por las universidades del país y por otros centros de enseñanza del AT, se evidenciará la falacia a-histórica ya mencionada.

Tomaremos en esta instancia solo una referencia para exceder lo anecdótico, aunque es un tema al que se recurre en más de una oportunidad en esta tesis. Un ejemplo entonces, bien puede ser la materia Psicología Clínica del AT en la Tecnicatura Universitaria en AT de esta Facultad (Gómez, 2020) donde no se menciona cuál es el carácter de la relación entre la Psicología y el AT. En ese mismo programa, sin ninguna evidencia de discontinuidades entre un campo y otro que pretenden especificarlo, se establece como contenido mínimo el método clínico y la clínica de lo cotidiano, de modo a-crítico en cuanto a sus condiciones de producción y sin que se observen andamiajes para la contextualización de esos saberes. En dicho programa no se despliega el tema más allá de los contenidos mínimos, ni en la bibliografía citada.

Tal como acabamos de reflejar, en ciertos programas de carreras o seminarios se transmiten las clínicas y su técnica, con un carácter continuista del campo del AT sin localizar discontinuidades en sus filiaciones filosóficas, históricas y teóricas.

En tal sentido, Gianni Vattimo declara sobre la verdad y sus representantes: *“...siempre el límite de suponer que la verdad «ulterior» es objeto metafísico de una intuición posible sólo a un sujeto, de algún modo titulado a captarla: el príncipe...”* (2010:17). Será menester entonces, detectar los principados en un campo emergente.

Por último, deseamos alertar respecto a los riesgos que implicaría para el campo del AT en su proceso actual de inscripción académica, que la transmisión del mismo desvirtúe o niegue las clínicas en tensión y sus filiaciones epistemológicas, focalizando meramente en una enseñanza tautológica y tecnicista del AT. Por lo tanto, postulamos que su producción en tanto saber no deberá someterse a una lógica desarrollista, progresiva, continuista en la que se le suponga una cronología lineal de avances disciplinares.

El criterio continuista en la transmisión del campo emergente, no sólo es impertinente, sino que, lo adelantamos, será siempre a favor del poderío. Aquellos que ejercen la clínica sin miras a la historia y la epistemología, centrados sólo en el ejercicio irreflexivo de su práctica, es decir muchos de los contemporáneos, confundirán entre una clínica homogénea al ni siquiera poder vislumbrar los enfoques pragmáticos; y otros centrados en la técnica, en un uso utilitarista y desideologizado, verán un sinfín de clínicas sin necesidad de debate y arrojadas al uso sincrético posmoderno. Cuando la tensión se resuelve desde la cómoda ingenuidad, será siempre a favor del poderío, léase del poder económico, de los laboratorios farmacéuticos, del modelo médico hegemónico, del pedagogismo poscolonial, de la justicia legalista, en definitiva, del modelo asilar.

De las clínicas en pugna

A razón de continuar en la reconstrucción racional del campo del AT, haciendo hincapié en las discontinuidades, presentaremos en este apartado programas rivales dentro del campo de la clínica en general. Visibilizar la puja expectación hipocrática –

intervencionismo galénico, pretende ampliar la discusión, pertinente y recurrente (Kuras De Mauer y Resnizky, 1985; Bessón, 2018a; Pulice y Rossi, 1994 a y b), entre modelo médico y psicoanálisis que lleva apenas un siglo.

Por ejemplo, en el campo del AT, Pulice y Rossi trabajan la oposición entre modelo médico y psicoanálisis para pensar la estrategia, las intervenciones, roles y funciones retomando a Oscar Masotta en relación al saber (Pulice y Rossi, 1994a:22). Así, por ejemplo, Pulice considera que el primer texto de Kuras de Mauer y Resnizky (1985) se ubica en el modelo médico a pesar que su contenido teórico explicativo sea psicoanalítico, debido principalmente a la posición ética que se desprende del clínico (Pulice, 2014: 71).

La clínica en sentido amplio, ha sido un campo de prácticas en que convergen diferentes saberes de la ciencia, tal como considera Lakatos (1989) para el estudio de la ciencia en general, y demuestra que su producción, no es lineal ni consecutiva. En el estudio de la clínica médica desde sus principios (Laín Entralgo, 2015; Canguilhem, 1971, Argañaraz, 2012), se encuentran en pugna programas, concepciones entre, la clínica galénica de carácter intervencionista, y la hipocrática de carácter expectante.

Nos referiremos aquí al hipocratismo como doctrina que trasciende, por un lado, los escritos propios de Hipócrates (*strictu sensu*) y por el otro, del extenso y diverso corpus hipocrático (*lato sensu*); sino a la doctrina que conteniendo principios técnicos, en el sentido griego de *tekhné*: como el arte de saber hacer y éticos (deontológicos), puede otorgar sentido para el campo de la salud actual (*latissimo sensu*) o Neohipocratismo, tal como lo plantea Laín Entralgo (2015). Elegimos acotar al Neohipocratismo, debido a que nos interesa el concepto en tanto precursor a pensar mayores heurísticas. Así lo define Laín Entralgo:

“Para el médico antiguo -y en cuanto mero cristianizador de la medicina de los antiguos, también para el médico medieval-, el límite de sus posibilidades como terapeuta era a la vez, recuérdese, tajante, objetivo e irrebasable. Bajo nombre de anánkê physeôs en la antigua Grecia, como necessitas absoluta en la Europa de la Edad Media, el médico veía existir en la naturaleza una región absolutamente indomitable, una zona sobre cuyo límite podrían leerse, dirigidas a él, estas dos palabras: «Nunca podrás».” (2015:12)

Este límite tendría un carácter a la vez técnico y ético.

“...el médico es ante todo un servidor del arte y de la naturaleza. La expresión hypêrêtês tês tékhnês, «servidor o remero del arte», aparece textualmente en el libro I de las Epidemias (L. II, 634) no hacen otra cosa que colaborar como servidores fieles al buen término de la tendencia sanadora de la physis; y esta es la razón decisiva,

tanto en el orden técnico como en un orden filosófico y religioso, de la regla suprema de la ética médica griega: *opheléein ê mê bláptein*, «favorecer o no perjudicar». Lain Entralgo (2015: 10)

Agrega, en oposición, en relación al auge del galenismo intervencionista:

“Bien distintas van a ser las cosas cuando la mentalidad «moderna» se configure e imponga: esto es, durante los siglos XIX y XX con la seguridad más o menos explícita de poder vencer en un momento o en otro -el «día de mañana», si no puede ser «el día de hoy»- el límite que la realidad del mundo exterior está oponiendo a su acción y su propósito.” (2015:12)

“El médico actual realiza esta idea -o esta utopía- de la permanente provisionalidad del límite, en cuanto protagonista de dos procesos históricos complementarios entre sí: la progresiva penetración del diagnóstico en la realidad del enfermo y la creciente eficacia del gobierno terapéutico de esta realidad. Desde la doble hazaña de Auenbrugger y Laennec hasta la exploración metabólica, radiológica, eléctrica y psicológica de la actualidad, el diagnóstico médico ha sido una progresiva ruptura de los límites que en el cuerpo y en el alma del paciente parecían oponerse a la penetración de la mirada del explorador; y lo mismo puede decirse respecto de la eficacia del tratamiento examinando, a vista de pájaro, la historia de la terapéutica, desde lo que ésta fue en los primeros lustros del siglo XIX hasta la farmacología, la cirugía y la psicoterapia de nuestros días. Que cada cual aduzca, para comprobar este aserto, los no escasos ejemplos que sin demora vendrán a sus mientes. El médico, en suma, ha dejado de verse a sí mismo como servidor de la naturaleza, y se siente, en cuanto terapeuta, tutor, educador y escultor de la realidad natural. El «arte», que en la Antigüedad era imitación y servicio, se ha hecho resueltamente creación y dominio.” Lain Entralgo (2015: 13)

A esta perspectiva principalmente historiográfica, podemos agregar los aportes de George Cangilhem para un estudio, entendemos, ontológico sobre el saber médico y lo patológico, con el mismo debate de fondo de las clínicas que planteamos hasta aquí. En relación a la clínica galénica, refiere:

“...podría afirmarse que la teoría microbiana de las enfermedades contagiosas debió por cierto una parte no desdeñable de su éxito a lo que en ella hay de representación ontológica del mal (...) ver un ser significa ya prever un acto” Cangilhem, G. (1971:18)
“... si se confía a la técnica -mágica o positiva- la tarea de restablecer en la norma deseada al organismo afectado por la enfermedad, es porque nada bueno se espera de la naturaleza de por sí.” Cangilhem (1971:18)

Por el contrario:

“En este caso – el hipocratismo- la enfermedad no está en alguna parte del hombre. Está en todo el hombre y le pertenece por completo. Las circunstancias exteriores son ocasiones y no causas...La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse. La terapéutica tiene que tolerar, ante todo, y si es necesario reforzar, tales reacciones hedonistas y

terapéuticas espontáneas. La técnica médica imita la acción natural (...) prolongar un movimiento interno.” Cangilhem (1971:18)

“El pensamiento de los médicos no ha dejado de oscilar entre estas dos maneras de representarse la enfermedad.” Cangilhem (1971:19)

Recapitulando, en estos pasajes se patentiza la tensión entre el hipocratismo y la tradición galénica respecto a que cambia en cada una, la noción de otro y la noción política. Para el hipocratismo el otro es un ser doliente entero, cuenta para sí con recursos para sobreponerse, el clínico será solo servidor, es decir, al servicio del otro. El otro, el enfermo, incluso enfermo, no pierde estatus como otro, por sobre el clínico. La noción política que de aquí deviene, será esbozada más adelante.

La imposibilidad del médico como límite ético ante la otredad del enfermo deja lugar a un cambio técnico, puesto que la técnica griega como arte, como saber hacer en cada caso sobre un saber general pero puesto a disposición del otro cada vez, como servidor, pasa a ser en la era moderna y mucha más aún en la actualidad, de carácter ontológico de verdad.

En el galenismo, clínica que predomina en las distintas áreas que se abocan al sufrimiento humano, el otro está despojado porque el clínico domina la técnica y la técnica tiene rigor de verdad, no instrumenta, sino que otorga sentidos.

Existe una fórmula máximamente sintética y representativa que formula Canguilhem (2004) respecto a la tensión entre la medicina galénica y la hipocrática:

“Esta ambición puede llegar a ocultar la idea de que, frente al médico y para este, un organismo enfermo es sólo un objeto pasivo dócilmente sometido a manipulaciones e incitaciones externas. (...) A cuerpo inerte, medicina activa.

(...) Si el organismo posee por sí mismo sus propios poderes de defensa, tenerle confianza, al menos de manera provisoria, es un imperativo hipotético tanto de prudencia como de habilidad. A cuerpo dinámico, medicina expectante. El genio médico estaría en la paciencia.” Canguilhem (2004:17,18)

Pues bien, a cuerpo inerte medicina activa y a cuerpo dinámico, medicina expectante, no sólo hace referencia a la técnica, sino a una noción de otro y a una ética respecto a ese otro. En tiempos de premura por transferencia científica, la clínica es llevada a subsumirse casi exclusivamente en la terapéutica. Al respecto Cangilhem realiza una serie de advertencias para esta operatoria que serán consideradas respecto a dimensionar diferentes clínicas en el AT: *“... es obligatorio recordarle a la conciencia médica que soñar con remedios absolutos significa a menudo soñar con remedios peores que la enfermedad.”* Cangilhem (1971:226).

Creemos que sería pertinente, en función de lo que venimos planteando, extender a la técnica, incluso a las técnicas de carácter simbólico en el campo de la salud mental, aquello mencionado sobre el ideal de la medicación en el galenismo. Continúa:

“...nos cuidamos de no definir lo normal y lo patológico por su mera relación con el fenómeno de la adaptación (...) la definición psico-social de lo normal por lo adaptado entraña una concepción de la sociedad que la asimila subrepticia y abusivamente a un medio ambiente, es decir a un sistema de determinismos (...) Definir la anormalidad por la inadaptación social significa aceptar en mayor o menor medida la idea de que el individuo debe suscribir al hecho de determinada sociedad (...) Luego ese concepto fue teorizado a partir de dos principios inversos: teleológico y mecanicista. Según uno: el ser vivo se adapta conforme a la búsqueda de satisfacciones funcionales; según otro, el ser vivo es adaptado bajo el efecto de necesidades de orden mecánico, físico-químico o biológico.” Cangilhem (1971:228-229)

Queda claro pues, que lo que nos resulta necesario rescatar es la expectación del hipocratismo en tanto una clínica con una ontología respetuosa de lo patológico, de docta ignorancia, paciente ante la imperatividad técnica, deferente con el otro, en tal sentido, una clínica prudente.

Ya Argañaraz (2007, 2014) ha trabajado en modo extenso los devenires de la clínica hipocrática y galénica de los P.I.C. en sus continuidades y discontinuidades para con el psicoanálisis, aquí entonces solo remarcaremos aquellos principios que consideramos serán el nicho de producción para diferentes clínicas. En este plan es clave considerar la figura de Thomas Sydenham (1624-1689) continuador y sistematizador de la clínica expectante:

“En ese momento en el apogeo de su gloria, el “Hipócrates inglés” estaba en la fuente del movimiento de renovación que un siglo más tarde se desarrollaría en los inicios de la medicina moderna; al referirse a Hipócrates por encima de la obra de Galeno, trataba de promover una medicina de observación, liberada de dogmas y sistemas, más bien avara de prescripciones (método denominado expectante), más preocupada por reglas higiénicas y profilácticas que por el activismo terapéutico intempestivo.” Bercherie (1983:24)

La caída del galenismo (Argañaraz, 2014:120) en tanto que pierde hegemonía, pero no sucumbe, tal como veremos más adelante, encontrará en el Siglo XX importantes revitalizaciones; sin embargo: *“A partir de la obra de Sydenham y su «retorno a Hipócrates» (1681) la medicina galénica se derrumba, entra en decadencia y en desprestigio, siendo suplantada durante el siglo XVIII por la «medicina clínica»”*. Argañaraz (2014:121).

Nos interesa destacar brevemente que dentro de la medicina clínica y de la clínica expectante particularmente, el clínico en la era de pre-institucionalización de la medicina occidental, es decir antes de la revolución francesa y a posteriori incluso, con pacientes que no requerían internación; se practicaba en los domicilios de los enfermos. Las visitas en el domicilio generaban una heurística diferente a aquella de reclusión, muy especialmente en lo que a patologías mentales o sufrimiento emocional se trate. El propio Sydenham establece en la visita de un paciente colérico en su domicilio, nuevos observables, que no serían posibles de recabar en el consultorio y permiten establecer un diagnóstico diferencial, un signo patognomónico e identificar factores predisponentes para el cuadro actual de su paciente (Conti y Stagnaro 2007:14-18).

Este ejercicio de atención clínico cambiará aceleradamente en el Siglo XX con la proliferación de profesiones liberales y la apertura de consultorios privados, por un lado, y de grandes instituciones asistenciales públicas en los contextos urbanos por el otro; perdurarán sin embargo las visitas domiciliarias como prácticas marginales.

El mismo Leo Kanner, ya entrado el Siglo XX, en proceso de establecer una entidad mórbida nueva, consideró pertinente evaluar pacientes en sus casas. Sobre su caso emblemático, Donald, refiere: "*Some time ago, I went to see an autistic child, the son of brilliant lawyer. I spent an evening with the family.*" Kanner (1944:422) En otro caso también menciona: "*In 1942, his parents placed him on a tenant farm about 10 miles from their home. When I visited there in May 1945, I was amazed at the wisdom of the couple who took care of him.*" Kanner (1943:121). Estas visitas estaban orientadas desde la medicina clínica con un criterio de observación expectante, no establecía intervenciones precisas sino más bien recogía observaciones sobre los niños en su propio contexto.

Siguiendo a Argañaraz (2014) respecto a que el Programa Psicoanalítico sustituyó el Programa Clínico del Siglo XIX, podemos rastrear que algunos de los primeros casos de Breuer y Freud se los atendió en las propias casas, por ejemplo, Anna O. y Katerina. Incluso a Gustav Mahler, Freud lo analizó caminando (Lancetti, 2008:27). De hecho, Breuer elabora el método catártico en la misma casa de la paciente Anna O. (Freud, 1992:51-54). De ese encuadre recibe observaciones clínicas como la sintomatología ante determinadas visitas, al igual que Sydenham a mediados de 1600 (Conti y Stagnaro, 2007).

La doctrina clínica de observar largamente los pacientes en su lecho en el alienismo, la medicina mental, la psiquiatría e incluso la salud mental, ha sufrido devenires desde las visitas domiciliarias, los asilos de alienados, la convivencia de médicos y sus propias familias dentro de colonias de alienados. Tal como evidenciamos en el capítulo anterior, el surgimiento en cierto sentido marginal del AT a su actual profesionalización, en el marco de una profesión liberal, dentro de otros desarrollos profesionales que corresponden a la historia externa y excederían nuestras intenciones actuales, representan la transformación progresiva del trabajo en los domicilios, llegando a ser incluso una práctica hegemónica actualmente en áreas como la discapacidad. Al respecto Suely Rolnik advirtió ya desde hace tiempo: “... é prudente precaver-se do perigo de construírna rua, por meio do acompanhamento terapêutico, um novo dentro absolutizado (...) Perigo de parar de nomadizar no tempoe de sedentarizar-se numa nova secao do supermercado de saúde mental” Rolnik (1997:95).

La clínica de lo cotidiano, y el campo del AT en general, puede recuperar observables con los que la clínica hipocrática ya contaba y se perdieron en los dispositivos liberales, especialmente de consultorio o manicomiales. Estos observables que surgen del campo del AT serán trabajados en el capítulo siguiente en relación al excedente empírico y los desarrollos técnicos.

Sin embargo, evidenciando que los vaivenes en los contextos de atención no representan a una u otra clínica de por sí, consideramos pertinente rescatar otros sentidos de la noción de clínica para intentar generar nuevas heurísticas. Ann Danto recupera que: “La palabra alemana **linik**, derivada del griego **kline**, que significa «cama», denota un gran cuidado, hospitalización. En la lengua inglesa el término **clinic** es, en alemán, **ambulatorium** y deriva del término latino **ambulare**, **circular**.” Ann Danto (2013:140).

Reconociendo que el AT surge como oposición al campo asilar/manicomial orientado al trabajo extramuros, genera en sus inicios una práctica que podríamos llamar, “pre-técnica” aunque orientado en una perspectiva ideológica-política: el campo de la salud mental, y en una perspectiva teórica explicativa: el psicoanálisis principalmente (Donghi: 1979; Korin:1978; Pulice y Rossi:1994 a y b, 1995; Pulice: 2012, 2014; Araujo:2013; Chauí-Berlinck: 2011; Pitiá de Araujo: 2005; Castejón Hermann: 2014; Kuras de Mauer y Resnizky: 1985, 2003, 2005, 2011; Graiño y Fernandez: 2015; Carvalho: 2004; Chévez Mandelstein [comp.]: 2012; Dragotto: 2011

a y b; Armenia: 2002; Barembliitt: 1991, 1997; Bessón: 2018 a y b; Cabral: 2005; Equipo de AT do Instituto A CASA: 1997; Gomidez Santos, R. [org.]: 2006; Kalina: 1985; Lancetti: 2008; Lima Palombini: 1999, 2006, 2009; Lima Palombini, Jover, Richter, Mesquita, Cabral, Benevides: 2004; Manson: 1995, s/d, y otros 2002; Rosetto: 2011; Rossi: 2007 a y b; Saurí: 1997; Rossi, Manson y Pulice: 1997). Sin embargo, se encuentran escasos trabajos teóricos que problematicen a la clínica misma del AT (Antúnez, 2012; Araujo, 2013; Dozza de Mendonça, 2014).

Por ejemplo:

“O AT é uma actividade muito próxima ao médico de família, quem sabe ao clínico de família? O AT me ajuda a refletir e reposicionar a clínica em diversos pontos, talvez um dos mais importantes seja que nenhuma teoria dá conta da complexidade humana tal como ella é e se revela, em movimento e no cotidiano.” Antúnez (2012:88).

Y respecto a las heurísticas que generan cambios en la clínica, adelantamos algo respecto al capítulo siguiente:

“...as teorias psicológicas auxiliam a entenderas experiências vividas que acontecem no contato interpessoal. Nesse sentido, a experiência clínica no Acompanhamento Terapêutico descontrói teorias psicológicas pré-concebidas e facilita entrar em contato com a intersubjetividade. Esta inclui a presença e o contato comos fatores ambientais, no espaço onde acontecem os problemas, os sufrimentos, as agonias e as violências humanas.” Antúnez (2012:89).

Si bien no podríamos avalar que los principios metafísicos de intersubjetividad existentes puedan resolver los nuevos problemas, sí acordamos que esta clínica debiera dar lugar a deconstruir teorías psicológicas previas. Esto mismo también advierte Leonel Dozza de Mendonça:

“(...) diría que el desplazamiento hacia lo comunitario, domiciliario y cotidiano, problematiza de una forma radical la práctica y toda la conceptualización”. (2014:232)
“si antes señalaba la importancia de validar esa «otra estructura» que es la Clínica de lo Cotidiano, ahora nos encontramos ante la importancia de validar esa otra estructura que es la psicosis.” (2014: 236)

También lo encontramos en Peter Pál Perbart prologando a Lancetti (2008):

“E reivindicaram cada vez mais fortemente uma concepcao desterritorializada e desterritorializante do inconsciente, pensado como trajeto, deslocamento, aberturas, passagens, privilegiando os devires, os meios, as variacoes, as conexoes (...) É outra subjetividade que aí se esboca.” Pál Pelbart (2008: 11).

Entendemos que el AT tiene la oportunidad histórica de justipreciar la clínica que hereda y practica, así como de atraer los clínicos a la clínica hipocrática, opuesta

a la tendencia actual intervencionista, tecnologista, científicista, en definitiva galénica, de prácticas curativas basadas en la evidencia – del big data – sumergidas en las falacias imperantes: una, lo último dicho es lo mejor (en una metafísica evolucionista) y dos, la repetición de datos da mayor validez (metafísica naturalista aristotélica). Estos anhelos serán desarrollados en el capítulo sexto. Por el momento ahondaremos más sobre otras clínicas, en plural, que han emergido en vecindad al campo del AT.

Otras clínicas

Este apartado, fue pensado como horizonte de intelección para presentar y valorar la emergencia de lo que entendemos un nuevo programa clínico, la Clínica de lo Cotidiano. Antes de definir la noción de Clínica de lo Cotidiano, que será trabajada en distintos momentos de la tesis y por diferentes derivas, expondremos aquí, quizás no exhaustivamente, aquellas definiciones de clínicas que surgen del material bibliográfico. El aporte principal será proponer evidenciar continuidades y discontinuidades para con el AT.

Se ha entendido como **clínica ampliada**, la discusión en relación a los pacientes que se iban incluyendo en diferentes prácticas clínicas, por ejemplo, ampliar el psicoanálisis a la infancia, a la psicosis, a patologías psicósomáticas, etc. Lo que se amplía es a quienes va dirigido y las técnicas, no los supuestos ontológicos y éticos que la fundamentan (De Sousa Campos, 2001; De La Sovera, 2019).

En el campo del AT es un concepto utilizado en pocas ocasiones y no está definido. Por ejemplo: “...en el marco de la concepción de una clínica ampliada.” Patrignoni (2020:46) no especifica qué implica para ella. Otro ejemplo es el texto de Frank (2016) incluso el título: «Abordajes en AT una mirada ampliada hacia la familia». En este último caso, se trataría de ampliar los sujetos de la intervención sin que esto modifique la heurística de la clínica dual. En el cuerpo del texto refiere al AT en relación a la noción de dispositivo, y no parece notar la oposición que implica esta noción con lo planteado; utilizando el término en la misma línea que Kuras de Mauer y Resnizky (2011) como sinónimo de estrategia. La problemática de ampliar el setting sigue la misma línea, en varios escritos sobre el tema familia (Frank, 2016; Bustos, 2016, por nombrar algunos), se evidencia la diferencia entre paciente y familia, a pesar de que,

en el primero de estos se toma, sin referenciarlo, la noción de intervenciones escénicas de Dozza de Mendonça (2014), desconociendo la incompatibilidad epistémica. Ella refiere: *“El acompañamiento terapéutico pensado como un dispositivo permite un abordaje ampliado.”* Frank (2016:67) *“La riqueza del dispositivo de acompañamiento terapéutico permite el abordaje ampliado no solo del sujeto sino del conjunto, en una amplia variedad de estrategias e intervenciones posibles.”* Frank (2016:73) Es más afín a la noción de abordaje múltiple (Kuras de Mauer y Resnizky 1985). *“Permite trabajar con la familia y no en contra de la familia y pensar al sujeto como una parte de ese todo, un todo que incluye.”* Frank (2016:73). Se manifiesta que se sigue pensando en el sujeto como uno, el paciente designado, y lo que se amplía parecen ser las referencias para pensarlo en términos de inclusión. Esta es una mirada ampliada dentro de una lógica dual.

Otra perspectiva de clínica ampliada:

“...para ampliarmos nossa visão acerca do AT, inclusive para além do campo psicoterapêutico, aquele no qual há uma clínico (o at) que faz intervenção no paciente (o acompanhado). O Acompanhamento Terapêutico está em expansão, buscando novas formas de ação, seja na clínica, no cinema ou em outras “praias”. Por isso talvez seja necessário falarmos de uma clínica ampliada do AT (para além das psicoterapias), ao invés de uma clínica do AT.” Tavares Da Silva (2003).

También encontramos un trabajo donde se identifican acertadamente los problemas conceptuales del campo del AT, pero los alinea con la psiquiatría domiciliaria y las prácticas de cuidado domiciliar.

“A importância de conceber e praticar uma clínica ampliada em saúde mental não somente se beneficia da problematização de dicotomias clássicas como indivíduo e sociedade, público e privado, casa e rua, assim como da necessidade de discutir categorias ligadas à saúde mental como alteridade, dependência, autonomia e reabilitação.” Estellita-Lins, Oliveira y Couthino (2009)

Barbosa Goncalves (2012) propone el AT dentro de una **Clínica Contemporánea** que trabaja puntualmente su diferenciación de la psicoterapia dual a partir del estudio de la contratransferencia, noción que excede nuestro interés aquí, pero que de igual forma tampoco precisa qué sería la clínica contemporánea.

Dos autores brasileiros trabajan la noción de **Clínica Implicada** en un intento por aprehender una otra clínica, conscientes de las implicancias y responsables del trabajo con el lenguaje, refieren:

“Nosso tempo impoe, entao, uma nova clínica das psicoses. Penso em dar-lhe um nome. O melhor que me ocorre agora seria «clínica implicada».” (1997: 7)

“Inspirados nessa idéia das múltiplas vozes que existem na cidade, de suas múltiplas leituras, propomos uma clínica polifônica; clínica que pode ser lida de inúmeras formas. Estamos convencidos – como Canevacci – que, por meio da multiplicação de enfoques, relacionados com um mesmo tema, seja possível maior proximidade com a representação do nosso campo de pesquisa, no caso, a clínica do acompanhamento terapéutico.” Berger (1997:8)

Se tratará de una “...clínica dos pequenos detalhes” Berger (1997:9).

En la misma perspectiva, Carrozzo (1997) aporta:

“A «clínica implicada» necessita de profissionais que possam trazer para o trabalho muito mais do que sua formação acadêmica ou prática clínica. Necessita de terapeutas que entrem com sua «pessoalidade» (sua subjetividade, todas as considerações sociais, emocionais, teóricas que perpassam por esse terapeuta, suas competências e características).” (1997:14)

“Trabalho feito com terapeutas «especialistas» sem dúvida – mas não com as «especialidades» que assolam os serviços de saúde... mas especialista sem poder estar pessoalmente nas relações – estabelecer transferências e suportar essas transferências, estando sempre referenciados a um grupo – equipe e instituição – e implicados nessa rede relacional.” Carrozzo (1997:15)

Analice Lima Palombini tiene una serie de trabajos (1999, 2004,2005, 2006, 2009, 2015) individuales y con los equipos que ha dirigido, donde va desarrollando lo que entiende por una **Clínica em Movimento**. La autora establece coordenadas para pensar esta otra clínica, el movimiento como la conjunción entre cierto espacio y tiempo, la noción de movimiento aglutina un tiempo y espacio diferente cada vez, para lo que podríamos agregar, sería pensar incluso una nueva cinemática clínica.

“Tomada dentro dos preceitos que a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial preconizam, a clínica da psicose hoje adquire, em relação ao tratamento hospitalar convencional, especificidades que remetem, em última instância, a duas coordenadas básicas: a do espaço e a do tempo.” Lima Palombini, Jover, Richter, Mesquita, Cabral y Benevides (2004:23)

Son varios los textos que la referencian a posteriori, podemos mencionar:

“...nuestro modo de considerar la inserción clínica y comunitaria del acompañamiento terapéutico (...) el escenario urbano y la temporalidad de una clínica cuya definición no podría ser más precisa: «...en movimiento...».” Pulice (2014:29).

En otra ocasión:

“El origem do AT está num movimento... Assim, compreendo a origem do at num movimento, mas não o reduzco a um movimento político e ideológico, tampouco a um movimento físico, de pernas. De alguma forma, através da concepção do AT, houve a contemplação da necessidade humana de companhia para o Caminar. Houve o

reconhecimento do adoecimento gerado pela falta de Lugar no mundo.” Possani (2010: 99, 100)

“O aspecto de movimento do AT também abriga o sentido de liberdade. Para além da liberdade pensada em termos cívicos, tal liberdade não faz apenas por «ir e vir» como movimentação do corpos nos espaços sociais, mas por movimentações no corpo vivo. (...) pois sustenta um dos aspectos fundamentais da condição humana: de ser para além de si. Assim, é movimento.” Possani (2010: 101).

La **Clínica Nómade** es una propuesta de Suely Rolnik (1997) para pensar el AT y mucho más allá de él:

“Perplexo, nosso A.T. imaginário reconhece que a paisagem de seu consultório não só já não é a mesma, mas curiosamente está mais analítica do que nunca. Isto o leva a pensar que o que define o analítico não é nenhum de seus territórios com seus respectivos mapas. O que o define, fundamentalmente, é o exercício experimental de uma função (...) E ele prossegue: nessa aventura não há garantia de verdade ou de cientificidade, pois a prática analítica implica uma apreensão do problema singular.” (1997:93)

“Junto com isso, deslocou-se também o lugar de nosso A.T. imaginário: de habitante do espaço fronteirizo entre o interior das instituições e seu exterior, a cidade, ele se transformou em habitante do tempo, nômade entre as dobras.” (1997:94)

“... nômade deve ser em princípio todo analista, independentemente de onde atue.” Rolnik (1997:95)

Fabio Araujo (2013) se alinea y problematiza a la clínica partiendo de las nociones de clínica nómade: *“...como construir uma clínica proteiforme e nômade”* Araujo (2013:31). Es justo decir que se empareja con la clínica de Rolnik, no sólo en el uso conceptual sino en su significatividad y avanza en más de un sentido sobre problematizar la clínica.

Ghertman (2009:16) plantea un capítulo llamado «escucha nómade» en relación a la construcción de una escucha diferente a la psicoanalítica, desplazada a partir de la práctica de AT. Se inspira también en las nociones de Suely Rolnik.

En la misma perspectiva se encuentra la clínica propuesta por Tavares Da Silva (2003), pero consideramos valdiero plantearlo por separado al reconocer su trabajo sobre el significante, la categoría conceptual que ha producido, su **Fazer Andarilho**.

“«fazer andarilho» é um tipo de Acompanhamento Terapêutico que proponho desde 2001 e que se utiliza de alguns conceitos da Psicologia e da Filosofia (principalmente Foucault e Nietzsche) para potencializar as «andanças» na cidade. É um recurso que busca aproveitar o ambiente de circulação do acompanhado, seja ele qual for, para promoção de saúde. Ou seja, o campo de ação do at pode ser a rua, o shopping, o cinema, o consultório, a quadra de futebol, o show de rock, o bar”.

“... «fazer andarilho» de outro tipo de Acompanhamento Terapêutico que prega uma única e exclusiva intervenção psicoterapêutica unidirecional do clínico para o

paciente). Os elementos encontrados nessa errância poderão provocar encontros, outros olhares. Nesse movimento, a ação dos «andarilhos» (acompanhante terapêutico & acompanhado) e do ambiente”.

“Quanto à promoção de saúde, essa também se dá na medida em que o «agente na rua» toma os acontecimentos do cotidiano para ampliar o raio de trânsito das «verdades», não só do sujeito acompanhado mas também da cultura (aquí se mostra outra marca do «fazer andarilho», a DIMENSÃO POLÍTICA DA PRÁTICA MUNDANA; a intervenção do/no campo de ação NÃO É SOMENTE PARA O ACOMPANHADO, mas para todos que participam do processo, até mesmo para o profissional at). Nessa perspectiva, todos os movimentos inusitados (ou não) do ambiente podem ser aproveitados para produção de «EFEITOS POLÍTICOS»”.

“Essa vontade de usar a prática do Acompanhamento Terapêutico também para pensar a criação de «verdades»”.

“Em suma, andar pelos possíveis campos de ação é ter a ideia de que somos interpelados por todos os lados por processos intervinientes e incessantes. Além disso, podemos aproveitar esse inusitado do campo de ação para compor processos terapêutico, movimentos que comportem forças que possam ampliar nosso olhar, relativizar nossas «verdades» sobre o sujeito acompanhado, os transeuntes, o shopping, o cinema, a escola, a rua, a Psicologia... nós mesmo (nossa ecologia cognitiva)!”. Tavares Da Silva (2003) (Mayúsculas del autor).

Otra referencia sobre el signifiante Andarilho en el AT se puede encontrar en la tesis doctoral de Chauí-Berlinck (2011).

Una de las clínicas más referenciadas en los textos brasileiros sobre AT aunque señalando discontinuidades, es la **Clínica cartográfica** teorizada por Gilles Deleuze (1996). Autores de relevancia académica que han escrito sobre AT y trabajan estas referencias, solo por mencionar algunos, son Gilberto Safra (1998, 2004, 2006), Suely Rolnik (1997), Antonio Lancetti (2006, 2008), Analice Lima Palombini (2006). Hemos optado aquí por seleccionar un apartado del texto Crítica y Clínica (1996) a los fines de evidenciar lo que implica el corrimiento de una clínica con hegemonía representacional y diacrónica, a una clínica donde lo dicho tiene anclaje espacial. Al respecto del apartado “Lo que dicen los niños” proponen respetar el encarnamiento de la palabra en la infancia; no como animismo sino como materialidad. Se trataría en todo caso de disponer más materialidad al deseo.

“Pero los propios padres son un medio que el niño recorre, cuyas cualidades y fuerza recorre y cuyo mapa establece. Sólo adquieren una forma personal y de parentesco como representantes estuviera primero limitado a sus padres y sólo accediera a otros medios a posteriori, y por extensión, por derivación. El padre y la madre no son las coordenadas de todo aquello de lo que el inconsciente se apropia. No existe un momento en el que el niño no esté ya inmerso en un medio actual que recorre, en el que los padres como personas sólo desempeñan el papel de abridores o de

cerradores de puertas, de guardianes de los umbrales, de conectadores o desconectadores de zonas. Los padres siempre están en posición en un mundo que no resulta de ellos.” Deleuze (1996:99)

A propósito de la revisión del célebre caso de Freud sobre fobia infantil, refiere:

“Resultaría abusivo considerar también este caso, como hace Freud, una mera derivación del padre –madre: como si la «visión» callejera, frecuente en aquella época –un caballo cae, recibe latigazos, se debate–, no fuera capaz de afectar directamente a la libido y tuviera que recordar una escena de amor entre los padres (...) La identificación del caballo con el padre, roza lo grotesco, e implica un desconocimiento de todas las relaciones del inconsciente con las fuerzas animales.” Deleuze (1996:103)

Establecen que sacar la figura, las representaciones de los padres como únicas coordenadas del inconsciente, permite otras significatividades y posibilidades para la clínica; en tanto:

“Los niños se expresan de este modo, un padre, un cuerpo, un caballo. Estos indefinidos parecen a menudo resultar de una falta de determinación debida a las defensas de la conciencia. Para el psicoanálisis, se trata siempre de mi padre, de mí, de mi cuerpo. Es un furor posesivo y personal” Deleuze (1996:104)

“Lo que el pequeño Hans está reclamando es salir del apartamento familiar para pasar la noche en casa de la vecina y regresar a la mañana siguiente: el edificio de la casa de vecinos como medios. O bien: salir del edificio para ir al restaurante para reunirse con la chiquilla rica, pasando por la cochera donde están los caballos, la calle como medio. Hasta el propio Freud considera necesario hacer intervenir un mapa. (...) El mapa expresa la identidad del itinerario y de lo recorrido. Se confunde con su objeto cuando el propio objeto es movimiento” Deleuze (1996:98)

“Nada hay más instructivo que los caminos de los niños autistas, del modo que Deligny establece sus mapas, y los superpone con sus líneas habituales, sus líneas de inercia, sus bucles, sus arrepentimientos y retrocesos, todas sus singularidades.” Deleuze (1996: 99)

“Una concepción cartográfica es muy distinta de la concepción arqueológica del psicoanálisis. Este vincula profundamente lo inconsciente a la memoria: es una concepción memorial, conmemorativa o monumental, que se refiere a personas y objetos, pues los medios no son más que ámbitos capaces de conservarlos, de identificarlos, de autentificarlos. Desde este punto de vista, la superposición de las capas está necesariamente atravesada por una flecha que va de arriba abajo y se va hundiendo. Por el contrario, los mapas se superponen de tal modo que cada cual encuentra un retoque en el siguiente, en vez de un origen en los anteriores: de un mapa a otro, no se trata de la búsqueda de un origen, sino de una evaluación de los desplazamientos. Cada mapa es una redistribución de callejones sin salida y de brechas, de umbrales y de cercados, que va necesariamente de abajo arriba. No sólo es una inversión de sentido, sino una diferencia de naturaleza: el inconsciente ya no tiene que ver con personas y objetos, sino con trayectos y devenires; ya no es un inconsciente de conmemoración, sino de movilización, cuyos objetos, más que permanecer sepultados bajo tierra, emprenden el vuelo.” Deleuze (1996:101).

Ribeiro Marques (2013) plantea el AT dentro de la clínica cartográfica como tal, sin embargo, otros autores influenciados por Deleuze, prefieren establecer para el AT una **Clínica del Acontecimiento**, en obvias referencias a Badiou (2007). Si bien es un término utilizado en varios textos de AT de forma soslayada, es Tania Possani (2010) una de las autoras que trabaja en su posgrado esta clínica para pensar al AT a partir de una ética de trabajo empático referenciándose en Ferenczi, Winnicott y Gilberto Safra. Otros autores, en ambos casos siguiendo las enseñanzas de Deleuze, también lo proponen para acercarse a definir otra práctica clínica:

“... pode ser considerado como uma clínica que utiliza as ruas e a circulação como espaço de intervenção, fazendo assim agenciamentos, em uma abertura às forças do Fora, de modo a possibilitar acontecimentos. Utilizando o método de pesquisa intervenção ou cartográfico”

“Então, no acompanhamento terapêutico, o setting é produzido pela montagem, pelos agenciamentos feitos pelo acompanhado e acompanhante, seja a rua, a casa, a informática, o delírio, o silêncio, de modo que essa montagem vai ser sempre singular ao encontro que sedá, ao que passa «entre»”. Dami y Machado Silveiraner (2013)

Ya mencionamos en el primer capítulo la figura de Antonio Lancetti, psicoanalista argentino exiliado en Brasil en 1979, se convierte en uno de los imprescindibles de la lucha antimanicomial en el país hermano. Su amplia experiencia clínica y cultural, atravesada por su militancia política, mixturan un estilo muy personal de su práctica, siempre orientado a lo colectivo.

“Com essa contribuicao crítica pretendo avivar o trânsito por esse limiar que vai do exílio á cidadana (...) as andanças pela cidade constituíam novos settings altamente férteis para a producao de subjetividade e cidadania.” Lancetti (2008:17).

Na desconstrucao manicomial e na clínica antimanicomial trata-se, de saída, de pôr as pessoas de pé (...) clinicávamos para pôr de pé os cidadãos psiquiatrizados e para promover uma intensa interacao com a cidade.” Lancetti (2008:22).

“A elaboracao de um projeto terapêutico tem de saída uma complicacao: precisa ser ao mesmo tempo singular e colectivo.” Lancetti (2008:109).

Tanto él como Peter Pál Pelbart – compañero de estudios a su vez de Suely Rolnik-, quien prologa el libro de Lancetti **Clínica Peripatética** (2008) han sido influenciados por la obra de Deleuze y Guattarí. Sin embargo, en Antonio Lancetti por lo menos, sería injusto reducir su propia producción a sus filiaciones teóricas. Como veremos enseguida, produce prácticas fuertemente contrahegemónicas y conceptualizaciones sencillas y profundas a la vez. En el prólogo así se expresa:

“...o autor conquistou uma capacidade única de desafiar o consenso moralista que reina por toda parte onde «cuidar» encobre um imperativo de higiene social.” Pál Pelbart (2008: 11).

“É onde se revela uma das idéias originais aqui presentes. A da clínica praticada em movimento, fora dos espaços de reclusão convencionais, com o que se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura. «Estar-presente-em-movimento», «pôr as pessoas de pé», desterritorializar o contexto e o setting, habitar o limite e a tensão, investir na força, eis uma reversão nos hábitos clínicos consagrados” Pál Pelbart (2008: 11).

Presenta sus antecedentes:

“Freud também analisou pacientes andando, como foi o caso de Gustav Mahler. O grande compositor, que sofria de uma locura da dúvida, enviou vários telegramas a Freud ora solicitando análise ora para desmarcar os encontros, o que levou Freud a tomar uma atitude ativa, intimando-o. Encontram-se, durante as férias de Freud, em 1908, fizeram uma sessão de quatro horas caminhando pelo campus da universidade e pelas ruas da cidade de Leiden. Segundo Jones, «essa conversa, evidentemente, produziu efeitos, pois Mahler recuperou a potência».” Lancetti (2008:27).

“Na Argentina, na época do proceso, durante os anos da ditadura militar, muitas pacientes encontravam seus analistas fora dos consultórios.

Algumas sessões ocorriam nos cafés, mas dada a circunstância de que a polícia revistava sistematicamente os bares, analistas e pacientes faziam suas sessões de análise caminhando pelas ruas de Buenos Aires.

Na minha experiência de psicoterapeuta, muitas vezes saí a passeio com pacientes. Eram tratamentos que se encontravam burocratizados, sem descobertas, repetitivos. O objetivo era sair para conversar respeito do que acontecia lá no consultório, mas muitas foram as revelações e sonhos narrados.

Em outras oportunidades encontrava-me com pacientes em lugar marcado por ele.” Lancetti (2008:28).

Así las cosas, llegado a Brasil comienza a trabajar en proyectos de salud pública orientados por las ideas de su equipo en inventar, confrontar y socializar saberes. Desde un principio antiburocrático y emancipador. Refiere:

“Operávamos sem consultório ou outro lugar de atendimento, sem utilização dos códigos técnicos tradicionais nem recursos como consulta psiquiátrica, psicológica, ou visita domiciliar (no sentido tradicional da visita, praticada por assistente social).” Lancetti (2008:17).

“Quando relatei os primeiros casos ao Professor Adib Jatene, ele ficou silente e disse: «tenho cinquenta anos de experiência clínica e pergunto: o que um médico sabe de um paciente num consultório, comparado ao atendimento feito na sua casa?»”

Assim como um atendimento é absolutamente mais rico quando realizado no lugar em que a pessoa mora e com as pessoas e a comunidade com as quais convive, a discussão de caso realizada enquanto se caminha pelo território é muito mais rica e propicia a idéias e revelações singulares.” Lancetti (2008:35).

“A clínica peripatética é cheia de paradoxos, impasses, clausuras e aberturas inéditas. Muitas vezes iniciamos práticas por pura determinação ética ou vontade de experimentação.” Lancetti (2008:108).

“E por não serem acadêmicos, estes ensaios buscaram expressar, de maneira encarnada, indagativa, uma práxis e poíesis clínica que de modo descartável chamamos peripatética.” Lancetti (2008:121).

En su libro de Clínica Peripatética, le dedica un apartado específicamente al AT: *“Fui também supervisor de Ats, mas minha prática clínica se confunde muitas vezes com a prática dos acompanhantes terapêuticos.”* Lancetti (2008:29). Dos años antes, participa con un capítulo en el libro publicado de Gomides Santos (2006) donde escribe sobre la amistad y el AT, problemática recurrente en los textos brasileiros, especialmente a partir de la obra de Gregorio Baremlitt (1997) y otros autores paulistas.

También realiza una serie de advertencias sobre la complejidad del trabajo en el territorio y la problemática de la tarea, tan central en el AT: *“Ativar os recursos escondidos ou disponíveis da comunidade nunca deve ser um ato tecnocrático ou burocrático (...) Nunca se trata de adicionar nem de ocupar a pessoa com uma atividade, de dispor de uma ação como artefato.”* Lancetti (2008:110).

Propuso producciones técnicas como agenciamientos de diverso orden, aquí nos interesa principalmente el concepto de complejidad invertida que viene a cuenta de desterrar un sesgo muy presente en nuestras prácticas:

“Nas nossas experimentações realizadas no território forjamos o conceito de complexidade invertida. No sistema de saúde existe uma hierarquização que pode ser descrita da seguinte forma: os processos simples como programas de aleitamento materno, programas para diabéticos e hipertensos, enfim todas aquelas ações desenvolvidas em unidades básicas de saúde, situadas no bairro em que as pessoas moram, são procedimentos simples, de baixa complexidade.

Os procedimentos realizados em centros quirúrgicos e hospitais de grande porte como cirurgias de transplantes de órgãos, cirurgias cardíacas, etc. são procedimentos de alta complexidade.

Na saúde mental ocorre exatamente o contrário: os procedimentos realizados do outro lado do muro do hospitais psiquiátrico, nas enfermarias ou nos patios; as atividades desenvolvidas nas clínicas de drogados são procedimentos simples e que tendem à simplificação.

A própria vida do paciente crônico vai tornando-se cada vez mais simples e sua produção inconsciente, mesmo a delirante, empobrecida.

As ações de saúde mental que ocorrem no território geográfico e existencial, onde o sujeito vive, em combinação com os diversos componentes da subjetividade, sejam eles universos culturais locais, de culturais originárias, mídias, religiosas, etc. são ações complexas.” Lancetti (2008:108).

“No hospício ou no consultório os tratamentos podem tornar-se simplificados e simplificadores.” Lancetti (2008:110)

“Toda essa complexidade aumenta quando se trabalha com settings não fixos, em movimento.” Lancetti (2008:114).

Fabio Araujo, en su libro de 2013, menciona la clínica peripatética, extrañamente sin referenciar a Lancetti, y dice:

“Podemos dizer que o acompanhamento terapêutico é uma clínica peripatética, isto é, uma clínica que se dá sem local fixo, sempre em relação com um paisagem da cidade, uma clínica que se dá em passeios, ou ainda – como é comum entre os acompanhantes – uma clínica que se dá em saídas.” Araujo (2013: 32).

Esta cita va acompañada de una nota al pie que no lleva a Lancetti sino a la definición del diccionario del término peripatético, en tanto enseñar caminando. Él no destaca la importancia al verbo – enseñar - sino del adjetivo - caminando - y lo enfatiza, en tránsito.

Venimos anticipando la noción de **Clínica de lo Cotidiano** trabajada principalmente por Leonel Dozza de Mendonça, aquí evidenciaremos antecedentes y sus principales definiciones en tanto corresponde valorarla para la emergencia de un nuevo programa clínico para el AT. En este ímpetu consideramos que se trata de un desarrollo necesario, aunque no suficiente tal como veremos, para postular en el sexto capítulo, una Clínica de Retaguardia.

Comencemos por introducir definiciones:

“... en Acompañamiento Terapéutico de pacientes psicóticos, que se define en cuanto práctica clínica asistencial en el contexto sociocomunitario (calles, casa del paciente, medios de transporte público, centros culturales, etc.)” Dozza de Mendonça y Tarí (1995-1996)

“...el cotidiano es la morada de los afectos y vínculos más primitivos e intensos. Por lo tanto, participar en la cotidianidad del paciente supone un alto grado de ansiedad para el profesional. Desde esta perspectiva, se podría decir que los estereotipos asistenciales derivan de una organización defensiva contra dicha ansiedad.” Dozza de Mendonça y Tarí (1995-1996)

“Es decir, que en nuestra (de)formación hemos aprendido a adoptar siempre una postura tecnificada... esta «postura tecnocrática» adoptada por los profesionales, pertenece a un contexto social más amplio.” Dozza de Mendonça y Tarí (1995-1996)

*“La intervención, aquí, consiste **simplemente** en adoptar una postura diferente de las que se adopta en los estereotipos sociales y asistenciales. Pero, para dejar de ser «profesional» - en el sentido estereotipado del término-, hace falta una formación profesional específica; casi diríamos una formación **desprofesionalizante**.”* Dozza de Mendonça y Tarí (1995-1996)

“... diré tajantemente que no cualquier persona puede “charlar por charlar”, jugar a las damas, darse un paseo, tomarse un café, de la misma forma y con el mismo sentido y efecto que puede hacerlo un acompañante terapéutico.” Dozza de Mendonça (2012: 90).

“La maestría del acompañante terapéutico consiste en aplicar su técnica empleando una actitud mental y conductual cotidiana, de modo que el que mira desde fuera apenas se percata de que está trabajando. Sería en tal sentido como el trabajo que

hace el actor. Un buen actor emplea su técnica de tal modo que no se vea la técnica sino tan solo el personaje.” Dozza de Mendonça (2012: 91).

Dozza de Mendonça (2012) Clínica de lo cotidiano en acompañamiento terapéutico. En AT en España. Grupo 5: Madrid. *“Diría que el acompañamiento terapéutico es una “práctica poco estructurada”, en el sentido de que las variables y el encuadre son menos controlables en comparación con un centro de rehabilitación o psicoterapia.” Dozza de Mendonça (2012: 88).*

“...el concepto de clínica de lo cotidiano puede ayudarnos a repensar las nociones de tarea, encuadre e intervención atravesadas en acompañamiento terapéutico (y también en otras prácticas a travesadas por lo cotidiano... Podría decirse que el acompañamiento terapéutico está regido por la teoría del caos.” Dozza de Mendonça (2012: 88).

La primera parte de la cita es interesante porque se identifica a la clínica de lo cotidiano más con una práctica cercana a la función, que a una modalidad o teorización perteneciente al AT. La segunda parte resulta demasiado pretenciosa, articular una teoría de tal envergadura y complejidad al pasar, y solo justificada por lo poco estructurado del AT. Esto lo repite nuevamente al final del libro (2014: 231).

El texto de 2016, Fronteras del acompañamiento terapéutico de Dozza de Mendonça es un texto que no agrega contenido teórico ni clínico.

En el texto de Lo social es un lugar que no existe (Dozza de Mendonça, 2000), critica la noción de reinserción social tan propagada moralmente dentro del movimiento de salud mental y discapacidad.

“...esté donde esté, el paciente nunca deja de estar inserto en lo social...Por lo tanto, nuestra labor debe apuntar hacia “nuevas inserciones”, en el sentido de contribuir a la inserción del paciente en lo “social socializante”.

“Si lo social no está delimitado por espacios físico, ¿qué es lo que posibilita decir que el paciente esté, o no, inserto en lo social?”

“En definitiva, lo social (psiquiatrizante o socializante) es un espacio vincular.” Dozza de Mendonça (2000).

Contrario a cierto uso práctico del término en que se subsume al de AT, remarcaremos en primera instancia que se trata de una clínica que excede al AT y corresponde sea discontinuada:

“... la conceptualización acerca de la Clínica de lo Cotidiano puede cumplir la importante función de validar teórica y metodológicamente estos aspectos del Acompañamiento Terapéutico que justifica decir que en él se opera desde «otra estructura» (...) la noción de Clínica de lo Cotidiano constituye una categoría más amplia que el Acompañamiento Terapéutico, y que por lo tanto podría aplicarse a otros

dispositivos y en diferentes patologías y situaciones.” Dozza de Mendonça (2014:234-235).

Otro de lo que entendemos como errores en las transmisiones en el campo del AT es considerar la Clínica de lo Cotidiano como una noción desarrollada exclusivamente por Leonel Dozza de Mendonça, quizá debido principalmente a limitaciones lingüísticas, en los países de habla hispana, habida cuenta que algunos de los antecedentes no están traducidos ni aparecen referenciados como bibliografía en formaciones curriculares ni en los libros de más circulación. Por tal motivo, mencionamos sucintamente algunos de ellos, sin perjuicio de valorizar el mérito del autor, sino por el contrario. De hecho, es en textos de su propia autoría, alrededor de dos décadas antes de su primer libro (2014) que aparecen claramente las primeras referencias: “...podríamos definir el acompañamiento terapéutico en cuanto clínica de lo cotidiano.” (Dozza de Mendonça y Tarí 1995-1996).

Otro antecedente de un compatriota:

“O presente trabalho abordará o campo do Acompanhamento terapêutico na perspectiva da Clínica do self: a experiência estética, o tempo, o espaço, a acao, alinguagem, a materialidade, a insercao no mundo e a morte como campos de intervencao do acompanhante. Essa perspertiva possibilita compreender aspectos importantes do acontecer humano no mundo para que o profissional possa manjar situacoes que auxiliem o paciente no constituicao e/ou na restauracao de seu self. Estes aspectos serao discutidos a partir da clínica do cotidiano.” Duarte Barreto (2002:81).

Esta cita corresponde al resumen de la presentación que realizó el autor en 2001 en la Ciudad de Córdoba en el marco del Segundo Congreso Nacional de AT. Lamentablemente no se ha podido recuperar la ponencia completa, pero es un claro antecedente. Hay evidencia que Duarte Barreto ya venía trabajando este concepto (1997, 2001) contemporáneamente con Dozza de Mendonça.

La noción de Clínica de lo Cotidiano tal como lo venimos presentando, dando cuenta de la necesidad que requiere esta clínica de un trabajo sobre las categorías conceptuales que respondan a prácticas diferentes y circularmente avalen esas otras prácticas clínicas. En este sentido, se han desarrollado y recuperado otros conceptos como amistad profesional, intervenciones escénicas, encuadre abierto y ambulante, actitudes interpretativas entre otros. Esta última categoría, que desarrolla Dozza de Mendonça en Clínica de lo Cotidiano (2014) ya estaba mencionado en el texto del Equipo de A Casa (1991), y en Estrategias Asistenciales (Invierno 1995-96) que

escribe con Tarí, en el libro de AT en España (2012) y en el artículo sobre Lo social (2000). Lo mismo sucede con encuadre ambulante.

Encontramos una referencia al trabajo desde la unidad de análisis de escenas en lo cotidiano, que resulta difícil juzgar pudiera haber sido un antecedente para Dozza de Mendonça porque no se encuentran referencias mutuas ni participaciones comunes entre los autores, se trata de:

“Estar ahí que implica una presencia y un lugar. Se trata entonces del ordenamiento de lugares en la trama simbólica que permitirá, cuando sea posible, la construcción de una escena (...) El acompañante es partícipe de las escenas, pero debe tomar una distancia que es lo que permite las lecturas.” Fantinato, Méndez y Saranitte (2002:33-34).

Lo que resulta evidente no corresponde a un antecedente ni sincronía, sino claramente un plagio, es el texto argentino publicado en el mismo año por Vitelleschi y Audisio (2017). Es patente que el concepto lo toman de él, no haciéndole justicia también vale decir. Usan el término, pero no desarrollan en ningún momento qué entienden por clínica de lo cotidiano. Tampoco lo citan, aunque son evidentes las referencias a textos del autor incluso anteriores al de 2014: *“No es poco frecuente confundir esta práctica clínica con otras modalidades del acompañar, como la asistencialista, que responde a otras lógicas”*. Vitelleschi y Audisio (2017:66) véase: Dozza de Mendonça (1994).

“Las preguntas aparecen como si se impusiera la necesidad de ponerse en acción, actuar, como solución a las ansiedades propias que se presentan en el comienzo de esta práctica.” Vitelleschi y Audisio (2017:66) véase: Dozza de Mendonça (2014) Respecto a la noción de rol *“... es como el papel que interpreta un actor en la obra de teatro.”* Vitelleschi y Audisio (2017:67) véase: Dozza de Mendonça (2014).

Esperamos haber podido resumir lo fundamental respecto a la noción clínica de la clínica de lo cotidiano, en el capítulo siguiente abordaremos aspectos teóricos y técnicos precisos en relación al AT.

El at en tanto otro

En este apartado, luego de haber presentado el campo del AT en una perspectiva histórico-epistemológica de las clínicas galénica e hipocrática, y

aproximado a clínicas que se desplazan de los encuadres hegemónicos, comenzaremos a plantear la problemática de la otredad como aquella que divide y opone programas clínicos en pugna. Consideramos que esta problemática es una de las más complejas. Tal como se reflejara en la hipótesis principal de la tesis, las heterogéneas nociones de at que se encuentran en los desarrollos teóricos del campo de AT, determinan no sólo diferentes clínicas sino también inconsistencias en las mismas.

A tal efecto, presentaremos aquí referencias al trabajo de las metáforas en la ciencia que cuenta con estudios relevantes (se destaca Black, 1966; Kuhn, 1979) advirtiendo que el trabajo semántico identificado en el campo del AT presenta menos elaboración lingüística, en tanto son más precisamente expresiones figurativas, de analogía y alegóricas. Sin embargo, entendemos que la elaboración de las metáforas utilizadas en la ciencia, pueden servirnos como herramientas cognoscitivas para aproximarnos a valorar las menciones encontradas en la bibliografía.

Así las cosas y respecto a problematizar la producción disciplinar desde la conformación de metáforas, sus usos y posibilidades, nos interesa resaltar lo siguiente:

“En el mismo año en que Kuhn publicaba La estructura de las revoluciones científicas (1962), Max Black publicó su Models and Metaphors, trabajo a partir del cual algunos filósofos comenzaron a apreciar la función cognitiva de las metáforas en la ciencia. Algunos no les atribuyeron más valor que el de recursos pedagógicos; otros les otorgaron un rol heurístico pero en última instancia inesencial para las teorías en sí. Kuhn, en cambio, les reconoce un valor esencial en el establecimiento de lazos entre el lenguaje científico y el mundo. En «Metaphor in Science» (1979), sostiene que intervienen en un nivel tan fundante como el de la fijación de la referencia de los términos científicos. Cuando un nuevo término es introducido en el vocabulario de la ciencia, intervienen procesos de tipo metafórico” Romaniuk (2000).

Sostenemos aquí la importancia de la función principalmente cognoscitiva y epistémica de las metáforas, no tratándose de una mera función estética; por supuesto no acordamos como algunos (Cuadrado Esclapez, 2004:60) en desvalorizar la retórica, tampoco creemos que se requiera dicotomizar y elegir uno de los polos, sino que el plus de sentido se alcanzará justamente en la conjunción de la estética y la capacidad cognoscitiva de apertura en una figura retórica.

Palma (2005) coincide en el mismo sentido, aunque lo piensa desde una epistemología evolucionista, para él: *“... la ubicuidad de la metáfora en la ciencia -no sólo en la enseñanza y la divulgación sino también en la producción y sobre todo en*

la legitimación del conocimiento- (...) las metáforas dicen algo por sí mismas, y no como meras subsidiarias de otra expresión considerada literal” Palma (2005:45). Continúa: “...en infinidad de ocasiones las metáforas utilizadas resultan genuinos intentos de descripción y/o explicación acerca del mundo.” Palma (2005:46).

De este modo, estimamos preciso evidenciar que las metáforas para nosotros son de carácter epistémico, tal como lo plantea Palma:

“Ahora bien, el concepto de Metáfora Epistémica no sólo pretende servir para constatar la utilización de metáforas (y modelos) dentro de las teorías, sino fundamentalmente para dar cuenta del proceso de extrapolación de unas áreas de conocimiento hacia otras, e incluso de su papel en la producción misma de conocimiento, lo cual implica considerar la dimensión temporal o histórica de la ciencia.” Palma (2005:53)

Para este autor, las metáforas tienen carácter epistémico no solo en relación a que se producen en la construcción de ideas, mundos, verdades sino también en relación a cómo una vez constituidas como enunciados, se direccionan dentro de las diferentes o las mismas epistemes. En tal sentido, determina la necesidad de diferenciar los usos:

“...pueden señalarse algunas formas principales o típicas según las cuales se producen, entre áreas del conocimiento, interacciones tales como apropiaciones, extrapolaciones o transferencias de conceptos, o teorías completas o parciales.

1. En primer lugar la utilización de metáforas muy generales, muchas veces entremezcladas con asunciones metafísicas sobre la naturaleza o la sociedad”. (2005:58)

“2. En segundo lugar, la utilización de cuerpos teóricos completos -o casi completos originales de un ámbito científico particular que se exportan o extrapolan a otros ámbitos diferentes.” (2005:58)

“3. En tercer lugar, hay una infinidad de casos al interior mismo de los cuerpos teóricos de disciplinas particulares. No se trata ya de metáforas que se obtienen de la exportación de teorías y/o conceptos provenientes de disciplinas consolidadas hacia otras, sino simplemente de analogías y metáforas obtenidas del conocimiento común o de la cultura.” (2005:59)

“4. Finalmente se encuentran las metáforas de usos didácticos, tanto en la enseñanza como en la comunicación pública de la ciencia. En efecto, las metáforas pueden tener un papel fundamental en la educación de científicos, es decir en la formación académica y profesional, no sólo como meras estrategias instrumentales de aprendizaje, sino en la constitución de marcos teóricos y conceptuales sustantivos, tal como mostrara claramente Th. Kuhn. Pero también la enseñanza para no especialistas y la comunicación pública de la ciencia se constituyen principalmente a través de metáforas (muchas de ellas poco felices).” Palma (2005:59)

Tal como venimos manifestando, en el campo del AT, abundan las referencias metafóricas, de analogías y alegorías no solo en relación al at en tanto otro que

evidenciaremos enseguida, sino también en relación a las posibilidades de intervención especialmente. Encontramos por ejemplo a Pulice hace uso de metáforas y analogías como la estocada y el juego el buscaminas (2014: 67), Dozza de Mendonça (2014) también utiliza las imágenes de escena (2014:97) (véase también Fantinato, Méndez, Saranitte, 2002:33), actor (2014:94), desmarque *“Empleo el término desmarque en el sentido de que uno se sale de la «marca» de la demanda del otro o de algún tipo de «enganche» con el otro. En una analogía futbolística, se trataría de desmarcarse de la marca o presión, de una defensa, que a uno le impide o anula.”* (2014: 112 y 189). En estos ejemplos podemos asociarlos a la tercera de las opciones recién referidas. Encontramos un uso figurativo con referencias al sentido común. Esta vía podría desarrollarse ampliamente respecto a las tendencias de divulgación científica, las enseñanzas simplificadas, entre otras razones que excederían este apartado, pero al respecto citamos que:

“En cuanto al lenguaje y a la metáfora, en este modo se abandona la tendencia generalizada al uso de términos de origen griego y latino, que aportaba a la ciencia un distanciamiento del hombre y la situaba por encima de él. Con la divulgación y popularización del saber, la metáfora científica se aproxima al lenguaje coloquial.” Cuadrado Esclapez (2004: 65).

Nos interesa destacar en este sentido, que este tipo de producciones no debieran resultar ingenuas en tanto sus recurrencias no responderían a la mera casualidad sino a un tipo de producción disciplinar con determinadas heurísticas a valorar más adelante.

En relación a lo que podríamos proponer criterios de validez, Palma propone lo siguiente: *“No se trata de que haya un significado en la metáfora con relación al objeto, sino que este significado sea verdadero, y de un modo que sólo la metáfora puede aportar.”* Palma (2005:50). Continúa:

“...del punto de vista particular de Davidson dos aspectos. En primer lugar, que la metáfora no posee ninguna ventaja -ni desventaja- epistémica respecto del llamado lenguaje literal, y sobre todo que ella puede arreglárselas en soledad con su referencia y, por lo tanto, ser verdadera o falsa en las mismas circunstancias que el lenguaje en general. En segundo lugar, que la metáfora no constituye ningún caso especial de captación del mundo. De este modo queda abierta la puerta para tratar a las metáforas como a cualquier enunciado informativo ya que el significado de una metáfora deja de estar atado a la situación o enunciado que le dio origen.” Palma (2005:51).

La relación entre el enunciado que se produce con la metáfora y el objeto, se desplaza entre considerarlo una descripción, en sentido nominalista o gestar el objeto

mismo a partir del lenguaje. Esta última posición constructivista de la metáfora se apoya en que el solapamiento, la interacción de dos planos discursivos que se conforman en una metáfora, crean las similitudes como efecto nuevo y no previo. Al respecto: *“Black sostiene, acertadamente, que cuando se construye una metáfora, más que una comparación o sustitución, se ponen en actividad simultánea -en interacción- dos ámbitos que habitualmente no lo están.”* Palma (2005:48), al igual que lo desarrolla Koestler (1964) con el término de Bisociación (bisociation) (ver Palma, 2005:51). Este sería el principal potencial para la progresión en la ciencia: *“La nueva mirada producto de la transferencia metafórica - bisociación- puede también producir una reorganización de lo conocido e, incluso puede, literalmente, inaugurar o introducir nuevos hechos”* Palma (2005:51).

Pero tal como adelantamos más arriba, las metáforas en la ciencia no solo responden a un principio de progresión en la ciencia sino también, a sostener legitimidad al colaborar en la divulgación y establecer un nuevo sentido común. Por lo tanto, deconstruir las metáforas permitiría evidenciar la naturalización de ciertos discursos en un campo. Romaniuk refiere también en esta línea argumentativa que:

“Luego, el uso «naturaliza» las similitudes y diferencias, al punto de hacer que supongamos un «pegamento metafísico» entre el lenguaje y el mundo, y hacemos olvidar que nuestras categorías surgieron- en parte- de la interacción entre ciertos ejemplares, y que otras interacciones habrían hecho surgir otras similitudes. Pero los significados no son fijos, no están adheridos a las cosas desde una eternidad sin tiempo, ni están dados de una vez y para siempre a partir de un «bautismo» originario; sino que en ocasiones, en virtud de un proceso de renombramiento (redubbing) pueden ligarse al mundo de otra manera. Los procesos revolucionarios, como las metáforas novedosas, transgreden los usos corrientes”. Romaniuk (2000).

En este sentido, será menester resaltar que al tratarse de metáforas y no de entes naturales, admitirá crear nuevas realidades y tal como plantea Thomas Kuhn: *“...entonces la metáfora nos recuerda que otro lenguaje podría haber localizado articulaciones diferentes, haber recortado el mundo de otra manera.”* (1979: 414). Susana Romaniuk, también sostiene que: *“La metáfora sugiere un cambio de las categorizaciones que nos resultan <naturales> por el uso. De ahí que cumpla un rol fundamental en las revoluciones científicas:”* (2000). Este movimiento de construcción y deconstrucción, desnaturalización de las metáforas, será preciso como vigilancia epistémica para cualquier reconstrucción racional de un campo dado.

En nuestro caso, comenzaremos por tomar las metáforas, analogías, alegorías e imágenes figurativas como enunciados que, si bien intentan subsanar cierto vacío

teórico, son válidas para la reconstrucción racional del campo y para traccionar nuevas observaciones. Esta perspectiva genera una serie de consideraciones.

La primera es que esta problemática no se presenta de manera dicotómica respondiendo a una clínica u otra, sino mucho más diversificada en un campo heterogéneo como lo es actualmente el AT.

Otra de las dificultades encontradas para su tratamiento, consiste en que esta no es una problemática trabajada directamente en las producciones disciplinares, sino que deberá elucidarse secundariamente y en retrospectiva, desde las figuras, representaciones, significantes con que operan en cada elaboración teórica. Intentaremos evidenciar en la recabación bibliográfica la heterogeneidad de nominaciones en las que se concibe al at en tanto otro, nominaciones que acarrear argumentaciones pobremente explicitadas en la mayoría de la bibliografía o incluso ausente de toda problematización al respecto.

Seguido a esto, en tercer orden, encontramos que siendo un campo aún emergente -en el sentido planteado en el primer capítulo-, sufre de cierto exceso figurativo para definirse al at en tanto otro. Se pretenderá abordar aquí la noción de otredad específicamente como problemática filosófica implícita y relevante en la construcción de un saber en un campo emergente, es decir como categoría epistémica.

En cuarto lugar, precisamos que, para introducirnos en esta problemática, hemos de presentar un rastrillaje de referencias sobre cómo se significa en la bibliografía a la posición del at.², sin esperar saturar los sentidos para cada nominación.

Nos interesa en quinto lugar, reparar en que, en tanto otro, el at implicaría ubicar el punto de anclaje de la nominación en el paciente, el usuario, lo público, desde lo cual por negatividad podría definirse y suponerse una clínica para sí. Sin embargo, en este apartado realizamos el camino inverso, desde identificar denominaciones del at a derivarle heurísticas clínicas.

En sexto orden, es preciso considerar que este reservorio de designaciones sobre el at, revela también un trabajo de producción de un saber específico. Por un lado, observamos que habría en relación al campo teórico en el AT, una clínica que

² Las discusiones respecto a si esa posición se tratase de un rol o una función, no se trabajarán en esta instancia, sino en el capítulo siguiente. Igualmente sugerimos revisar bibliografía ya dedicada frecuentemente al tema (Chávez Mandelstein, 2012; Rossi, 2013 y Pulice, 2014 entre otros) .

esta en puja entre poder pensar conceptualmente algo nuevo y desde allí derivar una clínica; o, hacer coincidir una clínica extrapolada a conceptos que deben ajustarse ad hoc negando el cambio de observables que arrojan. Como ya hemos anticipado, para el falsacionismo el desperdicio de este excedente empírico es una degeneración para la ciencia. Por lo tanto, nos proponemos recuperar y valorar los nombramientos en relación al at y las imágenes figurativas que se evocan.

A los fines de sistematizar la basta revisión bibliográfica, donde aparece el a.t en tanto otro, es que establecemos tres agrupamientos provisorios en relación a las tres primeras categorías de trabajo de metáforas en la ciencia que expusimos más arriba (Palma, 2005: 58-59). Estas son metáforas, analogías o imágenes figurativas que responden: un primer grupo, a continuidades con campos epistémicos previos; un segundo grupo a discontinuidades de campos epistémicos previos de los cuales se traspola adrede un significante para disponer nuevos sentidos en otra episteme; y por último, aquellos usos inespecíficos, generalmente respondiendo asociaciones de sentido común.

IV.a) Continuidades en las representaciones del at en tanto otro

Como **amigo calificado**, a diferencia de la concepción del equipo de Kalina (1985), Kuras de Mauer y Resnizky (1985), aquí se considera que:

“É verdade que os que se denominan <amigos qualificados>, durante o curso de seus processos se especializacao e de profissionalizacao (e como consequência dos mesmos), passaram a se chamar <acompanhantes terapêuticos>? Não posso afirmá-lo, mas proponho tomar esse devir como uma parábola. Os protagonicos e órgãos “inventores de modos curativos de amizade” têm sido levados a se reduzir a cidadãos de segunda categoria <coadjuvantes de procedimentos de adaptacao, ou até de hiper-normalizacao sofisticada>... consagrados no mercado de <bens e serviços>? ... ou tiveram de dissimular sua condicao de simulacros criativos sob a forma de uma <boa copia> para poder <ultrapasar> as barreiras das aristocracias disciplinares e corporativas?” Baremlitt, G. F. (1997:182).

“Ou seja, o amigo qualificado perde sua especificidade política se tornando assim acompanhamento terapêutico, porém o agora acompanhamento terapêutico, diante das outras formas clínicas e importando suas concepções de subjetividade, se torna uma prática clínica destituída do valor de uma clínica stricto sensu.” Araujo (2013:32).

También aparece en Duarte Barreto (2011) y Araujo (2006:152).

Como **ejercicio político de la amistad**

“A forma da amizade que pode ser vir à experiência do AT não é aquela, vivida na esfera da intimidade e das identificações, que iguala o amigo ao irmão, ao semelhante, espelho da alma do outro; ao contrário, é como diferença, distância, assimetria - sem recusa à solidão imanente à incomensurabilidade entre o eu e o outro - que a amizade faz-se presente à dinâmica do acompanhamento, numa agonística que, pondo em questão certezas e crenças, incita à transformação e inventa formas não prescritas de existência. (...) concepção do AT como exercício político da amizade” Lima Palombini, (2009: 302-303).

Esta posición de la autora, la entendemos en oposición a la trabajada por Pulice (2011 y 2014).

Como otro transicional

“... de un amigo transicional (...) Esta amistad, al igual que el objeto transicional, está destinada a perder significación y diluirse.” Dozza de Mendonça (2014:92) *“...los fundamentos – transicionalidad y espacio potencial – para afirmar que sí, se trata de una amistad.”* Dozza de Mendonça (2014:92).

“En la medida en que se establece un vínculo significativo y de confianza con el paciente el Acompañante se convierte en <mi Acompañante –osito>, en como una especie de <objeto transicional ambulante> y ansiolítico.” Dozza de Mendonça (2014:131).

La amistad para Dozza de Mendonça no se deduce tanto del rol sino de otra clínica, porque en el rol sigue sosteniendo la asimetría, aclara que sería especialmente para los llamados casos graves (Dozza de Mendonça, 2014:88).

Al respecto de la problemática de la amistad como figura explicativa o metáfora recurrente en el campo del AT, podemos mencionar otras referencias que se han realizado, dando cuenta de la problemática de la otredad que implican. Por ejemplo, Araujo (2013:152-175), Pulice, 2014:149-162), Lancetti (2006) en el libro de Gomidez Santos, Dozza de Mendonça (2014:88-93) respecto al concepto técnico de Amistad Profesional.

Como intervención transicional

Entendido al at como propiciando un encuentro que permite crear, emerger otro espacio-tiempo, véase Chauí Berlink (2016:15) y Lima Palombini, Jover, Richter, Mesquita, Cabral, y Benevides (2004:24).

Como ejercicio de Pop Art

Eliane Berger (1997) chega a sugerir a prática do AT como um exercício próximo à Pop Art pelo caráter de incluir elementos do dia-a-dia presentes no cotidiano, casuais, para realizar sua clínica... Gomidez Santos (2013: 160).

Como **soporte de la erotomanía al vacío**

En ambos textos de Castejón Hermann (2011 y 2012).

"(...) se refiere a la construcción de una presencia en la relación transferencial (...) El segundo momento en la dirección del tratamiento se refiere al vaciamiento de esta misma presencia del acompañante terapéutico." Castejón Hermann (2012: 385-386).

Como **semejante, diferente, ajeno**

"Colett Soler dice «queda un tercer lugar (los otros son la idealización y la persecución) para el analista, el del semejante, el del testigo, el del que escucha, que toma nota, que supuestamente comprende y se apiada»." Ruiz (1995:32).

"(...) desvía algunos de los sentimientos y actitudes experimentados hacia el analista hacia otra gente de su vida, lo que forma parte de la exoactuación (acting out)... El acompañante puede transformarse en esa otra gente, pero con un signo diferente: el que le da el trabajo de la transformación sobre esas proyecciones." Altomano y Azpillaga (1995: 61).

"Es por esto que el acompañante no es alguien cualquiera, sino un otro capaz de situarse como un semejante dispuesto a encontrarse con el padecer psíquico y las posibles consecuencias de exclusión social." Lopez Ocariz y Bessón (2018:30).

"Con el AT no hay un vínculo simétrico, el AT se deja ubicar en el lugar de amigo como un semejante, debe sostener la ambivalencia del paciente y su trabajo posee un encuadre." Sálliche y Turati (2018: 77)

"El acompañamiento Terapéutico tiene como objetivo no el de «convencer» sino de «vencer con» la paciente una lucha que se despliega en el cuerpo, pero que es del dominio de lo psíquico." Sálliche y Turati (2018:81).

También véase Kuras de Mauer y Resnizky (2003) y Pulice (2014:157).

Como **semejante que se presta a un "palabrerío"** cotidiano.

"...genera un cierto efecto balsámico... permitir un espacio en el cual el sujeto pueda hablar de aquello que lo desborda, que lo angustia" Rossi, Manson y Pulice (1997:48).

Como **muerto**

"No sentido em que, para ajudarmos, temos de adotar uma atitude que propicie o desencontro. Ocupar lugar de morto para que o paciente aprenda que a falta existe, que o nada é construtivo, que o encontro é impossível, que a relação sexual não existe. Enfim, tudo isso para que a realidade seja definida pelo que não é e não por tudo que pode ser, se cada singularidade desenvolver nela da a sua potência." Baremlitt (1991: 83).

Y en similar sentido aparece en Lima Palombini, Jover, Richter, Mesquita, Cabral, y Benevides (2004).

Como **practicante de un discurso**

“El acompañamiento terapéutico es una práctica de un de discurso. Un discurso entonces, puede desplegarse en distintas prácticas. Prácticas singulares para problemas singulares. La condición es que estas prácticas apuesten a hacer consistir un mismo tipo de lazo social. Este escrito propone pensar al acompañamiento terapéutico como una práctica del discurso analítico.” Ingrassia (2002:62)

“El acompañamiento terapéutico no es menos que un análisis. Tampoco más. Ni constituye una alternativa al análisis. Es otra cosa: una práctica singular del discurso analítico. Que puede existir en articulación intradiscursiva con otras prácticas. Se trata de una experiencia que debe ser pensada en interioridad, inventada en situación por situación. Un acompañamiento terapéutico no se deriva de un conjunto de indicaciones del analista. La concertación de una estrategia en relación a un caso, realizada por el equipo que interviene allí, así como no prescribe modalidades de acción específicas para el analista, no prescribe modalidades de acción específicas para el acompañante. Se trata de pensar un tipo de articulación no-jerárquica entre prácticas que sostienen el mismo discurso de manera diferente.” Ingrassia (2002: 64).

Como **agente político**

Quanto à promoção de saúde, essa também se dá na medida em que o «agente na rua» toma os acontecimentos do cotidiano para ampliar o raio de trânsito das «verdades», não só do sujeito acompanhado mas também da cultura (aqui se mostra outra marca do «fazer andarilho», a DIMENSÃO POLÍTICA DA PRÁTICA MUNDANA; a intervenção do/no campo de ação NÃO É SOMENTE PARA O ACOMPANHADO, mas para todos que participam do processo, até mesmo para o profissional at). Nessa perspectiva, todos os movimentos inusitados (ou não) do ambiente podem ser aproveitados para produção de «EFEITOS POLÍTICOS»” Tavares Da Silva (2003). (Mayúsculas en el original).

“Nao é uma clínica unicamente do individuo problemático/doente/necessitado, mas uma vivificação da subjetividade na cena/cenário público e da própria cena/cenário público, se dando em um registro ecosófico.” Araujo (2013: 31).

“Fazer uma clínica libertária se torna, então, uma urgência e um compromisso.” Araujo. (2013: 29).

“El acompañamiento Terapéutico como una herramienta para la ciudadanía.” Chauí Berlink (2016: 18).

Véase también Araujo (2013: 164), Lima Palombini (2006) y Vignocchi.(2001).

Como **enemigo político**

“El acompañante se presenta como un extraño en la vida del sujeto, un enemigo político, que debe demostrar que negociar con él tiene sus ventajas.” Chévez Mandelstein (2012:161).

Como **dispositivo**

En Kuras De Mauer y Resnizky (2011) todo el libro se centra sobre el eje dispositivo. Años más tarde Silvia Resnizky (2016) plantea el dispositivo con una temporalidad desarrollista o evolucionista. Este uso del término dispositivo no es coherente con Delleuze, sino que se usa como sinónimo de estrategia, intervenciones, proyectos, etc., como herramienta que surge de un sujeto, o varios, que estarían por fuera, serían externos del dispositivo. Como alguien que lo piensa, lleva a cabo y no como los sujetos parte del dispositivo. Tiene un apartado sobre la lógica de dos para pensar lo vincular, cuando desde dispositivo nunca habría meramente dos. Refiere:

“Los dispositivos clínicos son construcciones conjuntas a veces del analista con el paciente; otras veces surgen desde el equipo terapéutico donde el vínculo es el que va haciendo aparecer las diversas figuras del dispositivo. Es decir, que el dispositivo es un producto del vínculo que, a diferencia del encuadre, no lo precede.” Resnizky (2016:21).

En el mismo sentido, el del at como promoviendo el dispositivo, refieren otros también :

“Al mismo tiempo, el dispositivo de Acompañamiento, como una institución creada a medida.” Akselrad y Levit (2002:64)

“El dispositivo de acompañamiento, a diferencia de otras estrategias terapéuticas...” Akselrad y Levit (2002:71).

“...podemos pensarlo como dispositivo en sí mismo. Es herramienta que participa, observa, ejecuta y liga lo cotidiano del paciente al resto del artefacto «psi»” Vitelleschi y Audisio (2017:12).

Como **transmisor de la ley social**

En Cavagna, N. (1997) el at en tanto otro, es transmisor de la ley social en la modalidad ambulatoria y/o de la cultura institucional en las instituciones. Esto es opuesto a lo planteado por Dozza de Mendonça (2000) que remarca se trataría de esa misma cultura que no lo contiene.

Como **civilizador de la demanda**

“En cuanto a la ansiedad del acompañado, el trabajo que hay que realizar consiste en lograr una verdadera civilización de la demanda, es decir, el difícil trabajo de que la misma demanda no sea un factor constrictivo, que no ceda a los impulsos para no producir un sufrimiento desbordante. Hay que hacer de esa demanda sin límites, ni hora ni coste, una demanda más civilizada. Y este proceso se realiza en dos direcciones. Para el acompañado y para el acompañante.” Chévez Mandelstein (2012:132).

Como **analizador** de la **sociedad administrada**

"...á possibilidade de construir o AT como um analisador da sociedade administrada em que estamos." (2013: 152) "...fazer circular a locoura, sem o propósito de tutela ou adequação social." Gomidez Santos (2013:151).

Como **secretario**

"Intentaremos precisar hasta dónde es válido tratar al acompañamiento como un ejercicio de la función secretario" Rivarola (2002:17).

"...paso a mencionar cómo es que la función del acompañante terapéutico tiene un matiz parecido al que el analista realiza como secretario." Macias López (2006:32)

"...la función a realizar por el analista es la de secretario de un amo, amo del saber sobre su propia locura" Macias López (2006:36)

"Poder acompañar significa, estar dispuesto a tramitar la orden que imponga el Amo en cada delirio, a cada momento y desde una reacción al otro encarnado en el analista y en el AT. El acompañante y el analista, comienzan a ser testigos de la operación lógica del Amo." Rodríguez Penagos (2018).

Como **testigo y abogado, procurador**

"Ley. Roberto comenzó un pedido insistente: Doctor, usted tiene que ser mi abogado, abogar por mí." Bergliafa y Puente (2008:51)

"Testimonio. Tres días después, cuando Carlos salía de escribir sus notas del office antes de retirarse, volvió a interceptarlo Roberto. Así como Baruc escribió el libro de Jeremías, usted tiene que escribir sobre Jeremías II, de su puño y letra, un libro, para salvar a mis sobrinos." Bergliafa y Puente (2008:69).

"... y el estudiante acompañante es convocado por el lugar de testigo y facilitador de este trabajo" Fantinato, Méndez y Saranitte (2002:36)

Se agrega aquí para pensar la relación del semblante estudiante-acompañante.

"Así como los griegos crearon la tragedia, los romanos la epístola, el renacimiento el soneto, la modernidad ha creado el testimonio" Santolalla (2016:7)

"El analista es convocado a constituirse como sustituto y hasta como competidor de esas voces que al psicótico se le imponen. Si esas voces se le prestan como venidas del Otro, entonces el analista quedará ubicado como una alternativa, como otro Otro, lo cual nos permite ubicar una primera intervención a partir de ser convocado como «testigo». Un testigo es aquí entendido como un sujeto al que se le supone un no saber, y no gozar, y presentar por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio, el testimonio de ese padecimiento del cual el Otro lo hace objeto." Pulice (2014:214)

Cuando hacemos el acompañamiento terapéutico de alguien somos testigos y aceptamos la agonía de las personas que lo rodean." Duarte Barreto (2011: 93).

Como **suplencia**

"En el AT buscamos suministrar al sujeto experiencias que puedan suplir determinada(s) grieta(s) en el self. Esas grietas pueden ser resultantes de innumerables factores: dolencias físicas; fallas maternas en la adaptación a las

necesidades del bebé; fallas paternas; limitaciones en el repertorio simbólico de una determinada familia y/o de la cultura en que ella está inserta para lidiar con ciertas cuestiones existenciales.” Duarte Barretto (2005:192).

Como **suplencia imaginaria de la función del fantasma**

“Vemos de esta manera cuál es la lógica que da marco a la función del acompañamiento terapéutico en este caso. Nuestra presencia hace a la suplencia imaginaria de la función del fantasma. La pregunta sería si se puede llegar al punto en que esa suplencia se desprenda de nuestra presencia efectiva.” Juresca (1995:24).

Como **partenaire pluralizado**

Referenciando a Jaques Alain Miller el término principal aunque no lo trabajan para este caso.

“Esta indicación terapéutica se explica desde la concepción del abordaje de las psicosis como necesariamente desde un «partenaire pluralizado»” Akselrad y Levit (2002:65).

Como **performativo**

“El acompañante no integra, antes bien, crea, es performativo de nuevos lazos” Santolalla (2016:76)

Como **modelador de habilidades sociales o AVD**

Tolosa (2015: 66) y Tolosa y Jozami Nassif (2016:178-190).

Como **consejero/counseling**

“... al poner todo desde el rol de acompañante, articulado con la labor del Counselor” Pisano (2013: 11).

“A partir del Counseling (Consultoría Psicológica), y desde el Acompañamiento Terapéutico, se construye un marco de estrategias que proviene de lo conductual.” Pisano (2013: 12).

Como **rehabilitador**

“...el acompañamiento terapéutico se transformó en una herramienta tanto operativa como práctica para la rehabilitación del paciente psiquiátrico.” Audiso (2017:31).

“Según lo establece el Anexo 1 de la Resolución 1014/14 del Ministerio de Educación y Cultura de la Provincia de Buenos Aires respecto a su competencia general, el AT opera como potenciador y facilitador en la rehabilitación...” Patrignoni (2020:43).

Tal como nosotros entendemos, los usos de las representaciones en este grupo para referirse al at, son de carácter más conceptual que figurativo. Es de suponer que

esta característica, a diferencia de los grupos que siguen, es congruente con desarrollos conceptuales de campos ajenos al AT, donde el trabajo del at no ha requerido mayores ajustes. Si bien el lugar del at es más consistente con la episteme de la que surge, a su vez no genera observables ni empiria nueva. En todo caso, desaprovecha los elementos de una práctica que le otorgan especificidad, tal como el trabajo en lo cotidiano, en lo urbano, en relación a la locura con lo público, con materialidad, características del campo del AT que iremos desarrollando en los capítulos siguientes. Baste aquí entonces mencionar que el at como rehabilitador, es consistente con el campo de la salud mental aunque bien pueda realizarse en un centro institucional a la par de otros trabajadores del área; o por ejemplo, un at como consejero, es independiente del setting en que se de el encuentro.

IV.b) Discontinuidades en las representaciones del at en tanto otro

Como **modelo de identificación**

“Eran necesarios «amigos calificados». Tenían que ser jóvenes vitales, fuertes, con cualidades especiales en cuanto a ingeniosidad, lealtad, tener una sólida convicción anti-drogas y fundamentalmente creatividad para lograr ser objetos deseables o pasibles de identificaciones positivas.” Kalina (1985:13).

“Brindarnos al paciente como modelo de identificación” Kuras de Mauer y Resnizky (1985:84).

“El AxT es indefectiblemente, un modelo a seguir para el sujeto, por lo que se deberá programar junto al terapeuta qué conductas son más beneficiosas para mostrar.” Tolosa y Jozami Nassif (2016: 5179).

Dentro de quienes consideran al at como modelo de identificación, habría dos vías, quienes creen que es parte de un proceso manipulable, es decir que debieran reforzar voluntariamente determinados aspectos de la personalidad del at, y quienes creen que es efecto y motor de la transferencia y por tanto inconsciente. Entre estos últimos ubicamos a Duarte Barreto (2005:159), también Korin (1978:634) y Lopez Ocariz y Bessón (2018):

“El AT puede entonces producir desde los modos más creativos y múltiples, intervenciones en torno a las dimensiones del espacio y el tiempo para el armado de la cotidianidad, así como en la reconstrucción de lazos familiares y sociales, ofreciéndose incluso por momentos como soporte para el despliegue de identificaciones. Esta posición no supondrá nunca poner en juego la realización de un

ideal, incluso cuando el acompañante ponga en juego más que otros integrantes de un equipo sus rasgos personales” Lopez Ocariz y Bessón (2018: 30).

Nos interesa resaltar que esta posición del at como modelo de identificación, ha sido replicada en innumerables oportunidades, reflejando una breve muestra. Contrariamente, las críticas al respecto han sido bastante menos frecuentes, se destacan Pulice y Rossi (1995), también Manson (s/d).

“... pues si uno le entrega su Yo al paciente, lo que hace es ofrecerle una distancia para evitar la pregunta por su existencia (...) tampoco por ofrecerse como modelo de identificación, propuesta esta de algún trasnochado, de cuyo nombre – como dijera Cervantes de aquel lugar de La Mancha – no quiero acordarme.” Manson (s/d).

Como yo auxiliar

Así lo nominan Kuras de Mauer y Resnizky (1985: 70), Chévez Mandelstein, : *“Incluirnos como «yo opcional»” (2016:58)* y Chévez Mandelstein (2012), también lo menciona Sanches (1995:26), Sáliche y Turati: *“El AT funciona como soporte, como Yo auxiliar para producir un cambio...” (2018:156)*, Vitelleschi y Audisio: *“...desarrollarse en esta disciplina como un yo auxiliar – agente de salud mental.” (2017:55)*, Kuras de Mauer y Resnizky (2003:32), Pisano (2013: 14); aunque parecieran ser muy diferentes las nociones entre sí tomando los diferentes contextos de sentido.

En tal sentido, por ejemplo, en Rivarola (2002) hay otra mirada de yo auxiliar, no quien hace porque sabe por sobre el otro o a partir de que el otro no sabe, o no puede, sino como quien auxilia al amo, al protagonista de la escena:

“En el acompañamiento el amo es el loco, a través de una relación que se va construyendo se posibilita cierta confianza que promueve confidencias, secretos, son estos elementos los que llevan a realizar esta asimilación. Además, hay momentos de un acompañamiento donde es manifiesta esta función [secretario], lo que algunos autores han conceptualizado como yo-auxiliar, o como préstamo del yo, cuando hacemos por (para) él, la función de organizador del pensamiento, ayuda memoria.” Rivarola (2002:21).

No consideramos pertinente deban asimilarse estas diferentes posiciones respecto al yo auxiliar, pareciera que, por lo menos al momento del texto, Rivarola desconocía los fundamentos teóricos de prestar el yo desde el Psicodrama y lo que implicaría en el futuro una clínica pensada desde ahí (véase: Chévez Mandelstein 2012, Chévez Mandelstein y Montuori, 2016).

Como **auxilio ajeno**

“El Acompañante Terapéutico remite, en todos los casos, a la idea de un «auxilio ajeno», aquella instancia que Freud describiera en el Proyecto para referirse a la «acción específica» necesaria para asistir al otro humano en su indefensión y desvalimiento.” Kuras de Mauer y Resnizky (2003:65).

Como **deseante, prestador del deseo**

“Puesto que no habría que obturar con su propio deseo, el del AT, el deseo del paciente, pero en otros casos sería propio desear algo de ese paciente, es decir ser el primero que desea.” Chayan (2003:4).

Como **prestador o prestamista**

“Hay una cuestión de cierto préstamo, en el mientras tanto de la problemática del cuerpo del otro, el AT le presta el cuerpo, le ofrece la palabra, allí donde la herida narcisística de lo biológico y lo psíquico lo interpelan.” (2017: 14). Vitelleschi y Audisio.: *“En principio, se trata de prestar el cuerpo propio como sostén.”* Rinaldi (2017:16).

Como **centinela clínico.**

“Concluimos que o AT realiza exigências do manejo transferencial sob a forma do cuidar exercido no cotidiano do sujeito, no qual desejo e subjetividade são necessariamente reconhecidos, sem que se configure como tecnologia psicoterápica, situando-se mais propriamente como sentinela clínica no campo da psiquiatria comunitária e saúde coletiva.” Estellita-Lins, Oliveira, y Couthino (2009).

Como **Otro más moderado para la psicosis**

En Vilela (2010).

Como **presencia empática**

“ O aspecto de movimentado AT também abriga o sentido de liberdade. Para além da liberdade pensada em termos cívicos, tal liberdade nao faz apenas por «ir e vir» como movimentacao do corpo nos espacos sociais, mas por movimentacoes no corpo vivo. O at, ao atualizar os fundamentos éticos, por su presença empática, tem em si mesmo e em seus gestos a oferta do Outro.” Possani (2010: 101).

Como **marcación de una ausencia**

“(…) viene a ocupar, ante el paciente, el sitio de alguien y de algo que faltó. Hay una ausencia, pues, que el acompañante soporta y a la que, denunciándola al prestarle el cuerpo, ayuda a reconfigurar y a transformar en materia de trabajo.” Kuras de Mauer y Resnizky (2003:10)

“(…) viene a cumplir una función que no hubo o fue deficitaria, y de cuya necesidad habla el detereoro del paciente.” Kuras de Mauer y Resnizky (2003:66).

Como **objeto contrafóbico** para fobias graves

“En las fobias como complemento del parapeto defensivo se instituye el objeto contrafóbico o acompañante. Es un objeto imaginariamente protector frente a los peligros internos o externos que se deben afrontar (...). En función de lo dicho el acompañante terapéutico constituye un recurso técnico novedoso (...) debe ante todo saber que rol le esta asignado en la trama imaginaria del fóbico. Es depositario de funciones yoicas y vía transferencial, de afectos que se jugaron con los objetos infantiles. Su función es doblemente protectora: protege del objeto fóbigeno hacia el cual se han desplazado las representaciones desiderativas y garantiza el no-cumplimiento de los deseos hostiles y sexuales que causaron dichos desplazamientos.” Serrone (2001: 8).

También refiere para el ataque de pánico el lugar del at como prototipo de la función materna.

Como **(otro) flaneur**

“...nos sobressalta uma questão sobre quem seria o flâneur, famoso transeunte das vielas parisiense expostos na literatura de Alan Poe, Balzac, dentre outros. O paciente (usuário) ou o Acompanhante Terapêutico? Tomado como perspectiva de visualização inicial, percebemos que a figura do andante «descobrimo um país exótico» é tanto o usuário quanto o acompanhante, pois os dois estão vivenciando um momento em que as «barreiras» entre analisado e analisante, terapeuta e paciente, «ciência» e «senso comum», se interpõem de forma que não é possível delimitar as fronteiras entre quem é e o que realiza.” Pacheco y Simborsky Menezes (2014).

Nos referimos a (otro) a partir de que Lima Palombini (2009:301) trabaja la figura de flaneur pero evidenciando la diferencia entre el circular la ciudad en soledad de aquel que acompaña a otro.

Como **nómadas**

“La labor del AT consiste en establecer y fortalecer un vínculo terapéutico con el paciente mientras circula con él, como nómadas por la ciudad.” Equipo de AT do Instituto A CASA (1986).

Como **observador fenomenológico**

“A.T. agiria como um observador fenomenológico dos espaços vividos do acompanhado (...) Criaria situações de estruturação dinâmica, levando em conta que a triangulação, mesmo que ao acaso e ao relançar dos acontecimentos.” Ribeiro Aguilár (1997:200).

Como **investigador de modalidades de subjetivación**

“... también permite que se possa investigar de que modo o mal estar contemporâneo atinge o ser humano, dando ao Acompanhante Terapêutico posicao privilegiada de investigacao, de novas modalidades de subjetivacao” Safra (2012:98).

En este segundo grupo, encontramos representaciones del at en tanto otro con mayor carga figurativa para dar cuenta del corrimiento de episteme de la que surge, utilizando cuerpos teóricos particulares que se exportan o extrapolan a otros ámbitos diferentes (Palma, 2005:58) tales como las referencias a observador fenomenológico, “Otro” más moderado para la psicosis, o Yo auxiliar. Aquí evidenciamos conceptos complejos desprovistos de sus tramas teóricas y extrapoladas, ad hoc y parcialmente. Se evidencian así forzamientos en los significantes, aunque si bien por un lado resultan menos leales a los campos semánticos teóricos de origen, dan cuenta en su discontinuidad de cierta especificidad para el AT. Esta discontinuidad sin embargo, parece obedecer mayormente a ajustes ad hoc que a progresiones teóricas.

IV.c) Usos inespecíficos de las representaciones del at en tanto otro

Como amigo calificado

“(...) llevé a la práctica una idea, que originalmente se denominó «amigo calificado» (...)” (1985:12) “Eran necesarios «amigos calificados». Tenían que ser jóvenes vitales, fuertes, con cualidades especiales en cuanto a ingeniosidad, lealtad, tener una sólida convicción anti-drogas y fundamentalmente creatividad para lograr ser objetos deseables o pasibles de identificaciones positivas.” Kalina (1985:13).

Aquí se aprecia que el adjetivo de calificado es sobre la esfera moral, al igual que en Korin (1978:635).

Como prestarse a un enganche

“Hay otra reacción conocida como el «enganche», que consiste en que determinado paciente nos llega de un modo particular, nos conmueve, nos interesamos particularmente por lo que nos cuenta, nos saca del lugar y de la actitud profesional... Algunos enganches llevan a una especie de <<adopción>> del paciente, estableciéndose un vínculo de características maternas, de gran compromiso narcisístico. Hay otros enganches basados en sentimientos de compasión y en una actitud de servicio, humanitaria (...) Consideramos al acompañamiento como un prestarse al enganche, haciendo lugar a la locura, que se despliegue, dando una acogida a ese decir.” Rivarola (2002: 18).

A propósito de esta figura del enganche, en el próximo capítulo se trabajará sobre la noción de AT Espontáneo, otorgando mayor contexto de sentido.

Como **garante** del acompañado

“En un principio, el acompañante terapéutico actúa como garante del acompañado, cuando, estando ambos, él es el que puede, a quien hay que remitirse. Ceder ese lugar de poder no es tan fácil, por ello el acompañante debe, en un principio interceder por el acompañado para que este sea valorado nuevamente.” Chévez Mandelstein (2012: 199).

Como **cuña**

“...el AT se insertará a modo de una cuña en lo alienante de lo social y la familia.” Dragotto (2011a:107).

Como **Actor**,

“Sugiero que la técnica del Acompañamiento Terapéutico debe asemejarse a la del actor (...) El Actor (con mayúscula) debe de ser un experto en técnica, pero lo es con el objetivo de que el espectador no vea la técnica, sino tan solo el personaje. [...] Cuando nos encontramos ante un buen actor (o un actor suficientemente bueno) la «magia» se produce debido a que actor y espectador se sumergen en el campo de la transicionalidad, en esta zona intermedia en la cual la «mentira» puede ser «verdad» y viceversa. [...] Desde ahí el poder decir, también, que el Acompañante puede llegar a ser, aun no siendo, un amigo, enemigo, la madre, el padre... el perro, un pájaro en la jaula...” Dozza de Mendonca (2014:94-95).

Como **fundador y compensador**

“En tal sentido, el acompañante es un fundador. No restablece lo que no hubo, sino que, donde no hubo, crea, aporta una compensación.” Kuras de Mauer y Resnizky (2003:11).

“La intervención del AT debe apuntar a compensar un aspecto de la vida del paciente que tiene que ver con reconstruir una trama social a veces empobrecida. Se debe trabajar para intentar reducir su aislamiento y en ocasiones para evitar un comportamiento perjudicial...” Sáliche y Turati (2018: 32).

Como **prótesis**

“Cuando hace falta algo más que las psicoterapias habituales (...) Allí aparece el papel ubicuo y multifacético del Acompañante Terapéutico (...) Un semejante que se ofrece como soporte, hermano, prótesis para categorías faltantes... en suma, alguien que reemplaza seres humanos cercanos que fallaron...” Galli (2011: 163-164).

Como **ancla en la realidad**

“... él trabaja en la realidad, en la vida cotidiana. (...) El acompañante es como un ancla en la realidad” Saurí. (1997).

Dozza de Mendonça y Tarí (1995-1996) también introduce que interviene en la realidad concreta.

Como **un Sancho Panza**

“como un Sancho Panza que acompaña con realidad la fantasía y desatino de nuestros pacientes los «Quijotes»”. Fernández D’Adam (2005:11).

Este autor, no menciona el antecedente de la misma metáfora utilizada ya por Duarte Barreto en Brasil años antes en artículos, su tesis en el mismo año y publicado en Brasil pero distribuido – no comercialmente- en Argentina también en 2005. Por otro lado, mucho más lograda la comparación del brasilero.

Como **infantería en las batallas**

En Korin (1978:637).

Como **soldado de la primera línea de fuego**

En Kuras de Mauer y Resnizky (2003:36).

Como **evangelizador**

“... podemos concientizar y evangelizar a aquellos que miran la enfermedad desde un horizonte lejano.” Ricci (2014:152)

Como **suministrador de una experiencia correctora.**

En Dorfman de Lerner (1984: 27).

Como **corroborador de hipótesis del terapeuta de cabecera.**

En Dorfman de Lerner (1984: 27).

Como **técnico, auxiliar del terapeuta de cabecera.**

En Dorfman de Lerner (1984: 27), Dragotto (2011a:105), Kuras de Mauer y Resnizky (1985, 2003: 26, 33.), Cavagna (1997), complementario al terapeuta, ante la insuficiencia técnica del terapeuta. Como representante del terapeuta (o representante del desborde del terapeuta), por ejemplo:

“Cuando desbordan las posibilidades de contención del terapeuta, el A.T. va en su representación...” Cavagna (s/d).

“... es complementaria a la actuación de otros profesionales como el psicólogo o el psiquiatra, formando parte de un abordaje múltiple” Korin (1978: 635).

“Los acompañantes tendrán un rol asistencial calificado como auxiliar de los tratamientos médico-clínicos, traumatológicos, quirúrgicos y psicoterapéuticos.” Saliche y Turati (2018: 17).

De esta última cita, se desprenden una serie de supuestos que se agregan a lo propio de considerar el at como auxiliar. Resultan llamativas las especialidades de la salud elegidas y no se trabaja en el texto los criterios de selección al respecto. Por otro lado, desconocen el principio contrahegemónico tanto de la tradición en que emerge el AT como de la legislación vigente en salud mental. Más aún:

“...estarán adecuadamente capacitados para seguir las indicaciones de los responsables profesionales y/o legales de pacientes...” Sáliche y Ambrosini (2017: 139).

“Además de hallarse capacitado para colaborar en el control y administración de medicamentos que el paciente requiera...” Sáliche y Ambrosini (2017:140).

Sobre esta última referencia, no queremos dejar pasar que se trataría de una práctica ilegal en nuestro territorio.

Como **informante, observador objetivo** de lo que acontece por fuera de las sesiones psicoterapéuticas:

“El AT surge como un posible agente que, al incluirse en el campo de lo cotidiano, brinda información al equipo tratante.” Vitelleschi y Audisio (2017:23).

“(...) posicionarse como mediador que informa sobre la cotidianeidad del paciente...” Sáliche y Ambrosini (2017:137).

Véase también Dorfman de Lerner (1984: 27), Kuras de Mauer y Resnizky (1985, 2003, 2005), Cavagna (s/d).

Como **sombra**

“...donde quiera que este [el paciente] vaya...” Altomano y Azpillaga (1994).

Como **sátrapas**

“...sátrapas, «ojos y oídos» del rey.” Dorfman de Lerner (1984: 27).

Como **bisagra de diferentes momentos de un tratamiento singular.**

“Puede jugar allí un rol terapéutico de bisagra y ser el puente en cada cambio de etapa, ocupándose de evitar lo que llamé antes hiatos terapéuticos.” Stagnaro (1998:76)

“Así mismo, esta práctica hace posible sostener la continuidad de un tratamiento en el pasaje entre las distintas instancias del mismo.” Pulice y Rossi (1995:13)

Como **esposa imaginaria del terapeuta**

“... por una relación patológica entre el paciente–niño y su entorno” por oposición presente al terapeuta como “... el rol-función paterna de discriminación (...) mientras el AT (...) en su rol- función materna” Dorfman de Lerner (1984:28).

Como **detector temprano de síntomas**

“...el AT actúa como detector temprano de síntomas de las posibles crisis que permite disminuir los riesgos que estas conllevan.” Audiso (2017:40).

Como **entretenedor**

“Para aquellos referentes institucionales que más lo resistían estaba asociado al entretenimiento de las personas en situación de internación.” Patrignoni (2020:23).

Como **moderado**

“Actúa como moderador entre la persona acompañada y la familia...” Patrignoni (2020:47).

Como **instigador**

“En el procedimiento se introduce un apoyo para que el sujeto tenga la posibilidad de ensayar la conducta que se pretende instalar o afianzar, y una vez que adquirida esa autonomía en la ejecución, se retiran progresivamente esos instigadores.” Tolosa y Jozami Nassif (2016: 96)

“El mecanismo intrínseco de la técnica pone sobre el tapete la función del AxT en los procedimientos de modificación de conducta [...] este se configura como un reforzador o instigador por su sola presencia en el ámbito natural del paciente [...] su función será isomórfica al espíritu de la técnica.” Tolosa y Jozami Nassif (2016:97)

Y como «**administrador**» de **instigadores** a modo de objetos o recursos materiales “Una vez estipuladas las normas de desempeño, el AxT utilizará instigadores con el objetivo de indicar la ocurrencia de una violación a las reglas.” Tolosa y Jozami Nassif (2016: 112).

Como **profesor**

“Cuando el AxT enseñe, se encontrará “apoyando” al niño para ayudarlo a emitir conductas correctas.” Cossi (2016: 289).

Para el autor, un buen profesor es una persona a la que se le da bien apoyar a las respuestas adecuadas y organiza la situación para que el niño emita conductas reforzables, lo dice citando a otros (Cossi 2016:289).

“Dependerá del chico, de la propia capacidad como profesor...” Cossi (2016: 300)

“En este apartado se desarrolla un modelo de intervención de trabajo de los AxT en el tratamiento del autismo, basado en las principales características del modelo terapéutico educativo, cognitivo conductual llevado a cabo por la Universidad Californiana de Los Ángeles.” Cossi (2016: 269).

“(...) se encarga de mostrarle al paciente cómo se organizan distintas actividades, desde las más sencillas, como el comer en un lugar público, hasta asociarse a un club o tomar lecciones.” Korin (1978: 635).

Como **estudiante**

“... el estudiante acompañante es convocado por él al lugar de testigo y facilitador de este trabajo.” Fantinato, Méndez y Saranitte (2002:36).

Agregamos conociendo el texto, que se trataría aquí de un lugar de no saber, o sobre un saber a construir en las calles con su acompañado.

Como **incauto**

“Es en este dispositivo, donde el equipo de acompañantes terapéuticos hace del psicoanálisis la práctica de un discurso (...) la disposición a dejarse sorprender por lo que emerge, esto es posición de incautos, pero no de ingenuos.

Creemos que la función de los acompañantes en este dispositivo más que «acompañar» es la de posibilitar que se cumplan operaciones específicas, operaciones subjetivas... es por esto que decidimos llamarlos operadores terapéuticos.” Colovini y otros (2001:2).

Como **creador de atmósferas**

“«creador de atmósferas» que recuperasen la memoria de ciertas vivencias en relación con los sentidos para facilitar otros. El at podría pensarse también como un creador de atmósferas. Las atmósferas podrían entenderse como el resultado de una o varias intervenciones: ese efecto que hace (construye) lugar, que se dirige hacia nuestro acompañado, su entorno físico o vincular; que aguarda un movimiento; que posibilita algo de la subjetividad. Hacer lugar también podría leerse como vaciar para liberar el espacio; hacer lugar a otra cosa.” Hernandez (2016: 86).

Como **traductor**

“Se trata de la posibilidad de crear un traductor que nos permita encontrarnos en el otro sin perdernos en él.” Patrignoni (2020:105).

“...un mensaje que pueda ser comprensible para el paciente y que hasta cierto punto pueda ser traducido a la lengua del paciente, como se hizo en uno de los relatos -un relato que me pareció muy bonito- en que de alguna forma tu entras en el lenguaje del paciente; que pueda haber una confirmación de la percepción del paciente siempre que sea posible y, sobre todo, que pueda haber una validación de este paciente, una validación de su comunicación.” Cesarino (1991)

Como **catalizador**

“A crise psicótica traz uma intensificação das diferenças das subjetividades. O AT funciona como um catalisador, que pode aproximar, de forma criativa, essas diferenças que circulam pela cidade.” Carrozzo (1997:14).

Como **otro extranjero** que trae una pregunta al sujeto

“... es convocado a desempeñar un papel complejo, el personaje de extranjero, del invasor, que trae una pregunta, una interrogación al sujeto, a su familia, a su entorno.” Chévez Mandelstein (2012: 159).

Como **ocupante**

“...aparece ocupante en el territorio de la persona acompañada, pero no la posee.” Patrignoni (2020:105).

Como **inmigrante, forastero**

“...ante la persona que acompañamos no somos más que inmigrantes, se debe hacer el esfuerzo de comprenderlas sabiendo que atravesamos las crisis típicas de los forasteros..” Patrignoni (2020:106).

Como **presencia comprometida**

Saurí (1997).

En este tercer grupo, de evidente utilización de las metáforas, analogías e imágenes figurativas tomadas principalmente desde el lenguaje coloquial, encontramos representaciones que bien responden a los últimos dos usos descriptos por Palma (2005:59), por un lado las metáforas del sentido común (tercer uso) y a su vez aquellas con fines didácticos, de enseñanza para no especialistas y de comunicación pública (cuarto uso). Entendemos este último rastillaje bien da cuenta de cómo el campo del AT parece haber sucumbido ante los esfuerzos conceptuales en más de una oportunidad, en pos de operaciones de persuasión para propios y ajenos. Encontramos que abundan los ejemplos: amigo calificado, ancla en la realidad, sátrapa, sombra, soldado infantería, prótesis, informante, inmigrante, entre otros. Resulta evidente que, al ser un campo aún emergente, con poco discurso propio, deba recurrir a metáforas desde el sentido común aún desconociendo el sentido político que ejercen en tanto posibilitan cierta transmisión intradisciplinar y hacia afuera en la comunicación pública. Nos referimos al criterio político del uso de este tipo de metáforas en tanto entendemos las operaciones de organización – a partir

de la construcción de determinado discurso común- y persuasión pública, son imprescindibles para la legitimación social de este campo y su consecuente ingreso en el mercado.

Así mismo, es preciso consideramos, valorar las heurísticas que dichas operaciones sobre el sentido ejercen; especialmente el uso coloquial en un campo de trabajo determinado por lo cotidiano y su control social, pudiese requerir mayor esfuerzo en cierto distanciamiento a nivel representacional.

Breve *epitaphium* para Ricci

A propósito del uso de términos coloquiales para el at en tanto otro, no exentos de sentido político, queremos dedicar unas últimas palabras para uno de los ejemplos más extremos: el at como evangelizador.

Ricci, ha dejado su legado, sus escrituras (2014), la brevedad parece conjugar con la reducción de argumentos. No ha sido hombre para detenerse al costado del camino y fundamentar. Baste su prédica para proponer una nueva moral, la de un at dispuesto a evangelizar.

En su palabra lo procuró: *“En nuestros pequeños mundos, podemos concientizar y evangelizar a aquellos que miran la enfermedad desde un horizonte lejano.”* Ricci (2014: 152).

Será Ricci un hombre de su tiempo, pues no ha sido la excepción sobre una vía religiosa (Re, 2009). Asimismo, ha compartido con el común de los autores, que su libro cuente con un capítulo de historia, aunque sus datos sean difíciles de corroborar (2014:30)³.

Para aquellos que intentamos comprenderlo, su identificación como psicoanalista no lo hizo más sencillo para el at, quien tendría así: *“...la posibilidad de «psico-educar», resocializar, organizar; sugiere cambios en el mundo cotidiano, en los roles de la familia, en el ámbito social, contiene desde el afecto terapéutico (herramienta cercana a la perfección por su efecto positivo)”* Ricci (2014: 151).

³ Postula 1983 como el año en que se realizó el Primer Encuentro Argentino sobre Acompañamiento Terapéutico en psiquiatría y en 1985 el segundo.

Sus contradicciones teóricas y técnicas, parecen desvanecerse ante sus propios principios: *“Los códigos de ética son expresiones cerradas y nos ordenan, por ello, el mayor poder lo detenta la autoconciencia.”* Ricci (2014: 155). Así mismo: *“...las bendiciones de aquellos que hemos podido modificar con vistas a mejorar su calidad de vida (...) Como decimos habitualmente, «cuando curas al otro, te curas a vos mismo»”* Ricci (2014: 153).

En este caso, puntualizar sobre este autor en el campo del AT, mereció ser destacado a partir de lo que venimos trabajando en la problemática de la otredad, como exceso al que pudiese llegar una clínica galénica para el AT y el at. La clínica ejercida en lo cotidiano debiera vigilar aún más las lógicas normativistas, así lo enuncia Lancetti (2008): *“Eles surfam no controle. A sociedade de controle, disse Gilles Deleuze, opera ao ar livre, nao mais no hospicio, mas em todo lugar e, fundamentalmente, no domicilio.”* (2008:94).

Derivas del at en tanto otro para su clínica

Hasta aquí hemos rastreado modos de referenciar, ilustrar, evidenciar el lugar del at en tanto otro, de forma suficiente aunque seguro no completamente. Consideramos que ante las tensiones e inconsistencias que presenta el campo del AT - en tanto campo teórico como ya hemos adelantado- poder acotar, identificar, vislumbrar el lugar del at para el otro con quien trabaja y otorga sentido, podría llegar a dilucidar y generar una mejor posición epistemológica para quienes practican la clínica. Este sería un posible enlace entre la investigación teórica y la proyección clínica.

El uso de la metáfora en este campo disciplinar, al posibilitar describir, transmitir sentidos de un modo estrecho, reconoce así la impotencia ante la delimitación del objeto.

Esta clasificación epistémica que venimos trabajando (Palma, H., 2005) sin embargo, no discrimina respecto a las filiaciones teóricas ni pudiésemos subsumirla primariamente a diferencias en las clínicas. Empero, el uso de las metáforas en este campo emergente, sea como parte del proceso de construcción de conocimiento - en un sentido constructivista-, o sea como acercamientos progresivos y ajustes del

lenguaje para definir el objeto de estudio - desde el nominalismo-, en cualquiera de ambos casos no los exime de las posiciones diferentes que pudiesen tomar en cada clínica.

Ya anteriormente (Tello, 2016a) hemos planteado un esbozo de cierta demarcación en la práctica clínica del AT respecto a los sentidos que se le otorgan al at en tanto otro. Ahora mismo ahondaremos al respecto:

Por un lado, se figura al at como entrenador, entretenedor, rehabilitador, moderador, profesor ante el trabajo en lo cotidiano en relación a un supuesto saber-poder normalizador, incluso como suministrador de una experiencia correctora; y por otro lado, como analizador de la sociedad administrada, como agente político, como creador de atmósferas y escenas, como estudiante, secretario, incauto, como otro transicional dispuesto a desvanecerse.

Hay quienes piensan su labor como construcción en tanto compensador, estableciendo un lugar protésico y sin embargo otros, introducen la figura de un lugar performativo, o incluso, de muerto. En clara oposición también a las representaciones de instigador, evangelizador, consejero, soldado de infantería.

En relación a cómo se piensan distintas éticas sobre el trabajo fuera del consultorio, en el espacio de los acompañados; algunos lo figuran como modelo de identificación, auxiliar del yo, ancla en la realidad. Sin embargo, otros piensan una ética centrada en la extranjería, como ocupante de un espacio ajeno, inmigrante, forastero, o incluso nómadas o flaneur.

Respecto al at y su vínculo con otros dentro del equipo terapéutico, algunos deducen secundariamente el lugar del at desde una figura principal de terapeuta de cabecera, en este sentido como corroborador de hipótesis del terapeuta, auxiliar, esposa imaginaria del terapeuta, informante, observador objetivo, como sombra y sátrapas. Sin embargo, en otra clínica no se deduce su lugar secundariamente a otro aunque tampoco desconoce la necesidad del trabajo colectivo en pacientes con patologías graves. En esta perspectiva, el at representa su trabajo como observador fenomenológico, como investigador de la subjetividad.

Tendríamos así una clínica – galénica- centrada en la patología, en el paciente como quien tiene efectiva, corpóreamente, su enfermedad. Que, ante el empuje complejo, diverso de trabajar en lo cotidiano, con la familia, en su entorno, con sus objetos, estos son percibidos, pero como obstáculos a despejar para lograr los tan

ansiosos fines terapéuticos. Hay un saber de parte del técnico que más o menos disimulado en el discurso, se patentiza en la clínica con evidentes demostraciones de poder en la lista de objetivos de una estrategia clínica argumentados en la ética del bien común, en las indicaciones que le otorgan al paciente, en las tareas que disponen, en las sugerencias a la familia, en la valoración moral sobre las decisiones del paciente, etc. etc. Lo dice resueltamente Laín Entralgo: *“el viejo ensalmo mágico (epode, incantamentum) quedaba así convertido en <discurso persuasivo> (logos pithanós), al servicio de una psicoterapia verbal de carácter técnico.”* (1978).

Quizá, quienes ejercen el AT se sorprendan respecto a esta crítica, puesto que una de las principales condiciones de la clínica galénica en la historia de la medicina es su trasmisión como saber absoluto, objetivo, técnico, a-crítico para que pueda consolidarse como hegemónico.

Pues bien, anotíciense entonces que existe otro modo de acompañar en la clínica de lo cotidiano tal como lo ha postulado Leonel Dozza de Mendonça (2014) y entendemos responde a los principios de la clínica hipocrática: la necesidad de sustraer intervencionismo, que la técnica quede solapada en lo cotidiano, la primacía del sujeto, la prudencia ante sus circunstancias, el trabajo con la patología no normativista, entre otros aspectos que se desarrollarán más en extenso en el capítulo siguiente.

Como puede avizorarse, entre el galenismo y el hipocratismo hay mucho más que una pugna metodológica, hay una confrontación ética por el lugar asignado al saber, al poder y al otro. Sobre la relación entre la clínica y la ética, nos interesa resaltar lo referido por García (2001), pues no se trataría de una deducción de la clínica a principios éticos, sino justamente de una subversión de ambos términos:

“Se trata de que la clínica y la ética, compartan un mismo método. Esto puede parecer extraño cuando se oye por primera vez, pero deja de serlo en cuanto se reflexiona sobre ello con cierta calma. Hay un hecho que no deja de ser sorprendente, y es que el método de la ética procede con toda probabilidad del método de la clínica, más concretamente del método de la clínica hipocrática. El autor de esa modificación fue Aristóteles. Hijo de médico, muy preocupado siempre por las cuestiones médicas e investigador incansable de problemas biológicos, Aristóteles llegó muy probablemente a la ética desde la medicina. Cuando en la Ética a Nicómaco describe la lógica del razonamiento práctico, no está pensando sólo en la ética y la política sino también, como él mismo se encarga de señalar, en la técnica, especialmente en aquella que en su época se había convertido en paradigmática, la téchne iatriké, la técnica médica, la medicina. Toda la teoría de la deliberación, la prudencia, el término medio, el razonamiento probable, la toma de decisiones en situación de incertidumbre, etc., se aplica por igual a la clínica y a la ética.” García (2001:18)

Así las cosas y habida cuenta de la recuperación de ciertas vecindades clínicas para el AT, postulamos el imprescindible trabajo de restituir la clínica a un lugar originario.

Tal como hemos planteando más arriba, el uso de las metáforas no solo es ilustrativo, sino que puede llegar a ser el dispositivo que promueva nuevas heurísticas a un campo emergente. Consideramos así que en el campo de la producción teórica deba avanzarse sobre la construcción de categorías teóricas de carácter intermedio. Tomar conciencia de la problemática de la opacidad de los objetos de estudio, de las restricciones semánticas de los significantes, de la producción incipiente de contenidos disciplinares, de los procesos de falsabilidad, de la conflictiva entre la realidad y el sujeto cognoscente; entre otras dimensiones, nos permite trabajar con las nociones de categorías intermedias como comparación táctica para lograr mayor inteligibilidad a un campo de estudio. En tal sentido, en el último capítulo desarrollaremos una categoría intermedia como prospectiva para pensar la clínica del AT.

Baste aquí, respecto a la problemática de la otredad, una condición basal que deseamos retomar para un trabajo ontológico prudente. Se trata de un juego escurridizo de posiciones que requiere cualquier intento por definir al yo o al otro. Hasta aquí nos hemos centrado en la polaridad del at en tanto otro, sabiendo las definiciones negativas que generan para el otro de los términos.

Quisiéramos reflejar la diversidad de respuestas a las que el campo del AT pudiese estar abierto a pensarse en relación a la otredad. Primera, dando cuenta de los supuestos metafísicos que implica cada una de las clínicas en relación a cómo se constituye para cada quien el otro. Al respecto y asumiendo la metafísica occidentalista que nos atraviesa y comprendiendo así, tal como veremos en el último capítulo, la necesidad de recuperar, hacer emerger pensamientos latinoamericanos para una práctica tan local como esta, nos interesa mencionar la postura del pensamiento indígena de nuestra América a partir de los desarrollos de Viveiros de Castro (2013):

“Así como no tienen estado, también están en contra de cualquier tipo de fijación de una posición de sujeto.” (2013: 270)

“Allí donde colocábamos al yo como anterior al otro, al otro como una posición derivada, yo sugería que en el mundo indígena sucede lo contrario; el yo adopta una posición derivada, el yo es un caso particular del otro.”

“... ¿cómo hacer que el otro venga antes del yo?” Viveiros de Castro (2013: 272)

A esta interrogación nos sumamos. ¿Qué clínica será posible? Si bien las metáforas y figuraciones tal como hemos planteado, pudiesen servir de ayudar como dispositivo discursivo para crear nuevos sentidos, acercar campos no previstos, revolucionar lo existente; la primera condición de cautela pudiese ser:

“...un principio fundamental de la ética epistemológica del antropólogo debe ser el de siempre dejar una salida para las personas que se está describiendo. No explicar demasiado, no intentar actualizar las posibilidades inmanentes del pensamiento de los otros, sino esforzarse por mantenerlos indefinidamente como posibles.” Holbraad, Petersen y Viveiros de Castro (2014:3).

Al tomar la puja de las clínicas hipocráticas y galénicas superando las filiaciones de teorías explicativas, el campo se demarca más rotundamente en relación a la problemática de la otredad. Desde aquí se deducirán imperativos éticos, operaciones técnicas, inferencias sobre el uso del espacio y su materialidad, de la relación con lo público, en definitiva, una política.

Capítulo III

Problemáticas del campo de saber.

En este capítulo, continuamos desarrollando la hipótesis principal, insistimos, sobre presentar dos programas clínicos en pugna dentro del AT como campo de saber, aunque en esta oportunidad será a partir de los aspectos teórico-técnicos. Abordar problemas técnicos implicará necesariamente instalar la discusión sobre la técnica en la clínica, en los saberes científico-académicos y en las sociedades neoliberales de Nuestra América (Martí, 2005); contexto en el que mayor desarrollo ha tenido el campo del AT.

Trabajaremos problemáticas, o por recurrencias en el campo, o por lo que esperamos den lugar a nuevos emergentes. No se pretenderá sin embargo, un tratamiento exhaustivo de presentación de enunciados explicativos en relación a la teoría, o la teoría de la técnica. Se tratará en todo caso de una selección a partir de ciertas insistencias en la bibliografía del campo, que consideramos preciso revisar con el horizonte de la problemática de la otredad y sus clínicas.

Por otro lado, comprendemos algunas de estas problemáticas como representantes de problemas teórico-técnicos con características transversales del campo tal como lo venimos pensando, razón por la cual tampoco se procurará su agotamiento en esta instancia.

A la hipótesis principal que rige la tesis, le derivamos aquí tres hipótesis accesorias. La primera consiste en considerar que la bibliografía, en especial aquella en torno a las definiciones del AT, presenta como fundamento la oposición entre rol y función. En tal sentido, consideramos que esa oposición se ha ido cristalizando en su debate, dando lugar - por razones que no obedecen al desarrollo teórico-, a favor del rol. Para nosotros, esta tendencia es regresiva para el campo y corresponde a un ejemplo de heurística negativa que bien podría asimilar una clínica opositora.

La segunda hipótesis accesorias que rige este capítulo, entendemos también afecta a ambas clínicas por igual, refiere respecto a cierto exceso de desarrollos ad hoc en este campo de saber. Siendo que se ha venido utilizando ajustes ad hoc en relación a la teoría y a la técnica, desperdiciando nuevos observables por hegemonía de teorías explicativas, diremos principalmente desde el psicoanálisis, concebidas en contextos de producción de la empírea bien diferentes al campo del AT.

La tercera hipótesis accesoria, versa sobre el cambio de setting que implica el AT y su manejo técnico, entendiendo que las consideraciones que se hagan al respecto establecerán modificaciones en los supuestos ontológicos de cada clínica. Para la clínica galénica, podemos suponer que la realidad, del sujeto, del entorno, de la técnica son objetos discretos entre sí y por ende el cambio de setting será forzado a desestimar nuevos observables que devengan en esas instancias. Por el contrario, entendemos que una clínica expectante, ya orientada por una serie de teorías que pongan en cuestión los supuestos ontológicos que emergen de los setting tradicionales y se transfieren sin discusión al campo de lo cotidiano, posibilitará la visibilización de nuevos datos empíricos.

Desde aquí se deduce que, si se asume la condición sustantiva de una clínica montada sobre nuevos setting, generará progresivamente – en términos lakatosianos-, cambios de observables y favorecerá la empírea. Estos nuevos desarrollos podremos diferenciarlos en relación a aquellos que involucran la teoría y aquellos que involucran el ámbito técnico. Entre los primeros, encontramos cambios en los supuestos ontológicos de sujeto o subjetividad, en las teorías psicopatológicas, en relación al trabajo con la materialidad y la presencia dramática no meramente representacional, en el situar las escenas como unidad de análisis posible para la práctica del AT, en presunciones específicas sobre la transferencia y la demanda y, en relación a la clínica grupal. Los desarrollos que presentaremos se desprendan de esta hipótesis accesoria dentro del área técnica, o más puntualmente, respecto a la teoría de la técnica, son: en relación al principio de no intervención y cierto minimalismo técnico, como a otra serie de intervenciones propias del trabajo en lo cotidiano, en los criterios de demarcación respecto al o los sujeto/s de la intervención, entre otros.

Por último, se trabajará en valorar la importancia del armado de un aparato crítico, entendiendo que delimitar el campo del AT en su actual proceso de expansión profesional en Argentina, permitirá - contrario a lo que se podría suponer como unas competencias restrictivas-, circunscribir la regresividad en la que se encuentra. Así también se abordarán algunas otras conclusiones para el AT como campo de saber, desde el falsacionismo sofisticado.

Discusiones cristalizadas y falsos debates sobre rol y función

En el campo del AT una de las mayores recurrencias consiste en pensar el AT como rol, o lo que se presenta como su opuesto, función. Esta distinción propone claramente una línea de demarcación dentro del campo que como veremos tiende a desvanecerse. Se trata incluso de una diferencia de cierto orden territorial, en tanto los textos argentinos de mayor trascendencia simbólica, social, académica, se posicionan en pensar al at en tanto agente de salud mental que ejerce un rol “terapéutico” dentro de un equipo interdisciplinario, pudiendo discriminar funciones “universales” que lo autolegitiman y termina desencadenando un desarrollo técnico con aval progresivo de la academia y discriminación de pericias en las reglamentaciones (Dragotto y Frank: 2012; Rossi: 2004, 2007 a y b; Cavagna:1997; Fernandez D´Adam: 2005; Marcer y Posternac (s/d); Tolosa: 2015; Schneeroff y Edelstein: 2004; Kuras de Mauer y Resnizky: 1985, 2003, 2005; Pisano: 2013; Ricci: 2014; Sarabia y Lindel: 2010). Por otro lado, en la perspectiva que podríamos denominar brasilera, predomina el at en tanto ejerce una función “clínica”, no terapéutica, singular en cada “situación de acompañamiento” en que se habilita el propio at como “sujeto ético y político”, una clínica del acontecimiento que se materializa con el uso del ambiente como objeto transicional, siendo la gran mayoría de los autores brasileros, formados previamente por el psicoanálisis winnicottiano. Referentes que piensan al at como función aunque no todos sean de origen brasilero, podríamos nombrar a: Altomano y Azpillaga:1994; Apollon, Bergeron y Cantin:1997; Araujo: 2013; Carvalho: 2004; Castejón Hermann: 2010; Chayan: 2003; Dozza de Mendonça: 2012, 2014; Dragotto y Frank: 2012; Duarte Barreto: 2005; Equipo de AT do instituto A CASA: 1997; Ingrassia: 2002; Lima Palombini: 1999; Lima Palombini, Jover, Richter, Mesquita, Cabral y Benevides: 2004; Macías Lopez: 2006; Pascolini: 2014; Pitiá de Araujo: 2005; Pulice y Rossi: 1994 a y b; Tavares de Silva: 2003; Vignochi: 2001; Rossi y Pulice en Stagnaro(1998: 74-76).

A partir de los esfuerzos de definición del AT podemos evidenciar no solo esta demarcación, sino también el trabajo sobre el AT como significante, o más precisamente como concepto pareciese nodal a definir. En tal sentido, podemos adelantar que las definiciones del AT desde los aportes etimológicos del latín que abundan en libros y artículos a modo de introducción, no han aportado casi nada a la

construcción del campo, no han generado heurísticas significativas, sino que pareciese se acude a ellos o tautológicamente, o para reforzar un sentido previo al signo.

En particular, Chévez Mandelstein y otros (2012) refieren que:

“La actual internacionalidad del acompañamiento terapéutico no ha evitado, por otra parte, el mantenimiento ad infinitum de un problema endémico, acerca de la dificultad para definir la profesión. Esta indefinición que en sus comienzos fue una fortaleza, dado que le permitió incluirse en Latinoamérica en casi todos los ámbitos (...) en el momento actual de institucionalización de la actividad, en plena diáspora de acompañantes por todo el mundo, esa fortaleza comienza a mostrarse como una vulnerabilidad (...) el problema de su definición podemos decir que es su tabú.” Chévez Mandelstein y otros (2012:59).

Si bien sobre estas premisas no acordamos respecto a que sostener indeterminaciones en la definición conceptual del AT pueda ser una vulnerabilidad en el campo del saber - tal como argumentaremos más adelante respecto al contexto de profesionalización-, sí apoyamos la necesidad de cierta demarcación para un aparato crítico en especial a partir del reconocimiento de la expansión de las prácticas a “...casi todos los ámbitos” Chévez Mandelstein y otros (2012:59).

Así mismo, y ya tempranamente, Pulice y Rossi (1995) refieren:

“Esta dificultad para delimitar con precisión la función del a.t. puede pensarse en relación a sus comienzos, que se da en forma simultánea en ámbitos contrapuestos, hace alrededor de 25/30 años, lo que es correlativo con su fragmentada historia, que fue adviniendo de manera pragmática desde distintas concepciones clínicas, con las consecuencias de que bajo esta denominación de «acompañante terapéutico» se estuviera abarcando la intervención de elementos que responden a funciones radicalmente distintas. Aún hoy persiste esta ambigüedad y contradicción, lo que no hace sino desvalorizar esta práctica, a partir de su implementación en muchas ocasiones indiscriminada e imprecisa.” Pulice y Rossi (1995:12).

Encontramos así que, pareciese presentarse para los propios, un principal obstáculo en la definición del campo, a partir de querer decantarlo desde las teorías explicativas que utilizan. Existen algunos ejemplos que han intentado superar dicho escollo en busca de otras determinaciones podríamos decir, más amplias. Por ejemplo, Franca (2013):

“...that Therapeutic Accompaniment is a modality of care that can be offered based on a number of different theories and different conceptions and purposes, but I would venture defining the setting (any place, provided that it lies outside the institution) and the contract (established between the therapist and the user to define the rules of the activity) as defining common elements.” Franca (2013:16)

Otro ejemplo:

“Acompanhamento Terapêutico é a oferta de presença de um profissional com graduacao (nível superior) e formacao específica em AT pertinente na construcao de uma relacao terapêutica com seu acompanhado e fundamentado por uma ‘visao de homem’. É escutar e intervir, em relacao terapêutica, nos momentos em que o par at/acompanhado circula e se expoe ás ofertas sociais, de modo a mobilizar e fortalecer os recursos subjetivos do paciente, incrementando a realizacao de lacos sociais”. Castejón Hermann (2016:37).

En otros casos, las definiciones se esgrimieron en función del trabajo con el significativo:

“Con respecto al nombre que se le fue dando al acompañamiento, nosotras proponemos un nuevo giro, llamándolo «acompañamiento analítico», ya que el término terapéutico implica una posición de los acompañantes de auxiliar al paciente, haciendo lo que este no puede. En cambio, con el término analítico apuntamos a un encuentro con el paciente donde apostamos al sujeto deseante.” Berenice y Perlo Saenz (2001).

Esta referencia a acompañante analítico, también se ha encontrado en Castejón Hermann (2014:19) y en Berenice y Perlo Saenz (2001). Otros han propuesto acompañante psicoterapéutico (Pascolini, 2014:84; Azpillaga 2002). Patrignoni (2020) piensa al at como agente de salud comunitario, intersectorial, enfocado en el paradigma de Derechos Humanos y como rehabilitación social.

En todas estas referencias, más o menos apegadas desde las teorías explicativas utilizadas para orientar la práctica, se evidencian las referencias teóricas y las clínicas que le supondrían. Por ejemplo, a los fines que la oposición esclarezca, encontramos por otro lado, referencias como acompañante terapéutico psiquiátrico (Castaño y Manuel, 2002:89) o auxiliar terapéutico. Sobre este último, se ha propuesto en 2015 cambiar el término, de AT a auxiliar terapéutico (Tolosa, 2015). En este texto, el autor haciendo una breve revisión bibliográfica, encuentra que la palabra acompañamiento se referencia como una propiedad terapéutica por sí misma, aunque no aporta citas ni argumentaciones para tal premisa. Incluso, luego refiere que: *“Dos autoras pioneras en la literatura especializada, Kuras de Mauer y Resnizky (2013), consideran que la palabra acompañamiento no es necesariamente terapéutica en sí misma.”* Tolosa(2015:5). Si bien solo cita ahí ese libro de 2013, continúa:

“En este sentido, y en busca de un nuevo ajuste en el dinamismo de lo conceptual y la práctica clínica, desde el modelo cognitivo-integrativo se denominará Auxiliar Terapéutico (AxT) al desempeño de este agente de salud, lo cual revalorizará y

especificará aún más su función como un medio para alcanzar un fin en el marco de un plan de tratamiento.” Tolosa (2015:5).

Ahora bien, al año siguiente vuelve a referirse a AT (Tolosa y Jozami Nassif, 2016). Sin embargo, este retrotraerse no responde a un horizonte de intelección diferente al ya planteado, sino probablemente a focalizarse en las estrategias de venta de libros y trasmisión.

Otra posición puede ser la propuesta por Castejón Hermann (2016)⁴. Luego de hacer una diferenciación entre el at argentino y el brasilero, desde la discusión de rol o función, refiere:

“De este modo, ao sustentamos a posicao política brasileira acerca do AT como funcao clínica valorizamos, também, as graduacoes específicas que fazem fronteira com esta forma de clínica que se dá no laco social” (2016:32)

“Julgamos primordial ao exercício da funcao clínica do AT a necessidade de assumir uma “visao de homem”, que pode advir das psicologias, das psicoanalises e mesmo da filosofia.” Castejón Hermann (2016:33).

Para ilustrar la pluralidad de perspectivas posibles y consistiendo con que así sea, propone un ejercicio matemático a fin de evidenciarlo. Si existe en el contexto brasilero – como también en el argentino- la posibilidad de 10 variaciones de graduados que pudiesen ejercer la práctica del AT (psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, médicos, terapistas ocupacionales, etc.) por 10 variaciones de visiones de hombre posibles, por 10 contextos de trabajo diferentes (ámbitos y modalidades diversas), existiría una diversificación de mil modos de AT. A partir de ahí, retoma cómo definir lo específico en este campo. Entendemos que esta realidad amplía tanto la heurística que al igual que el autor, creemos necesario volver sobre lo específico. En su caso lo hace a partir de una definición diremos, estructural. En Argentina ese estrechamiento viene de la mano de la profesionalización académica y la regulación como rol. En nuestro caso será a partir de recortar ámbitos y prácticas desde un aparato crítico y un posicionamiento clínico-político.

⁴ Este texto es presentado en el marco del X Congreso Internacional de AT en Córdoba en 2015. En esa oportunidad formé parte de la comisión científica y organizadora, y propuse como eje para los trabajos libres, la temática “AT y Epistemología”, fue la primera vez que se habría ese eje temático. En esa oportunidad se presentaron solo dos artículos pertinentes, que se preguntaron sobre las condiciones de producción del conocimiento del AT uno de ellos es este (Castejón Hermann, M., 2016). En el siguiente Congreso Internacional en la ciudad de San Pablo, organizado en parte por el autor mencionado, se sostiene el eje epistemología. Desde ahí y hasta el momento, tanto en los congresos nacionales como internacionales, ya no lo siguieron.

Así las cosas, entendemos que la definición de AT no debiese responder a un objetivo de clausura del campo, sino a la revisión de las heurísticas que genere; suponiendo siempre y cuando las prácticas respondan a los desarrollos teóricos y no se incurra en problemas de desarrollos ad hoc. Advertimos también que, el problema de definir el AT por su quehacer, o por las actividades que promueve, bien podría reforzar a la clínica del entrenamiento, a una clínica intervencionista centrada en la técnica. Por el contrario, ya evidenciamos que hay otra clínica expectante, que como trabajaremos más adelante se establece desde un hacer basado en cierto minimalismo técnico, y debiera buscar así, sus propias coordenadas de demarcación.

A partir del análisis bibliográfico, más allá de los intentos de definición, se aprecia que, parece perdurar la confusión entre pensar el AT como función – opuesto al rol profesional – con funciones de un at, como intervenciones y/o semblantes que pudiese tomar el at en cada caso. Un ejemplo de esto pudiese ser Vitelleschi y Audisio (2017) cuando definen lo que es una función, aunque lo piensan como rol, asociando las funciones a intervenciones; veamos: “Claramente, el objetivo implica establecer y sostener un vínculo desde el lugar designado, y no desde el lugar en que el paciente desee ubicar al AT.” (2017:67). Aquí se visibiliza cómo la noción de rol es planteada desde referencias previas al accionar del at “un lugar designado” por otros, llámese equipo tratante, marco legislativo. En cambio, la noción de función está regida por los principios teóricos propios de la clínica, como profesional soberano donde el at no es auxiliar o derivado de otro. Aunque puede autorizarse su propia práctica no está exento de referencias. Habría también, ejemplos de quienes suponen la distinción entre rol y función como instancias diferentes de una misma práctica, valga como ejemplo: “La función es situacional, el rol institucional.” Chévez Mandelstein (2012: 117-137).

La discusión sobre rol/función se basa en el falso debate de rol y función como supuestos categóricos, como entidades ontológicas excluyentes. Estas nociones, de difícil elucidación en el campo, puesto que en ninguno de los textos aparecen referencias a esos conceptos analíticos, se ha visto cristalizada su discusión en la estrategia que han tomado al respecto, no habiendo sido esta de tipo argumentativa sino de persuasión y legitimación por repetición ad nauseam.

Incluso podemos considerar que el debate se ha paralizado puesto que en las publicaciones más recientes (por nombrar algunas de los últimos cinco años) esta

discusión ya no se presenta, sino que se da por ganada la pulseada a favor del rol (Audisio: 2017; Benítez, Del Corro, Machado y Morán: 2017; Montero y Sánchez: 2016; Saliche y Ambrosini: 2017; Patrignoni: 2020; Saliche y Turati: 2018; Vitelleschi y Audisio: 2017). Consideramos que esta tendencia se debe más que por caída o agotamiento de sentidos, por los avances en las reglamentaciones de ejercicio profesional. Advertimos así mismo, sin incurrir, dentro de la bibliografía revisada, en la pertinencia de diferenciar el discurso legal del clínico-técnico; subsumiendo un saber disciplinar o un campo de saberes a una profesión, propio de las profesiones liberales como introduciremos más adelante.

Una observación más, hace referencia a la revisión bibliográfica, en la que la demarcación entre rol y función no responde a un criterio de autor sino de producción, puesto que encontramos entre mismos autores, producciones en un sentido y en otro. Continuando con el tema, algunas premisas previas a reconocer pudiesen ser: primero, como ya adelantamos, los textos referenciados toman posición sin demasiadas argumentaciones. Segundo, el criterio de oposición de rol o función no debiese suponerse de algún orden natural sino como efecto de procesos de organización y persuasión. Tercero, aunque no se ha conseguido dilucidar en el trabajo bibliográfico cómo es que estas categorías son adscriptas por el campo del AT, sí pueden reconocerse sus consecuencias (ya trabajadas en el primer capítulo). Por lo tanto, estas premisas previas no hacen más que corroborar la necesidad de continuar trabajos de indagación histórico-epistemológica en este campo, que mal podrían suponerse acabadas en este trabajo.

De igual modo, y asumiendo desde aquí la necesidad de realizar concesiones provisorias para la asignación de alguna posición, diremos que, siendo esta una tesis doctoral en una unidad académica con flamante carrera de tecnicatura y apoyando abiertamente las reglamentaciones locales, es de suponerle una apuesta a la noción de rol. No obstante, la preexistencia de trabajos finales de grado en psicología e incluso, esta misma tesis doctoral de AT para acceder a una titulación de psicología, las distintas formaciones sobre el tema dentro de la currícula de psicología, no debieran tener razón de ser, si no se sustentara desde la noción de función. Aquellos que no lo sostengan así no podrían justificar este mismo trabajo.

Para nosotros lo que consideramos importante destacar sobre la relación con la psicología, será poder lograr una revisión para la psicología misma a partir de la

clínica que emerge desde el AT, específicamente en su vertiente hipocrática. Esta consideración que se continuará en el último de los capítulos, asentaremos por el momento que:

“...propomos a inclusão de uma disciplina de AT que, por sua prática diferenciada, pode modificar o discurso do psicólogo e contribuir para a refundamentação de uma psicopatologia, uma vez que, facilita a identificação e o respeito às diferenças, tarefa de uma psicopatologia crítica voltada à saúde pública.” Chauí-Berlinck. (2010)

En el mismo sentido, Tania Possani plantea que: *“Pela demanda e sofrimento vividos na clínica do AT, é possível rever o sentidos das relações terapêuticas e analíticas.”* Possani (2010: 101).

De similar modo:

“Diante disso pergunta que nos colocamos não é sobre quais os efeitos que o dispositivo acompanhamento terapêutico produz em nossos acompanhados – ainda que também façamos essa pergunta- e sim quais os efeitos que o acompanhamento terapêutico pode produzir na própria clínica. Tomamos dessa forma o acompanhamento terapêutico como um analisador da clínica.” Araujo (2013:17)

Queda claro entonces para nosotros que, si fuese –provisoriamente- una profesión, esta debiera de ser:

“Uma profissionalização que deveria conservar um estatuto paradoxal, pois seria inerente à sua própria história, tal como dito por Reis Neto, Pinto e Oliveira (2011), manter-se como uma «prática psi sempre mal instituída, sempre resistente à apreensão por um saber que lhe garanta contornos bem definidos.” Gomidez Santos (2013: 161).

De lo contrario, estará asumiendo el lugar de especialista en una sociedad administrada. Si este apartado ha sido incluido en este capítulo dedicado al campo del saber, es porque asumimos que este debate de consecuencias políticas, es inherente al lugar desde donde se define el campo en relación con el campo psi. Para algunos el rol del at como auxiliar en un campo mayor deberá responder a una clínica tendiente a protocolizarse, puesto que define pertinencias y atribuciones a priori necesarias para delimitar un campo de saber profesionalizable. En cambio, una clínica que sostenga límites técnicos difusos, vecindades teóricas, que se identifique con principios éticos rectores, que soporte paradojas de una clínica contrahegemónica, tenderá a pensarse como función, como analizador de la clínica en sí misma. Esta clínica, a partir de la noción de función puede, por un lado, identificar el presente como un falso problema, como heurística negativa, y a la vez, principalmente, incluir

anomalías de su P.I.C.I rival. En consecuencia, la profesionalización de la práctica del AT, que a los ojos de la sociedad tecnocrática trataría de un avance científico y un triunfo en la legitimación social – tal como trabajamos en el capítulo primero-, evidenciamos que también desde el campo del saber, termina siendo una regresión para sí.

Continuidades/discontinuidades teóricas

En este apartado, insistimos sobre la importancia de la invención de teorías para el falsacionismo como instancias previas al dato empírico. Por lo tanto, resulta importante trabajar sobre cómo se ha ido y se está constituyendo el campo del AT en tanto campo de saber específico. Lo segundo a reflejar serán las continuidades, y especialmente, las discontinuidades en las series de teorías que predominan en el campo en relación con otras disciplinas, a los fines de valorar la presunta especificidad de este campo. Tratándose en esta instancia de las producciones teóricas – en lo sucesivo se tratará sobre la técnica-, es que la problemática de los desarrollos ad hoc será fundamental de considerar. Y lo tercero, consistirá en comenzar a establecer premisas respecto a la progresión o regresión que puedan suponerse a las teorías que más predominan, articulando estas insistencias con las clínicas en pugna.

Comenzaremos por recordar aquí, que dentro de un mismo P.I.C.I. puede haber diversidad de teorías explicativas, tal como lo evidenciamos en el primer capítulo. De hecho, los P.I.C. se sostienen en una serie de teorías (Lakatos, 1989:65). Por lo tanto, no es el interés aquí centrarse en el carácter argumentativo, predictivo o explicativo de las teorías que hemos de referir; sino, en problematizar solo sobre los aspectos recién mencionados.

Por lo que se refiere a la articulación del AT con otras disciplinas, encontramos dos posicionamientos. Por un lado, aquellos autores que hacen emerger el AT -su especificidad-, situados entre otras disciplinas; y aquellos que aspiran delimitarlo con autonomía. Entre los primeros, la clínica es pensada con cierta opacidad, entre los segundos como objeto científico-tecnológico. Entre los primeros, a modo de ejemplo mencionamos:

“Nesse contexto, o acompanhamento terapêutico torna-se uma função emblemática da mistura e contágio das disciplinas psi com o espaço e tempo da cidade. E seu

exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma.” (2006:117).

“Não é algo simples, uma vez que a instituição encontra-se na origem mesma da clínica.” Lima Palombini (2006:117).

Así mismo, Estellita-Lins, Oliveira, y Couthino (2009) refieren: *“Carecendo de teorização independente que fundamente sua prática, o AT (acompanhamento terapêutico) apropria-se de teorias provenientes de outros campos do saber que guardam afinidades.” (2009).* También Ribeiro Aguilar (1997): *“...ou seja, a tentativa de caracterização do trabalho do acompanhante deveria nascer <de toda parte e de nenhuma>, como diria Merleau Ponty a respeito da filosofia.” (1997).*

En el contexto argentino, también se ha problematizado al respecto no sólo de la relación entre el AT y otras disciplinas, sino entre la teoría y la clínica misma. En particular, Manson (1995): *“Correrá a nuestro cargo, darle a esta praxis su destino, descifrar por la vía de la construcción de una teoría aquello que nos viene cifrado desde la clínica, que es de cada uno. ¿Podemos caracterizar algo como un acompañamiento terapéutico tipo o modelo?” (1995:6).* Poco después y colectivamente refieren:

“El campo psicopatológico en relación al cual se ubica el A.T. - ese espacio de intersección (...) Nos parece importante subrayar que el surgimiento y el desarrollo del Acompañamiento Terapéutico, en el contexto que venimos describiendo, no ha tenido su correlativa articulación teórica, si no que por el contrario se ha producido lo que podríamos llamar un crecimiento salvaje.” Rossi, Manson, y Pulice (1997:47).

Plantean en ese texto, la necesidad de algo similar a una docta ignorancia, pero sobre la subjetividad del otro, no sobre la técnica, la teoría, la ética; lo que implicaría para nosotros desde el falsacionismo sofisticado, ir por detrás de los hechos respecto al campo del saber.

En oposición a estas referencias, encontramos por ejemplo, a Patrignoni (2020) que anhela llegar a una demarcación acertada para el AT:

“...tuvimos que utilizar y ajustar terminología de otra disciplina. Existe, entonces, un decir aún no dicho, o aún no explicitado, pero seguramente vivido por cada acompañante terapéutico” (2020:96)

“Es necesario, entonces, trabajar en la elaboración de una teoría superadora que logre dar cuenta de la especificidad.” Patrignoni (2020:96)

Si bien coincidimos en la importancia de la conformación de series teóricas para la progresión del campo, consideramos que la apuesta no debiera ser alcanzar algo similar a una metateoría que encierre las disputas propias de la clínica, como si fuese el destino de la evolución de un campo emergente. Sino por el contrario, trabajar sobre teorías falsables y heurísticas negativas, tal como propondremos más adelante.

II.a) Continuidades/discontinuidades con el modelo cognitivo-conductual

A este respecto, y continuando lo trabajado en capítulos anteriores, evidenciamos que, en el campo del AT, los autores que se referencian explícitamente en este modelo –hay otros a quienes bien se les podría suponer⁵–, se ubican en una clínica intervencionista, definiendo al AT en relación delegada de un profesional tratante y especialmente con manejo técnico galénico. La clínica del AT no parece para ellos generar nuevos observables respecto a las teorías psicoterapéuticas de las que parten. En estos casos, el trabajo en el ambiente familiar, doméstico o cotidiano de los pacientes, es concebido como ambiente dado, como objeto de la realidad física, pero no es problematizado como cambio de setting clínico. Más aún, ni siquiera para incurrir en usos ad hoc de las teorías en las que se referencian.

Tal es el caso, ya mencionado en el primer capítulo en que se señala que:

“Con esta breve revisión de la evolución del Behaviorismo como paradigma empírico primero y aplicado en psicoterapia después, se encuentran los fundamentos de las primeras aplicaciones clínicas de lo que hoy serían funciones del Acompañante Terapéutico (AT). Desde sus comienzos, los terapeutas de conducta entendían que debían realizarse intervenciones en el ambiente mismo de los pacientes (...) Por entonces, aplicamos técnicas como desensibilización sistemática, exposición con prevención de respuestas y reestructuración cognitiva, entre otros recursos que ahora recuerdo.” Mías (2016: XI).

Otros de los principales referentes de este modelo en el AT (Tolosa, y Jozami Nassif, 2016), reseñan así mismo que:

“...en el presente libro, se concibe que el sustento conceptual, teórico y clínico de las Técnicas de Modificación de Conducta (TMC) es el marco de referencia que mejor refleja la función del AxT.” (2016: 4)

“Entonces, este tránsito virtuoso de las TMC en relación con la función del AxT se fundamenta en la unidad más básica y observable de la vida del paciente: la conducta.

⁵ Véase Dorfman de Lerner (1984), Fernández D’Adam (2005), Graiño y Fernández (2015), Pisano (2013), Ricci (2014), Re (2009), Sarabia, S. y Lindel, N. (2010), Schneeroff y Edelstein (2004), Vitelleschi y Audisio (2017) entre otros.

Su intervención es molecular antes que molar y está enraizada en secuencias que tienen como núcleo reforzador el ambiente.” (2016: 5)

“En suma, el AxT, basándose en un modelo conductual, no tendrá como objetivo de intervención abordar los conflictos y estructuras subyacentes, sino que abordará las conductas observables y aprendidas que ocasionan algún grado de disfuncionalidad en la persona.” Tolosa y Jozami Nassif (2016: 5).

Así mismo, Eduardo Cossi (2002) identifica la práctica del AT en relación a otras prácticas, evidenciando la continuidad especialmente en su faz técnica:

“... es preciso destacar que a la luz de un examen mínimo sobre este panorama general de reconocimientos la figura se confunde entre otras en la frontera de la delimitación del campo del Home Care, del cuidador domiciliario, del auxiliar de enfermería, o el asistente y auxiliar geriátrico, variando desde especialidades más ligadas a lo médico, a lo psicológico y lo asistencial, y yendo desde la especialización técnica calificada del cuidador domiciliario en oncología, diabetes, diálisis hasta los servicios de nursery y compañía de personas.” Cossi (2002:134).

Así las cosas y en vistas a lo que continúa, notaremos que, estos modelos recién mencionados, a diferencia de otras series de teorías -podríamos adelantar de corte psicodinámico-, presentan poca problematización respecto a las continuidades teóricas y técnicas. Para estos la clínica no pareciese generar empiria más que confirmaciones deductivas.

II.b) Continuidades/discontinuidades con el psicoanálisis

A diferencia de lo anterior, la clínica del AT referenciada en el psicoanálisis – aclaramos en sentido extenso del término-, ha problematizado mucho más la gradualidad de la continuidad teórica. Diremos desde ya, que esta problematización se evidencia más aún en la esfera de la técnica y/o teoría de la técnica, que en las teorías explicativas. Sin embargo, a este respecto evidenciaremos que aquello que se ha problematizado respecto a teorías explicativas, más que incentivar a una proliferación de nuevas teorías, la discontinuidad se ha evidenciado en cierto exceso de desarrollos ad hoc. Más adelante se trabajarán algunos ejemplos, por el momento comenzamos acordando con Carlos Estellita-Lins, Oliveira, y Couthino (2009) que la práctica del AT y el psicanálisis no se explican mutuamente.

Para Fernando Saurí (1997): *“...en mi opinión para ser acompañante no hay que comulgar con los conceptos psicodinámicos pero sí hay que tener cierta simpatía (ser permeable) para entender el aparato psíquico de la manera que se entiende en*

psicodinamia” (1997). En este caso, resultaría posible admitir la consistencia de acordar con la psicodinamia como P.I.Cl., aunque no necesariamente con el psicoanálisis en sentido estrecho.

Sin embargo, hay autores que contradicen este planteo, entre los ejemplos de mayor estrechez al respecto encontramos a María Giraudo (2016) para la que el AT solo tiene razón de ser en el psicoanálisis. También Marcer y Posternak (s/d) consideran que el AT sólo dentro del psicoanálisis sería legítimo; o Esparza, Sandoval, Rincón, Ruíz, Pacheco y Serna (2013) para quienes: “... da questao da natureza do dispositivo terapeutico chamado acompanhamento dado a sua natureza psicoanalítica.” (2013:53). En el mismo sentido, para López Ocariz y Bessón (2018) que consideran que: “Los acompañantes terapéuticos, como otros practicantes de la clínica psicoanalítica.” (2018: 48). A diferencia de Franco Ingrassia (2002) para quien el AT es una práctica del discurso psicoanalítico, aunque no propone un criterio de exclusión al respecto, sino un posicionamiento propio.

A estos intentos de continuidad se opone, como ya trabajamos respecto a las definiciones Mauricio Castejón Hermann (2016), aún él siendo practicante del psicoanálisis y definiendo en su tesis doctoral (2014) el AT como tratamiento psicoanalítico posible para las psicosis.

Prosiguiendo, y retomando posiciones de cierta continuidad, encontramos que Federico Manson, uno de los pioneros del AT en Buenos Aires, ha planteado en distintos momentos posiciones a veces, cerrando filas respecto al referente teórico, y a veces ampliando, en similar línea a Saurí (1997), veamos:

“Otra pregunta que surge, es: en qué se funda el acompañamiento terapéutico? Después de mucho pensar se me ocurre una respuesta, en este caso, la mía, que, de ningún modo estimo que sea la única posible; y, esta es: en la intersubjetividad. Y si lo pienso así, concluyo que por fundarse en ella, no puede quedar por fuera de sus leyes.” Manson (1995:7).

“Nosotros sostenemos que el fundamento del acompañamiento terapéutico debe ser el discurso del psicoanálisis” Manson (s/d)

Si bien esta última referencia, no cuenta con el año de citación, es de suponerse también fue mencionada en la década de 1990, siendo que el registro en papel con el que se cuenta, forma parte de archivos donados por Estela Heredia⁶, habiendo sido su práctica entre 1995 y 2003 principalmente. En este sentido, estos ajustes de la

⁶ Ver Capítulo I para mayores referencias.

práctica del AT en relación a su referente teórico, coinciden con los planteos trabajados en el primer capítulo respecto a la emergencia del campo del AT y a las primeras producciones teóricas desde el psicoanálisis. Recién a partir de la década del 2010 comienzan a aparecer producciones desde otros marcos teóricos referenciales explicitados y opuestos.

En tal sentido:

“La discusión que nos conmina será si el AT es un dispositivo Terapéutico que pretende el reforzamiento del yo como lo hacen muchas escuelas no propiamente analíticas y tiene por objetivo normalizar al sujeto por medio del logro de tareas adaptativas de acuerdo al contexto social donde se ubica, o si bien esta terapéutica puede ser mirada desde la teoría psicoanalítica como una intervención que busque dar paso al deseo del sujeto.” (2013:58)

“Si la terapéutica responde a la adaptación al medio, a la política del Estado, al discurso del amo, entonces de ninguna manera el acompañamiento deberá nombrarse terapéutico.” Esparza, Sandoval, Rincón, Ruíz, Pacheco y Serna (2013:59).

Cabe mencionar que si bien este artículo, más que de AT pareciese tratarse de una clínica ampliada, en tanto no ponen en juego la ciudad, los otros sujetos de la intervención, los paseos, el trabajo domiciliario, etc.; entendemos bien vale como ejemplo de continuidad.

Como ejemplo del uso de diferentes teorías en un mismo P.I.Cl. en el campo del AT como campo de saber, podemos tomar los textos de Kuras de Mauer y Resnizky (1985, 2003, 2005, 2011, 2012). Estas autoras, trabajan en referencia al psicoanálisis kleiniano (1985), a un psicoanálisis posfreudiano (2003), a un psicoanálisis vincular con fuerte impronta evolutiva (2005), a la inclusión de conceptos nucleares de otras disciplinas contemporáneas, aunque sin sus cordones auxiliares (2011), para volver a recuperar en su último libro, las referencias al psicoanálisis vincular (2012).

Observamos así que, Kuras de Mauer y Resnizky (2003) pasan de la clínica de la psicosis en 1985, a la clínica del desvalimiento en 2003; de una mirada psicopatológica y clínica, a una más socio-cultural y psicológica, una lectura de época, con desfondamiento del Estado, con la sustitución de la alienación por la fragmentación, de la represión a la desmentida de la alteridad, y del déficit representacional a nivel imaginario y simbólico; puntualizaciones que ponen en cuestión cierta subjetivación precaria y nuevos modos de enfermar y padecer (2003:16-20). Expandir la clínica, tal como plantean (2003:19) en este texto, corre el riesgo de exceso en sus aplicaciones, esto a nivel de las prácticas y la ética, pero

también conlleva dificultades teóricas y técnicas a considerar que no han sido procuradas.

En “Actualización teórico clínica” (2003), Kuras de Mauer y Resnizky, en el capítulo sobre psicosis y patologías del no-ser, se evidencia claramente que desarman los argumentos por los que definen el at como rol, puesto que en la clínica, las intervenciones que mencionan, no se diferencian de las del analista de por sí. Por ejemplo, mencionan como intervenciones las propuestas por Colet Soler: silencio de abstinencia, prótesis de prohibición faltante, sugestión para ligar a un proyecto y de Pommier, el soporte como semejante (2003: 164-166), suponemos que principalmente se deba a la influencia de la crítica que motivó su escritura, porque luego no sostienen esta posición.

Este libro (Actualización teórico-clínica, 2003), es una producción bibliográfica ajustada excesivamente en respuesta a las críticas vertidas por Pulice y Rossi (1994 a y b; 1995), sin modificar las argumentaciones ni recogiendo nueva empiria. En definitiva, es quizás el ejemplo de mayor desarrollo ad hoc dentro del campo teórico del AT. En este libro, ya introducen la noción de dispositivo, aunque con menor peso respecto al que dedicarán al tema (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011).

Luego, en “Territorios” (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005) vuelven a una mirada evolutiva, las referencias topológicas se desvanecen. Ya en 2011, refieren: *“Han caído las murallas que sostuvieron con nitidez los andamiajes teóricos con los que aprendimos y enseñamos hasta hace poco tiempo.”* Kuras de Mauer y Resnizky (2011: 13). El cambio de andamiajes ante las inconsistencias teóricas y de la teoría con la clínica trabajada, pareciese deberse más a su propia formación y trasmisión como referentes persuasivos del campo, que como obstáculos o limitaciones teóricas (o heurísticas negativas del programa) que quisieran sortear. Hasta el momento, tampoco evidenciaron faltas en la eficacia del recurso. En sentido similar, presentan años después “El AT como dispositivo” (2011):

“Durante estas últimas décadas intentamos definir al acompañamiento como un aporte complementario al trabajo psicoterapéutico y psiquiátrico, como un agente de Salud Mental, como parte de un tratamiento de abordaje múltiple. Nunca estuvimos demasiado convencidas de que podíamos transmitir con algún término o concepto de qué se trata esta rareza de ser AT. ¿Una técnica? ¿Una profesión? ¿Una estrategia terapéutica?

Esta inserción profesional encuentra hoy en el concepto de dispositivo una perspectiva filosófica que creemos útil para pensarnos, para hacer más inteligible nuestra clínica.” Kuras de Mauer y Resnizky (2011:17).

Llama la atención que el libro, de escritura compartida, no evidencia la noción de AT como dispositivo salvo en el capítulo dedicado a su explicitación teórica. En los capítulos restantes, y especialmente en los de otros autores o no se menciona ni se evidencia que sea parte de la narrativa la noción de dispositivo; lo que tampoco implica desacreditar los textos por sí mismos, sino solo mostrar alguna inconsistencia.

Introducen un capítulo de lógicas fraternas, novedosas para el campo, a excepción de la referencia omitida por las autoras, de Guillermo Altomano y Silvia Azpillaga en 1994, en la Asociación Psicoanalítica Argentina, donde introducen el lugar fraterno, como un lugar posible para pensar la transferencia en el AT. Así mismo, una de ellas, en 2010 durante el Congreso Nacional en San Luis presenta el tema sola y lo publica un año después (Resnizky 2011). Al año siguiente, publican juntas al respecto en una revista brasilera (2012).

Pero, previo a esto y volviendo al texto de “Dispositivo” (2011), en el cual la tesis principal es considerar al AT como práctica de un dispositivo; baste una lectura superficial de su cuarto texto (Kuras de Mauer y Resnizky 2011:21-41) para evaluar lo alejado que se encuentra aún su clínica de las referencias teóricas al respecto, subsumiendo las nociones foucolteanas y deleuzeana de dispositivo con modelos de abordajes (2011:16, 49). Contrario a esto, debiera valorarse el intento de propiciar una revisión de la práctica clínica a partir de la introducción de otras disciplinas al campo del AT tanto en el texto de “Territorios” (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005) como en el de “Dispositivo” (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011). La principal crítica a este respecto, es que se han considerado aportes de otras disciplinas de modo inductivo, pero, principalmente resaltamos, la descontextualización de los horizontes de intelección, haciendo un uso ingenuo de los mismos (Buenfil Burgos, 2008). Para finalizar sobre la obra de las autoras, que excede lo aquí referenciado, podemos sostener entonces en la mejor de las formas que, las diferentes versiones de sus libros responden a un mismo P.I.Cl. aunque varíen sus teorías explicativas.

En adelante queremos presentar producciones teóricas como intentos de discontinuidad dentro del psicoanálisis. No nos moviliza aquí más que trabajar aquellos pliegues a temas por demás recurrentes en la clínica psicoanalítica, como es el caso nodal de la transferencia. Por lo tanto, sólo mencionaremos aquellos autores y producciones que generaron al pensarlos para el campo del AT, intentos de

discontinuidad con el psicoanálisis; aunque hubiesen resultado como corrimientos ad hoc; o en el mejor de los casos, generando una nueva empírea.

En tal sentido y respecto a la noción de transferencia destacamos entre las primeras referencias de acentuar discontinuidad con la clínica psicoanalítica tradicional que aparecen ciertas adjetivaciones, por ejemplo, transferencias laterales.

Así Federico Mnason (s/d) refería:

“...[cuando] se hace necesaria la inclusión de un equipo de acompañantes terapéuticos, estos fenómenos transferenciales adquieren características sumamente particulares. Todo esto sin dejar de tener en cuenta las transferencias laterales que son aquellas realizadas fuera del ámbito de lo terapéutico.”

“Tal como dijimos la transferencia con el acompañante terapéutico no puede cuantificarse, (como ninguna transferencia); ni es mera extensión de la transferencia del analista. Se trata en cambio, de una transferencia de diferente calidad, dada obviamente por las particularidades características de convivencia, persistencia y duración.” Manson (s/d).

Otros autores también han utilizado la idea de transferencias laterales para la clínica del AT, por ejemplo, Stagnaro (1998) señala los peligros de sustituir el rol del analista, generando transferencias laterales; o, Arinci, Goldberg, Núñez, Santos y Salvetti (1995) mencionan que:

“Vamos a intentar dar cuenta de algunos aspectos de una práctica que entendemos fundada en la transferencia y recortada en el contexto de lo urgente.” (1995:70).

“Ubicados por decirlo así <lateralmente>, en un campo transferencial específico (...) desde un lugar lateral, damos sostén, amparo y posibilidad de continuidad del trabajo terapéutico.” Arinci, Goldberg, Núñez, Santos y Salvetti (1995:71).

Otra mención adjetivada del concepto de transferencia, por lo tanto, dando cuenta de la necesidad de discontinuarse de lo que sería una cierta transferencia tipo, es la de transferencia múltiple. Este concepto aparece tempranamente en el campo del AT, al igual que el anterior, pero se ha encontrado aquí una referencia respecto a su supuesto surgimiento que no ha podido ser corroborado en sentido contrario aún. Veremos:

“En el caso de no ser reconocida como tal, la resistencia, y no atender a ella como corresponde, aduciendo que el acompañante terapéutico trabaja con el yo del paciente, o, que debe ofrecerse como modelo de identificación, prestándole su yo. Si se accediera a estas demandas sin pensar en el desarrollo de la situación, si no reconociéramos la resistencia generada por la transferencia, negaríamos en algún sentido, la transferencia.” Manson (s/d)

“Respecto de cómo se juega en el campo de los equipos multidisciplinarios, de los equipos de acompañantes terapéuticos, así como de cada uno de sus integrantes? A este aspecto de la transferencia, lo hemos denominado transferencia múltiple, y, ahora

a soportar las consecuencias de poner semejante nombre. Pensamos a la transferencia múltiple, como si fuera un haz de luz, tal vez, con la vana esperanza que nos ilumine a lo largo del tratamiento...de alguna forma, esta luz, es como la de los fuegos fatuos.”

“...pues si uno le entrega su Yo al paciente, lo que hace es ofrecerle una distancia para evitar la pregunta por su existencia.

“... tampoco por ofrecerse como modelo de identificación, propuesta esta de algún trasnochado, de cuyo nombre – como dijera Cervantes de aquel lugar de La Mancha – no quiero acordarme.” Manson (s/d).

Altomano y Azpillaga (1995) aluden también como un concepto dado a transferencia múltiple. Kuras de Mauer y Resnizky (1985) es la primera referencia encontrada. Estas mismas autoras, ya en el texto “Dispositivos” de 2011 introducen para pensar la transferencia en el AT a la noción de lógicas fraternas.

A su vez, encontramos que Chévez Mandelstein (2012: 153) critica las lógicas fraternas para el AT, y propone en cambio, la lógica del extranjero, del enemigo político.

Un tercer ejemplo de nociones de transferencia adjetivadas, es la propuesta por Leonel Dozza de Mendonça (2014) como transferencia familiar, donde menciona que:

“Estos mecanismos defensivos [de la familia] fomentan una serie de interacciones a las que podría denominarse <transferencia familiar> en Acompañamiento Terapéutico.” (2014:107)

“Los patrones interactivos familiares se despliegan en la relación con el Acompañante (transferencia familiar).” (2014:106).

Si bien esta noción no es trabajada en profundidad, sí se destaca como producción propia el concepto de paradoja de la actuación contratransferencial, aunque en busca de mayor precisión debiéramos incluirlo en el apartado de teoría de la técnica, entendemos vale aquí su mención. Para él: *“La paradoja de la actuación contratransferencial consiste en que la actuación <negativa> de la contratransferencia puede resultar <positiva> para la evolución del caso.”* Dozza de Mendonça (2014:108).

Por otro lado, Sandra Carvalho (2004) se discontinúa de la noción psicoanalítica tradicional, para dar cuenta de la especificidad que otorga el trabajo con presencia corporal en la clínica del AT:

“Goldberg (apud Cohelo, 1983) considera que a transferência psicótica é dirigida para dentro do corpo do terapeuta, diferentemente da transferência neurótica que seria dirigida para o terapeuta.” (2004:57)

“No Acompanhamento Terapêutico o corpo está sempre em evidência” Carvalho (2004:56).

Diremos que, en sentido semejante, Marinho (2006) plantea que en la clínica del AT, la transferencia es más masiva no solo por la disposición psicótica de la mayoría de los pacientes en esta clínica, sino y fundamentalmente porque no se teje en relación a relaciones objetales, sino a cuerpos en vivo (2006:136).

Mauricio Castejón Hermann (2014) plantea en la clínica del AT, ya no la referencia al cuerpo como una entidad ilusoriamente completa, sino que trabaja en este texto gran parte de la clínica desde la lectura de las pulsiones en una lógica transferencial potente para el at. Por otro lado, pone a trabajar esas lecturas direccionando la transferencia no sobre el sujeto del at, sino hacia los objetos de lo social:

“La transferencia en la paranoia consiste... en una relación narcisista y especular. La consistencia imaginaria encapsula al otro, no hay entrada posible de un tercero para romper la simbiosis. De esa condición resulta la siguiente paradoja: la clínica del AT con pacientes paranoicos se sostiene en una perspectiva vaciada, no en la perspectiva de un direccionamiento de significantes del sujeto al analista, pero sí en la perspectiva de un direccionamiento del sujeto - su mirada y su voz- a los objetos que pueblan la realidad social.” Castejón Hermann (2014:214).

Asimismo, Altomano y Azpillaga (1995) señalan que:

“... desvía algunos de los sentimientos y actitudes experimentados hacia el analista hacia otra gente de su vida, lo que forma parte de la exoactuación (acting out). El acompañante puede transformarse en esa otra gente, pero con un signo diferente: el que le da el trabajo de la transformación sobre esas proyecciones.” (1995: 61).

Ahora bien, Pulice (2014) propone para pensar al at en relación a la transferencia como testigo, como otro Otro (2014:214), sin detenerse a explicarlo ni demarcando una supuesta discontinuidad para esta clínica. De modo similar, Gustavo Rossi (2007a) piensa la transferencia en relación a la clínica entre varios, sin dar cuenta si le supone cierta especificidad a la clínica del AT en función de otras clínicas entre varios. Lo mismo podría referirse sobre Clarissa Metzger (2006) que utiliza la anamorfosis lacaniana como referencia principal para: *“... abandonar o ponto fixo universal e generalizante (...) abdicar da compreensao.”* (2006:180).

Otras referencias a discontinuidades, podrían ser: *“Por otra parte, también a través de la experiencia, hemos comprobado, que cuando la relación terapéutica con el profesional tratante no funciona como tal, la demanda del paciente es depositada*

en el acompañante terapéutico.” Heredia, Savy, y otros (2000:4). En este sentido también lo piensan Arinci, Goldberg, Núñez, Santos y Salvetti (1995:70). Pero, Bousoño y Labiano (1995) señalan una posición diferente. Para ellos:

“... situar que el lugar del acompañante no es el mismo que el del terapeuta, si bien hay cuestiones transferenciales en juego, inevitables y muchas veces aprovechables como vehículo de ciertas intervenciones; no se trata sin embargo de la transferencia que ordenará la dirección de la cura” (1995:67).

Por el contrario, para Fernández, Olano, Gini, Pino y Cordero (1995) el análisis de la transferencia por parte del at, bien podría ordenar la dirección de la cura, incluso más aún, establecer cierto signo para un cierre del AT mismo:

“Si algo del sujeto supuesto saber se pone en juego en algún momento esto será remitido al espacio individual, pero podemos decir que es en éstos momentos en donde la función de los acompañantes terapéuticos concluye. Si el paciente puede producir algo en relación a un referente del saber en lo simbólico, el dispositivo analítico puede instalarse o reinstalarse. Es en este mismo punto donde pensamos el cierre de la urgencia.” (1995:42).

Esta última referencia, que hubiese podido también trabajarse respecto a teoría de la técnica, es la única cita encontrada en relación a coordenadas para lo que sería un cierre de la estrategia de AT, o en tal caso un criterio de alta, no del paciente sino del recurso. Y más aún, esta referencia es de carácter teórico, propia del campo de la clínica del AT y sustentada en el trabajo del at. Este signo sobre la transferencia no requiere de un profesional que dirija el tratamiento y avale o suspenda una estrategia, no remite a un orden jurídico-burocrático respecto a un plazo para la intervención, ni fundamentalmente de la voluntad, o falta de ella, del propio at. Y sin embargo, solo cobra sentido en relación a otros más allá del at y acompañado.

II.c) Continuidades/discontinuidades con el Psicodrama

La relación establecida entre el psicodrama y el AT, se encuentra en varias oportunidades. En algunos casos con serias referencias y reflexiones (Chávez Mandelstein, 2012; Chávez Mandelstein y Montuori, 2016; Montuori y Chávez Mandelstein, 2016; Dozza de Mendonça, 2014) y en otras como mera noción oportunista, haciendo asociaciones de superficie (Balmaceda y Santangelo, 2017). Entre los primeros se trascienda la intención de acogida teórica para el at como

utilización ad hoc, sino como diferentes prácticas de un mismo discurso. A propósito de las continuidades teóricas, Chévez Mandelstein y Montuori (2016) plantean que: *“... vale decir que la influencia de esta última, el psicodrama, en la constitución del AT nunca ha sido reconocida suficientemente por los autores emblemáticos de esta disciplina, a pesar de que las alusiones son claras desde los primeros textos.”* (2016: 56). Se entiende aquí la referencia directa al libro de Kuras de Mauer. y Resnizky (1985:28) respecto por lo menos al concepto de yo auxiliar.

Brevemente, Chévez Maldenstein y Montuori (2016) establecen una serie de aspectos teóricos con carácter de continuidad entre el Psicodrama y el AT:

“Son muchos los puntos de encuentro entre la obra de Moreno y el acompañamiento terapéutico. En primer lugar, él se plantea un teatro por fuera de las salas tradicionales, que comienza en la calle, trabajando con niños y prostitutas. Un teatro sin guiones predefinidos ni pautas a priori, sino un teatro que se haga en acto, a partir de la espontaneidad y la creatividad de los actores y el público, finalmente un teatro que rompa el esquema tradicional actores/públicos, en donde la escena es una co-creación entre ambos, en donde al igual que en el acompañamiento terapéutico sea la situación in situ la que guíe la escena, en donde el público sea protagonista y el actor un yo auxiliar que acompaña la historia y ayuda que la escena siga fluyendo.”
“En conclusión el psicodrama comparte con el Acompañamiento Terapéutico el mismo lenguaje, el de la acción, a la vez que le aporta un enfoque terapéutico relacional, que utiliza como fuerzas transformadoras la espontaneidad y la creatividad, y cuyo principal instrumento es la capacidad expresiva del cuerpo y la palabra del acompañante, en tanto se desempeña como actor en una escena.” Chévez Mandelstein y Montuori (2016:59).

A esta serie de conceptos que resuenan en la clínica del AT, tales como el trabajo en escenarios no tradicionales de su práctica, la conformación colectiva de las escenas a trabajar, sin una estructura determinada previamente más que por la intencionalidad de seguir el movimiento del público como protagonista, la práctica centrada en el acto y la corporalidad más que en el trabajo sobre el texto enunciado, dan cuenta de la continuidad de fundamento a una clínica expectante del AT. Sin embargo, a partir del concepto de yo auxiliar transmitido descontextualizadamente, es que se ha asociado esta noción al carácter intervencionista de cierta clínica del AT centrada en la rehabilitación de habilidades de la vida diaria, el ajuste al principio de realidad ya la adaptabilidad social.

Para dar cuenta de este mal entendido, en sentido literal, es que traemos la siguiente cita:

“Sería la función específica del acompañante terapéutico en la escena terapéutica (...) Va a ocupar roles secundarios que ayudan a sostener la escena, son por lo general

roles ausentes que el protagonista (el acompañado) de momento no es capaz de abordar de forma manifiesta, por lo que el juego de yo-auxiliar es preparatorio y tiene una función simbólica de representar en acto.” Chévez Mandelstein y Montuori (2016:61).

Al carácter de secundario, de juego preparatorio y trabajo sobre lo simbólico de esta clínica, se opone otra que haciendo uso de los mismos términos se centre en tomar el lugar principal de enseñar, mostrar, corregir, entrenar al acompañado en términos operatorios concretos. Esta diferencia con quienes piensan al at como yo auxiliar por fuera del nicho teórico en el que ha sido elaborado, terminan haciendo entonces un uso técnico del mismo. En estos últimos casos, el at no ocupa lugares secundarios y provisorios del mundo privado del paciente, sino que es el protagonista de la escena, generando dependencia para el acompañado y ubicándose en un lugar de saber.

Otra de las continuidades que otorga el psicodrama al campo del AT, son las referencias a escena. Al igual que en Leonel Dozza de Mendonça (2014) – que abordaremos más adelante-, para Chévez Mandelstein y Montuori (2016):

“El transcurso del acompañamiento terapéutico puede ser comprendido como una sucesión de escenas.” (2016:63).

“El territorio del acompañamiento terapéutico es el vínculo y este se despliega siempre en escenas (en tiempo presente) en el que se ponen en juego (se actualizan en la relación) roles...” (2016:63).

Así mismo, podemos referenciar otro concepto con continuidad en el campo del AT: *“...no trabaja desde su sentido común (conserva cultural), sino desde su espontaneidad trabajada.”* Chévez Mandelstein y Montuori (2016:63) que también es considerado en Lenel Dozza de Mendonça (2014). Más aún ocurre con el carácter dramático-vivencial:

“El trabajo del acompañante terapéutico se basa en la actuación in situ y no en la interpretación a posteriori, por lo que cobra importancia la capacidad dramático-vivencial de los acompañantes, es decir, la posibilidad de sostener una escena desde un rol asignado por el paciente.” Chévez Mandelstein y Montuori (2016:63).

Esta noción, de dramático-vivencial, está presente en el primer libro de AT (Kuras de Mauer y Resnizky, 1985) en las primeras páginas de definiciones, sin explicación de su filiación teórica - al igual que, como ya mencionamos, la de yo auxiliar-; encontrándose desde ahí, en más de una oportunidad, repetido sin

argumentaciones, y que, sin embargo, cobran pleno sentido para la clínica del AT en su justo contexto de intelección.

II.d) Sobre el placement y la paradoja.

Si bien podemos acordar, como hemos demostrado ya que, tal como refiere Rossi (2013): “... *existen diversas propuestas de articulación de sistemas teórico-clínicos para la práctica del AT: como rasgo positivo de esta forma, su rol no queda únicamente asimilado a determinada escuela psi*” (2013:42); hay asociaciones teóricas que parecen darse más por similitudes de superficie o usos ingenuos en un campo emergente, que por filiación epistémica. Ejemplificaremos al respecto con los conceptos de placement y paradoja.

Sobre el concepto de placement, se evidencian una serie de pasajes en los que se va perdiendo validez sucesiva. En un principio, Donald Winnicott (1964) plantea el placement como una intervención técnica, que implica concretamente una modificación del encuadre. Se trata de cambiar de ambiente a pacientes graves para mejorar el contexto de soporte de los mismos. Luego, Gilberto Safra (2006) introduce el concepto para el campo del AT en su artículo “Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico”:

“Neste texto pretendo focar o modelo de trabalho clínico proposto por Winnicott (1984) denominado placement, por considerar que ele constitui um excelente paradigma para o acompanhamento terapêutico, pois em meu modo de ver, o acompanhante oferece fundamentalmente a seu paciente um lugar.” Safra (2006:13).

Diremos que, esto finalmente no se desarrolla en el artículo, puesto que los casos que presenta tanto suyos como de Winnicott son tradicionales de consultorio. Sin embargo, lo propone como matriz conceptual que pudiese generar nueva empiria. Safra advierte en el artículo de errores o decisiones de traducción sobre el concepto que diseminaron otros sentidos alejados a los precisados por el autor, advertencia que resultó insuficiente a posteriori. La intención de Winnicott (1964) es la de robustecer el concepto para pensar una intervención ocasional, una modalidad de tratamiento específica para ciertos casos (por ejemplo, en la delincuencia juvenil), que fue desarrollando desde el año 1948 a partir de las experiencias de posguerra y el envío de los niños al interior de Inglaterra.

A su vez, Safra venía ya pensando sobre la noción de lugar en términos simbólicos, no geofísicos, en su texto de 2004 “A po-ética na clínica contemporânea”. Aquí menciona que en la clínica que propone, se ofrece un lugar ético constitutivo. Pero volviendo al texto más específico de AT, refiere que:

“Nessa perspectiva há a demanda de modelos que auxiliem a fundamentação ética e teórica do acompanhamento terapêutico, para que possa ser uma prática realizada com rigor.” Safra (2006:13)

“É uma modalidade de intervenção em que a noção de lugar é fundamental, pois nela o ser humano precisa encontrar um lugar que tenha sido oferta de um outro para que se inicie o processo de constituição do self.” Safra (2006:13)

“No placement o que se busca é a possibilidade de o indivíduo ser colocado em uma situação que responda às suas necessidades para que possa ser acompanhado em seu tratamento.” Safra (2006:16).

“Essas crianças, segundo ele, precisavam mais de experiências de um lar primário, que pudesse auxiliá-los em sua constituição psíquica, do que simples substitutos para seus próprios lares.” Safra (2006:17).

Las características del placement entonces, para que quede claro, es trasladar a pacientes que estén padeciendo en hogares con poco soporte ambiental, hacia otros lugares geofísicos, materiales, que pueden ser instituciones de cuidado (Winnicott - 1964-, diferencia el placement de la hospitalización), hogares transitorios, mudanzas con otros familiares. La idea se centra en que esas mudanzas puedan ofrecer básicamente dos cosas: que el paciente encuentre satisfacciones instintivas ofrecidas por un otro, que posibilite el descubrimiento de un cuerpo, como también que puedan ser soporte de la ambivalencia afectiva sin destrucción real del otro y del ambiente. Hay que destacar que aquí, el trabajo simbólico para con el paciente, no lo realiza el profesional sino quien recibe al niño o joven. Esta propuesta, en su vertiente técnica, implica un diagnóstico situacional, incluyendo el ambiente, de modo muy preciso. El sentido aquí dado de desterritorializar al sujeto sufriente, entendemos cobra diferentes sentidos en contexto de guerra que de paz.

Retomando, Gilberto Safra (2006) hace entonces una propuesta que es seguida por Luciana Chauí Berlink (2016), pero para cumplirla debe torcer el concepto hasta convertirlo en otra cosa, aunque pueda resultar válido para la clínica de lo cotidiano. El primer ajuste consiste en realizar una interpretación simbólica sobre la noción espacial del placement. Y a partir de ahí se comienza a utilizar en el campo del AT el concepto dando por supuesto que la interpretación de Chauí Berlink es derivada directamente de la noción de Winnicott.

Entendemos así que Luciana Chauí Berlink hace una aplicación acrítica de placement, como modelo de AT (Chauí Berlink, 2016:16), despoja de materialidad, al subsumirlo completamente a un registro simbólico, como realidad solipsista, el sujeto queda como entidad nihilista y por lo tanto solo en su locura. Esto es opuesto a la intencionalidad de ciudadanía que la misma autora trabaja.

Si bien Chauí Berlink hace aportes necesarios respecto a lo cotidiano, con referencias legitimadas ya en otros campos y transferidos con eficacia de sentido al AT - cuestión lo cotidiano poco trabajada en la producción Argentina-, sin perjuicio de todo esto, creemos es un error la interpretación de placement para el sentido que le pretende dar. En cambio, aunque no acordemos con la técnica, Safra (2004, 2006) resulta ser más consistente entre la teoría y la técnica en sus usos. Aunque, reconocemos Chauí Berlink sea más referenciada en la Argentina, aún sin este trabajo de elucidación conceptual (por ejemplo, Benítez, Del Corro, Machado, y Morán, 2017).

Otra referencia al concepto de placement sin evidenciar discontinuidades en la producción teórica para el campo del AT, lo encontramos en una tesis doctoral que retoma el placement como un lugar humanizado, también basado en lecturas de Winnicott para pensar la vejez. “... a ideia de que a intervencao em si seja oferta de lugar humanizado” Genaro (2013).⁷

El tratamiento que se ha hecho de esta noción, responde a discontinuidades en continuidades, y a la problemática de los desarrollos ad hoc. Por un lado, se aprecia que en el mismo proceso de aumento de producción teórica, se van maltratando las fuentes primarias, propio de la tecnificación del campo en su carácter de profesionalización actual. Por otro lado, es principalmente contradictorio el cambio de ambiente a lo propio del AT como clínica de lo cotidiano tal como lo entendemos desde aquí; como una clínica que tienda a desintitucionalizar el tratamiento de la locura y territorializar el padecimiento.

En este sentido también sostenemos, la importancia de una clínica opaca, en resistencia a nuestras sociedades científico tecnológicas. Y a este respecto, viene a cuenta la mención sobre la noción de Paradoja utilizada en el campo del AT. Si bien la encontramos en Mauricio Castejón Hermann (2014) a propósito de la clínica y en Gabriel Pulice, sobre las paradojas de la amistad (2014:152); quien ha

⁷ Otro antecedente de placement sin haber sido teorizado, podría ser el caso de Anna O de Breuer (Freud, S.,1992:51-54)

conceptualizado el campo del AT desde una condición paradójica que atraviesa toda la clínica de lo cotidiano y se evidencia en varias de sus teorizaciones, es Leonel Dozza de Mendonça (2014).

Empecemos por recortar que para él:

“La paradoja alberga una relación de atravesamiento entre los enunciados, de modo que el Acompañante Terapéutico no necesita decidirse por ninguno de los extremos. Este no tener que decidir es, paradójicamente, la decisión más radical: la paradoja se sostiene desde la decisión de no decidir.” Dozza de Mendonça (2014: 77).

“Si bien es cierto que no conviene resolver la paradoja, también lo es que conviene anunciarla y recorrer sus posibilidades teóricas y clínicas.” Dozza de Mendonça (2014: 77).

“La importancia de la paradoja en la conceptualización y en la práctica clínica no es un hecho aislado y específico del Acompañamiento Terapéutico. Tiene que ver con un movimiento de crítica epistemológica que viene a cuestionar aquellos discursos y prácticas positivistas heredados del racionalismo clásico y reeditados, en la actualidad, bajo un nuevo ropaje y con otras significaciones intersubjetivas.” Dozza de Mendonça (2014:78).

El sostener el carácter paradójico de la clínica, y muy particularmente de lo cotidiano, permite una revisión de teorías auxiliares a la clínica. En tal caso, para Dozza de Mendonça (2014) establece por ejemplo, problematizar las tensiones entre posiciones más o menos asistenciales, más o menos abstinentes en la clínica de lo cotidiano. A partir de la metáfora en que la práctica del AT, según cada caso y cada escena clínica, podrá tomar una coloración en la gama que va del amarillo, pasando por el verde hasta el azul (2014: 81), donde la práctica del at no sería ni puramente asistencial (amarillo), ni puramente clínico abstinente (azul), sino que iría entre los tonos verdes y azulados. Al respecto refiere que:

“Debido a que la expresión “trabajo asistencial” está ampliamente impregnada de estos estereotipos asistenciales, propongo reemplazar el término “asistencial” por “cotidiano”, y emplear la expresión Clínica de lo Cotidiano para significar el talante compuesto y paradójico de la tarea.” Dozza de Mendonça (2014:82).

Si bien clínica de lo cotidiano no es un concepto propio - ya estaba presente en Kleber Duarte Barreto en un trabajo que presentó justamente en Córdoba (1997), y el mismo Dozza de Mendonça su artículo de 1986-; lo cotidiano mismo es un término paradójico porque se le suponemos cierto ámbito circunscripto, aunque no hay nada por fuera de lo cotidiano.

Otros ejemplos de discontinuidades teóricas para el campo del AT a partir de poner en juego la noción de paradoja, y recaen sobre teorías auxiliares a la clínica de

lo cotidiano, son: amistad profesional, técnica afectiva y encuadre abierto (Dozza de Mendonça, 2014:78), como así también respecto a la paradoja de la actuación contratransferencial (2014:106). En tal sentido, menciona que: *“En términos clínicos, al Acompañante le corresponde cumplir una función cuyos términos se contradicen, a saber: adaptarse a las necesidades psíquicas y, a su vez, a la organización defensiva.”* Dozza de Mendonça (2014:105).

Para nosotros, una clínica montada sobre la lógica paradójica, bien puede resultar como bisagra en la clínica del AT, para establecer modificaciones tanto en teorías auxiliares, como especialmente en la teoría de la técnica y arrojar nueva empiria. Sin estas discontinuidades para el campo del AT, es difícil prever progresión para el mismo, en tanto siempre estará por detrás de los hechos y/o haciendo ajustes ad hoc. Específicamente, podemos considerar que esta clínica de carácter paradójica que propone Leonel Dozza de Mendonça (2014) se anticipa a los hechos sin necesidad de teorías explicativas cerradas, ni de protocolizar la técnica, por lo tanto, postulamos respondiendo más a una clínica hipocrática para el AT.

Continuidades y discontinuidades en la técnica

A continuación, introduciremos algunos problemas que identificamos en el campo del AT respecto a la técnica en la clínica. Por un lado, aclaramos desde ya que abordaremos la técnica en tanto intervenciones, que se suponen derivadas de las referencias teóricas; y principalmente, como teoría de la técnica. Por otro lado, aportaremos antecedentes respecto al manejo técnico para permitirnos reconsiderar fundamentos hegemónicos de la teoría de la técnica en la clínica psi. Y por último, retomando el lugar de la técnica en las diferentes clínicas - ya trabajado en el capítulo II-, aquí evidenciaremos respecto a cómo el trabajo en lo cotidiano –como pasaje técnico de fundamento-, genera cambio de observables. Recuperaremos nuevos observables para pensar la subjetividad, la psicopatología, las intervenciones, la materialidad, las escenas como unidad de análisis, el minimalismo técnico, la clínica de presencia más que de representación, entre otros aspectos a recuperar del campo del saber. Sin embargo, partimos de la hipótesis accesoria en la cual, en el campo del AT como campo de saber, la clínica hipocrática cuenta por su carácter propio de

expectación, con mayor disponibilidad para problematizar cuestiones sobre la técnica y evidenciar nuevos observables; por el contrario, la clínica galénica, oculta la teoría de la técnica y en consecuencia, sus observables no guardan especificidad con una clínica montada en otro setting. A esta hipótesis accesoria, se suma una segunda derivada, para la cual, el campo del AT como campo de saber, resultará progresivo en tanto genere nuevos observables, en caso contrario, se estancará.

Así pues, partiremos al poner en cuestión una obviedad. En el campo psi, las teorías de la técnica respecto al encuadre específicamente, dan cuenta que aquellos procesos que se establecen a partir de la regulación de variables por el clínico – variables principalmente espacio temporales y de regulación de honorarios-, tienen su razón de ser en el suponer que aquellos fenómenos que aparecen dentro de esa regulación artificial, son por un lado de carácter ontológico del sujeto y por otro, representativos de vivencias del sujeto por fuera de ese marco regulatorio. Por lo tanto, no son menores los criterios de demarcación de tal regulación. Por ejemplo, cambiarán los observables según un paciente hable, asociando libremente, unos 20 minutos que unas 8hs. Podría cuestionarse así, qué de estos fenómenos a observar se supondrán con carácter de verdad, o con sentido, o con capacidad el clínico de devolverlos. Por otro lado, y muy relevante es poner en valor la premisa –teórica- por la cual aquellos fenómenos que aparecen en ese marco artificial sean verdaderos. Sin querer extendernos en resoluciones desde la lógica, nos interesa más rescatar la falsabilidad de estas premisas de la teoría de la técnica que sin embargo han llegado a los clínicos con carácter de facticidad.

Ejemplificaremos para valorar la falsabilidad de la teoría de la técnica del encuadre, los desarrollos del psicoanálisis, siendo el enfoque que más se ha estudiado sobre el tema y de mayor referencia para la clínica del AT. Sin embargo, siendo un tema por demás mencionado, trabajaremos aquí solo en recuperar experiencias no tradicionales, y en el mejor de los casos contrahegemónicas, del psicoanálisis mismo; por decir, discontinuistas.

Como soporte para lo que sigue, y entendiendo la incredulidad de los datos que podría generar, es que utilizaremos justamente por el exceso de fuentes primarias que presenta y la rigurosidad en su trabajo, el texto de Ann Danto “Psicoanálisis y justicia social” (2013). En este texto, recupera experiencias de encuadres no tradicionales en el psicoanálisis por parte de las propias instituciones psicoanalíticas europeas, que

luego fueran veladas en la trasmisión del psicoanálisis a generaciones posteriores. En estas experiencias, se aprecia cómo la consulta tradicional de consultorio privado y las teorías de la técnica del encuadre, así como sus derivados, no responden necesariamente a una cuestión ya saldada entre la teoría psicoanalítica y la técnica terapéutica. Ella refiere:

“Estas ideas [las clínicas gratuitas] como todos los proyectos psicoanalíticos de Freud, evidencian una interesante tensión entre la teoría psicológica y la práctica terapéutica. Mientras que su teoría perseguía estar más allá de la historia como una ciencia fáctica, la práctica clínica de Freud se adhería a la ideología política socialdemócrata que predominó en Viena después de la Primera Guerra Mundial (...) En esos años de modernismo emergente, las expresiones de conciencia social de Freud inspiraron la creación de una cadena de al menos doce clínicas cooperativas de salud mental (...) Entre 1918 y 1938, el psicoanálisis no era un tratamiento inaccesible para la población trabajadora, ni estaba estructurado rígidamente, ni se prolongaba excesivamente.” Ann Danto (2013: 18).

Continúa:

“Desde 1920 hasta 1938, en diez ciudades y siete países, la generación activista de psicoanalistas creó centros de tratamiento gratuitos.” Ann Danto (2013:19)

“Erik Erikson, Erich Fromm, Karen Horney, Bruno Bettelheim, Aldred Adler, Melanie Klein, Anna Freud, Franz Alexander, Annie Reich, Wilhelm Reich, Edith Jacobson, Otto Fenichel, Helen Deutsch, Alice Bálint, Frieda Fromm-Reichmann, Hermann Nunberg, Rudolf Loewenstein, y Martin Grothahn (...) eran solo algunos de los analistas de las clínicas gratuitas que más tarde se dispersaron por el mundo occidental. Algunos llevaron la antorcha progresista y otros la enterraron, pero todos ellos son hoy conocidos por su revisionismo teórico y por las diversas maneras de continuar, transformar o romper con la teoría clásica de Freud. Pero en la década del 1920 y principios de la de 1930 los propios analistas se veían como agentes del cambio social, y para todos ellos el psicoanálisis era un desafío a los códigos políticos convencionales, una misión social más que una disciplina médica.” Ann Danto (2013:20)

Asimismo:

“Pero casi desde sus inicios y ciertamente desde su llegada a América, los clichés contra la clínica han rodeado al psicoanálisis en todo el espectro político.” Ann Danto (2013:21)

“Es extraño que se haya suprimido siempre la historia del activismo político en el psicoanálisis.” Ann Danto (2013:27)

“...el destino histórico de las clínicas públicas es casi completamente contrario a los sofisticados estándares de formación psicoanalítica y al modelo de práctica psicoanalítica que ahora prevalece en los institutos psicoanalíticos y las exclusivas consultas en todo el mundo.” Ann Danto (2013:28)

Respecto a las regulaciones de honorarios, el propio Freud (1992a) se expide en la Conferencia de Budapest en 1918, conferencia conocida como “sobre la conciencia social”. Allí Freud menciona que:

“... puede preverse que alguna vez la conciencia moral de la sociedad despertará y le recordará que el pobre no tiene menores derechos a la terapia anímica que los que ya se le acuerdan en materia de cirugía básica. Y que las neurosis no constituyen menor amenaza para la salud popular que la tuberculosis, y por tanto, lo mismo que a esta, no se las puede dejar libradas al impotente cuidado del individuo perteneciente a las filas del pueblo.”

“Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes... De todos modos, alguna vez ocurrirá.” Freud (1992:162).

Al respecto de estas pronunciaciones, Ann Danto (2013) trae a cuenta que:

“En ese discurso Sigmund Freud había abjurado de su posición de antes de la guerra, según la cual <<el valor del tratamiento se reduce a los ojos del paciente si se le pide un pago muy bajo>>, y había repudiado su anterior imagen de 1913, la del médico psicoanalista como empresario médico. Hasta el final de sus días, Freud apoyó las clínicas psicoanalíticas gratuitas, defendió el pago flexible y la práctica del análisis profano, todas ellas desviaciones sustanciales de una tradición de privilegios de los médicos y de dependencia de sus pacientes.” Ann Danto(2013:33).

Esta conferencia, por lo tanto, fue el comienzo del proyecto de clínicas gratuitas, entre otros programas por fuera del encuadre convencional llevados a cabo.

En tal caso:

“En su práctica terapéutica los psicoanalistas de Weimar debatían abordajes no tradicionales de tratamiento y, en el plano social, abogaban por la reforma penal, la liberación sexual, la igualdad de géneros y la no criminalización de la homosexualidad. Y algo parecido ocurría en Berlín, donde la riqueza de Eitingon y la eficacia de Karl Abraham como director de la sociedad llevaron a la simplificación de la fórmula de Freud para asignar servicios gratuitos con donativos, y visitas domiciliarias.” Ann Danto (2013:26).

A propósito de la importancia de discontinuarse de la teoría del encuadre tradicional con las visitas domiciliarias, se recuperará en varias partes de esta tesis su importancia para una clínica expectante. Entre las otras modalidades podemos mencionar que, en el Poliklinik de Berlín que fue la primera experiencia de esta serie de clínicas y se inauguró en 1920, las innovaciones incluían cambios en la duración del tratamiento, el análisis fragmentario y fue donde comienza a pensarse el análisis infantil (Ann Danto, 2013:19). Ya desde 1918, funcionaba en Viena una clínica de orientación infantil por Adler y Kramer que involucraba al ambiente social, la familia, la

escuela y el barrio (Ann Danto, 2013:63) que se sumó a este movimiento de clínicas gratuitas. Otro ejemplo, respecto a la modalidad de acceso a la consulta lo estableció Karen Horney, sobre un sistema de atención sin cita previa (Ann Danto, 2013:79). En el Ambulatorium de Viena, en 1922, Hitschmann inauguró en unas salas compartidas con un servicio de cardiología ya marginal del hospital de referencia - aunque en su caso por contar con reconocimiento suficiente para ser un servicio independiente-, una sala de consulta psicoanalítica (Ann Danto, 2013:133) que fue generando discusiones y observaciones respecto a pacientes cardiópatas que compartían la sala de espera. Reich también establece una red de clínicas gratuitas para planificación familiar, Clínicas de Sexo-higiene para trabajadores y empleados. *“...se dirigían en furgonetas a zonas rurales y suburbanas de Viena, anunciando sus vistas con antelación (...) se congregaban en un parque local.”* Ann Danto (2013:143) y organizaban grupos de hombres, mujeres y niños.

Las clínicas ambulatorias gratuitas eran parte central de los programas de formación como “cuartel general” de cada instituto.

“Los análisis gratuitos y los análisis de pago se realizaban en el mismo lugar. Así mismo, los psicoanalistas trataban todos los casos por igual (...) los pacientes que podían pagar no estaban reservados a los analistas veteranos, ni el tratamiento gratuito era una obligación para los candidatos.” Ann Danto (2013:92)

“Y efectivamente, también Freud trató a pacientes gratuitamente (...) La carrera de Freud está sembrada con historias de análisis gratuitos: Mariane Kris, Eva Rosenfeld, los Wolfman, y Bruno Goetz son solo algunos” Ann Danto (2013:143-144).

En el Poliklinik de Berlín:

“...en el lapso de diez años (1920-1930) de 1955 consultas, 969 fueron hombres y 986 fueron mujeres; de un total de 721 análisis, 342 fueron hombres y 379 fueron mujeres. Estas cifras refutan una vez más la crítica popular al psicoanálisis como un tratamiento al que solo recurrían las mujeres burguesas y diseñado exclusivamente para ellas.” Ann Danto (2013:163).

Y así mismo, en el Ambulatorium de Viena, evidenciaron que eran mayoría de hombres los consultantes, casi el doble que las mujeres (Ann Danto, 2013:326), situación que generó debates sobre género entre los practicantes. Los pacientes eran empleados asalariados, clase trabajadora, servicio doméstico, maestros, artesanos, desocupados, estudiantes e indigentes. En las clínicas gratuitas, programadas y sostenidas desde las asociaciones psicoanalíticas, se practicaba una clínica al parecer muy distante del estereotipo de consultantes de mujeres jóvenes burguesas

y de los dogmas que se adscribieron en nuestras latitudes respecto a la ortodoxia del encuadre y sus variables.

Hasta aquí, todas estas referencias de antecedentes no tradicionales en el manejo del encuadre, para dar cuenta de la trasmisión dogmática del psicoanálisis. El desconocimiento de estos antecedentes, suponemos lleva a que ante futuros cambios de setting de la clínica – como en el caso del AT-, lo que pareciese una traición a la dogmática disciplinar, se resuelve con ajustes teóricos ad hoc de la teoría de la técnica, en vez de habilitar la generación de nuevos observables.

III.a) Cambio de setting y nuevos observables

Desde luego, siguiendo nuestras hipótesis accesorias respecto a la teoría de la técnica, es que consideramos el cambio de encuadre supondrá nuevos observables. Por lo tanto, para nosotros esta sería una condición de discontinuidad técnica para el AT de las más promisorias en su progresividad como campo de saber; y al mismo tiempo, le valdría para fundamentar cierta especificidad.

Para Leonel Dozza de Mendonça (2014):

“En la práctica del acompañante, es evidente que el encuadre no está pegado al espacio físico: estén donde estén terapeuta y paciente, el encuadre está presente. A esta presencia [actitud mental y conductual] que recorre el espacio físico, a este campo, se denominó encuadre ambulante”.

“...sugiero pensar acerca del encuadre en términos espacios físicos-vinculares, en el sentido de que determinados patrones vinculares se organizan en función de los espacios físicos en que el Acompañamiento tiene lugar.” Dozza de Mendonça (2014:118).

A partir de este corrimiento del encuadre tradicional al encuadre ambulante, se esbozan nuevos problemas para la clínica. En principio, dejar sentado que, si bien el encuadre no esté pegado a un lugar físico, no está exento sino por el contrario, del estudio sobre su materialidad. A propósito de esto también es necesario, según nosotros entendemos, la demarcación en que el AT se realiza en lo cotidiano y no en dispositivos artificiales de la clínica, tales como hospitales, consultorios, centros de días, etc. Aunque la práctica del AT esté plagada de ejercicios en estos ámbitos, comprendemos que a la discusión de sentidos respecto a qué sería lo cotidiano, no debiese eximirse igualmente un criterio de demarcación. Entonces, por lo menos para

nosotros, el encuadre será ambulante no solo por su carácter de circulación sino también por establecerse en lo cotidiano y de este modo disponer nuevos observables para la clínica.

En tal sentido, tal como plantean Estellita-Lins, Oliveira, y Couthino (2009): *“Deve-se reconhecer que experiências clínicas centradas na atitude de permanecer junto ao paciente foram absolutamente decisivas para que uma mutação profunda na mentalidade de psicólogos, médicos e profissionais de saúde fosse efetuada.”* (2009).

Intentaremos aquí, dar cuenta de las principales áreas de la clínica afectadas a partir del cambio de encuadre y las consecuencias posibles en esa transferencia.

Como ya adelantamos, la noción de encuadre como regulación metódica, se fundamenta en la posibilidad de observar entre otras cosas, la subjetividad, ante determinadas variables controladas por el clínico. El hecho que, en los encuadres abiertos o ambulantes, el clínico no regule variables a sus fines observacionales sino que se ajuste al cotidiano del paciente, implicará modificaciones en las coordenadas de reflexión sobre, por ejemplo, la subjetividad. En tal sentido, Fabio Araujo (2013) resume que:

“Em tal transposicao - de teorias produzidas em um setting fechado para um setting aberto – é de costume se manter a concepcao de subjetividade que fora pesquisado e elaborado dentro do próprio setting fechado. Notamos entao a manutencao das concepcoes de subjetividade como se ellas fossem as verdades do humano e nao estivessem relacionadas com os dispositivos através dos quais foram criadas.” Araujo (2013:16)

También Castejón Hermann (2014) lo hace notar así: *“...la clínica, strictu sensu, que contiene especificidades importantes a ser consideradas: los conceptos psicoanalíticos eran provenientes de una experiencia construida artificialmente en el interior de cuatro paredes, el consultorio.”* Castejón Hermann (2014:18). Así pues, Araujo (2013) avanza bastante más:

“Porém, em nossa visao, a clínica sempre se produziu produzindo ao mesmo tempo o objeto no qual intervem, isto é, uma concepcao de subjetividade.”

“Nos perunteremos dessa forma quais concepcoes de subjetividad vemos emergir quando montamos o dispositivo do acompanhamento terapêutico.” Araujo (2013:17).

A propósito de los efectos de una clínica basada en supuestos ontológicos como dogmas, Fabio Araujo (2013) menciona que:

“Sabemos que uma separacao há muito já foi feta: ella diz que o acompanhamento terapêutico é uma prática para as pessoas que nao conseguem se beneficiar do consultório. E grosseiramente essa divisao praticamente coincide com neuróticos para

um lado e psicóticos e neuróticos graves para o outro. Todavia, nao será essa divisao um reflexo das concepcoes de subjetividade hegemonicamente construídas através dos dispositivos de setting fechado?” Araujo (2013:18).

Antúnez (2012) presenta como antecedente respecto al cambio de setting y los nuevos observables que arrojaría para la clínica, en tanto supuestos psicopatológicos; un texto de Eugene Minkowsky de 1923 -previo a la experiencia suiza (Sechehaye, 1979)–, donde este psiquiatra acompaña 24hs al día a un paciente melancólico durante dos meses en su lecho. Para Minkowsky esta experiencia le permite desarrollar las diferencias en las vivencias del tiempo entre ambos, hipótesis nuevas para la clínica (Antúnez, 2012:84).

En la misma línea, Leonel Dozza de Mendonça (2014) sostiene que:

“... junto con ese desplazamiento hacia la comunidad y el contexto familiar – hogareño del paciente, van a producir sobre todo en un primer momento cierto «descolque» en cuanto a pensar la clínica (...) requieren, imponen y a la vez posibilitan otras teorizaciones y posiblemente otros modos de teorizar; quizá imponen y posibilitan el modo de pensar la psicosis misma.” (2014: 12).

En sentido complementario, Lima Palombini (2014) prologando el texto de Castejón Hermann (2014) hace notar que:

“La tesis que mantiene él es que el AT puede operar como tratamiento psicoanalítico posible de las psicosis (...) Ahora, dado que el AT configura un tratamiento psicoanalítico posible de las psicosis, tendría un qué enseñar a los psicoanalistas, en sus consultorios.” (2014:11).

Del mismo modo, Fabio Araujo (2013) viene a subvertir la relación de hegemonía entre AT y clínica psi:

“Diante disso pergunta que nos colocamos nao é sobre quais os efeitos que o dispositivo acompanhamento terapêutico produz em nossos acompanhados – ainda que também facamos essa pergunta- e sim quais os efeitos que o acompanhamento terapêutico pode produzir na própria clínica. Tomamos dessa forma o acompanhamento terapêutico como um analisador da clínica.” Araujo (2013:17)

“Dupla afirmacao nesse sentido: o acompanhamento terapêutico é apenas uma forma de fazer clínica; o acompanhamento terapêutico é a forma pela qual a própria clínica se faz.” Araujo (2013:20)

La única reflexión en este sentido encontrada entre los textos argentinos, es de Guzmán y Domínguez (2001). Ellas, a partir de incorporar un nuevo dispositivo de internación familiar con aatt en el hospital general, realizan una encuesta a posteriori para evaluar esas primeras experiencias, y los profesionales observan esto: “Las

respuestas coinciden en que aparecen fenómenos, síntomas, situaciones, que no se verían con otro abordaje, como así también ayuda a una lectura integral del padecimiento mental.” Guzmán y Domínguez (2001).

Continuando con la posibilidad que el AT en su encuadre en lo cotidiano pueda generar nuevas heurísticas, se han encontrado dos textos en que plantean si la clínica del AT podría contribuir a la clínica de la neurosis (Roberta Veloso de Matos, 2017) y otra (Priscila Venosa, 2016) respecto a la necesidad de revisar más que los fenómenos psicopatológicos de la neurosis, su posible dirección de la cura a partir del AT:

“Sabe-se que tem surgido muitas demandas de AT para o atendimento de casos graves de neurose, ou casos de neurose em momentos de crise. Tal situação tem criado a necessidade de se teorizar sobre essa prática que se distingue em termos de direção de tratamento em relação aos casos de psicose classicamente acompanhados. Ao escutar um sujeito neurótico, o acompanhante terapêutico (at) deve estar ciente de que o problema não está no estabelecimento do laço social, mas sim no laço social estabelecido por esse sujeito. Posto isso, torna-se relevante a questão sobre os meios pelos quais o at pode intervir no enlaçamento que produziu a crise. Neste trabalho, consideraremos a noção de “impossível” desenvolvida por Lacan em “O avesso da psicanálise” para abordar quais seriam as possibilidades do at na escuta desses sujeitos” Veloso de Matos (2017:3).

“(…) da singularidade da reflexão propiciada pela construção de um caso clínico pode-se extrair algumas considerações a respeito da universalidade da prática do at orientado pela ética da psicanálise quando na condução de casos de neurose.” Veloso de Matos (2017:5)

Entendemos así que, siendo el AT un campo de saber emergente, es preciso establecer las coordenadas por las cuales se disponga que acontezcan nuevos observables; sean estos para el campo de la clínica general, de la subjetividad, de la psicopatología, etc. En tal sentido, las condiciones de emergencia de nuevos observables dependerán de las premisas teóricas y en especial en relación a la técnica.

III.b) El problema de la técnica en las diferentes clínicas

En este apartado, retomaremos el problema de la técnica y el valor que se le otorga desde la clínica hipocrática y desde la clínica galénica, aunque no ya desde su faz teórica –trabajado en el segundo capítulo-, sino desde de la clínica del AT, a partir de los trazos que encontramos en su campo del saber. Evidenciaremos también desde

la recuperación de casos clínicos publicados, cómo es que la técnica en la clínica del AT, en tanto intervención, refleja dos clínicas en pugna y dispone también una proyección para el campo del AT. En tal sentido, consideramos que debe ser problematizada si se pretende progresividad para su campo de saber.

Hallamos así, para quienes en el AT sería una técnica en sí misma, esta posición desvaloriza el AT como campo de saber y queda secundando otros campos disciplinares. A su vez, esta posición bien se complementa con los promotores del AT como rol y en su faz profesional como tecnicatura. Un ejemplo conciso pudiera ser el siguiente: *“...la técnica es un instrumento o una herramienta que puede ser utilizada por cualquier persona que la conozca. Entonces, el acompañamiento terapéutico como técnica se entendería como un complemento, como un auxiliar del profesional a cargo del paciente.”* Berenice y Perlo Saenz (2001). Otro ejemplo pudiera ser: *“Teniendo en cuenta que este Manual fue pensado para que el Acompañante Terapéutico especifique su función en la implementación de los procedimientos de Modificación de Conducta validados empíricamente.”* Tolosa y Jozami Nassif (2016:XV), en este caso incluso, la implementación técnica, protocolizada en susodicho manual, no difiere de la que pudiese realizar también un terapeuta que fuese a domicilio, porque no responde a una clínica ya pensada desde lo cotidiano.

En oposición, encontramos a Pulice (2014) que aludiendo una crítica a los manuales de AT – suponemos la referencia va dirigida a Schneeroff y Edelstein (2004)-, establece la imposibilidad e impertinencia de establecer de antemano al encuentro con el paciente y sus circunstancias, una supuesta intervención acertada. Refiere: *“...si sería pertinente pergeñar la elaboración de algún manual así para definir de antemano los postulados generales necesarios para implementar, en cada situación, nuestra <estocada perfecta>.”* Pulice (2014:61). En cierta continuidad, Castejón Hermann (2014) se pregunta si: *“¿Habría una teoría del método para el AT?”* (2014:14), si sería posible para este campo llegar a establecer una teoría de la técnica para la clínica de lo cotidiano.

Respecto a la técnica en lo que entendemos clínica galénica para el AT, creemos que los textos de Tolosa (2015) y Tolosa y Jozami Nassif (2016) serían el mejor ejemplo. Sin embargo, dentro mismo de sus textos hay variaciones respecto a grados y modos de intervencionismo. En el texto de 2015, prima una posición levemente menos intervencionista que el siguiente, veamos:

“Las estrategias para activar las tareas serán de un estilo persuasivo, no coercitivo.” (2015:38).

“El AxT no asumirá un rol autoritario. Deberá trabajar en las tareas de tal manera que la responsabilidad para el cambio sea sostenida por el paciente.” (2015:38)

“Desde este modelo cognitivo-integrativo, se entenderá que la relación que se establece entre el AxT y el paciente se configura en el marco del empirismo colaborativo, que supone un vínculo que ambos integrantes consolidan como parte de un equipo que trabaja en forma conjunta en la búsqueda del cambio planificado (Beck, J., 2005). Los componentes de este empirismo se expresan en actitudes de igualdad, de trabajo en equipo, de reparto de las responsabilidades para el cambio, de consideración positiva incondicional y de ausencia de juicios de valor (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1983)” Tolosa (2015:9).

El otro autor ejemplar para la clínica intervencionista es Ricci (2014) si bien él no cuenta con desarrollos teóricos, y las pocas referencias son incoherentes con su práctica clínica (véase Capítulo II al respecto), traeremos a cuenta casos clínicos propios que detalla en gran medida y eximen de mayores proposiciones. Respecto a su caso Mateo (2014:141-150) en el que acompaña a un hombre adulto atravesando entre otras situaciones, un duelo por la separación de su pareja, el at interviene citando a la ex pareja sin presencia del acompañado a los fines de evaluar –según él mismo-, y eventualmente mediar para la reconciliación de la pareja:

“Nos encontramos en un bar; tenía claro que sería el único encuentro que me concedería y era muy importante para tomar la lectura de la posición de sus sentimientos hacia Mateo”.

“...me pregunté si realmente valía la pena poner energía en una reconciliación, que debería importarle a ambos, y en este caso, solo a uno. Entendí, en esos pocos minutos, que su mujer sería un vínculo tóxico para Mateo.”

“Mateo me preguntó qué había sucedido en el encuentro con su pareja [...] le contesté que parte de las cosas que él sentía de su mujer eran acertadas y que, por el momento, no era posible una reconciliación.” Ricci (2014:146).

Pues si no bastase con el ejemplo anterior respecto al exceso de intervencionismo en la clínica del AT, continuamos con otro caso del mismo autor, en esta ocasión tratándose de un menor y un AT en la escuela. A propósito del caso Lionel (Ricci, 2014:109-121), refiere:

“Los niños me pueden, es muy gratificante poder modificarlos” (2014:109)

“Fui abordando al paciente desde sus gustos, respetándolos, pero ajustándolos cuando estos no eran pertinentes” (2014:112)

“jugar [con él] era su «zanahoria»” (2014:113)

“Para defenderme lo empujé midiendo mi fuerza (pero de modo controlado y con un objetivo) y una y otra vez me envestía y yo lo empujaba, mirando sus ojos. Deseaba que saliera esa furia contenida por medio del llanto” (2014:114-115)

“Sus padres estaban fascinados sin poder entender cómo lo lograba, no ameritaba buscar «los cómo», lo objetivo – lo observable- era lo importante” (2014:117)

“Les comenté a sus padres sobre este cambio y les dije que iba a diseñar una historia ficticia con un tal Dr. Fernández [...] sería un profesional que necesitaría niños que asistieran a otros, pero estos deberían tener experiencia y ser niños que se hubieran recuperado y cambiado. [...] no había ningún perjuicio iatrogénico que indicara a futuro alguna posibilidad de frustración. En definitiva, la respuesta final sería que el Dr. Fernández se vio imposibilitado de seguir con su proyecto [...] Para preparar bien la escena, realicé la nota [...] Le indiqué a Lionel que pegara la fotocopia en la heladera de su casa, cada vez que la abriera debía recordar que estaba en un concurso y que tenía posibilidades de acuerdo a los informes que elevaría el AT y el colegio por su buen comportamiento.” (2014:118-119)

“En el libro de mi autoría «Corazones a corazones ¿abordando la locura?» (2009) hago mención de la MTO (Mentira Terapéutica Objetiva) y desarrollo esta herramienta de mi creación.” (2014:119)

“Realizamos un taller de encuentro en una de las salas del colegio, convocando a padres de los compañeros de Lionel.” (2014:120)

“En el acto de fin de año del colegio los alumnos, maestros, directivos y otros aplaudieron a Lionel cuando dije unas palabras agradeciendo a todos por haber acompañado y colaborado a la recuperación del mismo.” Ricci (2014:120).

A esta clínica del AT desbordada de intervenciones de control, persuasión, manipulación, engaño, agresividad física, exposición para con terceros, etc., se opone una clínica expectante donde la técnica consiste en *“prolongar un movimiento íntimo”* Cangilhem. (1971: 18), un movimiento que comienza y se despliega en relación al paciente, donde el clínico se reduce a su máxima expresión, como mero posibilitador al servicio del otro. En esta clínica, encontramos como ejemplo los planteos de Araujo (2013) quien piensa el AT como tecnología clínica (agenciamiento -acontecimiento) opuesto a pararse como dispositivo tecnológico; refiere: *“Técnica e acontecimiento se reúnen entao como epistemé.”* Araujo (2013:22) y precisa: *“Todavía possamos falar de um minimalismo técnico, isto é, o mínimo de técnica necessário para o máximo de acontecimento.”* Araujo (2013:26).

Otro de los referentes en una clínica expectante para el AT es Leonel Dozza de Mendonça (1986 - Equipo de AT do Instituto A CASA (1986)-, 1994, 1996, 2000, 2012, 2014, 2016). En esta oportunidad, recuperamos brevemente que para él es necesario: *“...una noción de la técnica que no rompa las paradojas, sino que contribuya a sostenerlas.”* Dozza de Mendonça (2014:94). Esta posición de una clínica compleja que no debe ser reductible en una técnica protocolizable, requiere trascender la seducción en la técnica, como verdad ontológica, tan funcional a la era posmoderna,

y cobra sentido en sus desarrollos de intervenciones escénicas que a continuación abordaremos.

Comencemos por traer a cuenta un ejemplo de una clínica que no cuenta con decálogo de intervenciones previas y, sin embargo, asume su posición en la escena de lo cotidiano y como soporte de una dirección de la cura, de un tratamiento, de cierta transferencia. Veamos:

“Mariano acompaña a José – adicto a la cocaína – en su primera salida después de un mes de internación en una comunidad terapéutica, caminan por el centro de la ciudad y se sientan a tomar un café. El at se siente inquieto y se da cuenta que esta sensación tiene que ver con un nerviosismo disimulado de José, quien ha comenzado a hablar con verborragia y mira alrededor, ansioso, como buscando algo o alguien. Al preguntarle si le pasa algo, José le responde: «es que esta zona me agita, yo siempre pegaba en el bar de acá al frente... ese que va ahí es el dealer...» El escenario cambió bruscamente, el paseo se transformó en una situación de riesgo. José está ahora conectado con la posibilidad cierta del consumo al alcance de la mano, siente la urgencia por consumir (craving)... Mariano tendrá que hacer algo con eso. Pero ¿qué?” Dragotto (2012: 143).

En la clínica expectante, respetuosa del paciente y su cotidiano, regida por un principio de no intervención, de no apurarse a resolver los dilemas ni compensar las faltas, con una pericia basada en técnicas mudas, es que Leonel Dozza de Mendonça ha presentado una serie de desarrollos técnicos. Parte así de la idea de revisar las técnicas de una clínica que apuesta a lo simbólico, pero a la cual la noción de representación psicológica no le alcanza. Para él, la clínica del AT dirigida a pacientes graves, no podría basarse en un trabajo representacional abstracto, en tanto reconoce que:

“(...) sabemos, desde la teoría y la práctica clínica, que el individuo psicótico no tiene acceso al mundo simbólico o, si se prefiere, su mundo simbólico está impregnado de concreción. Por ello, creemos que las palabras muchas veces son (aunque no siempre) un elemento secundario en el trabajo con psicóticos. No se trata de negar su importancia, pero quizá se podría decir que la palabra es más importante para el equipo terapéutico (los neuróticos de la historia) que para los pacientes psicóticos.” Dozza de Mendonça (1994:7).

A razón de esto es que recupera la noción de acción interpretativa de Ogden (1994) otorgando, según valoramos nosotros, más potencia a la misma dentro de la clínica de lo cotidiano que en la clínica de la cual surge. Ya en su texto colectivo de 1986 (Equipo de AT do Instituto A CASA, 1986) mencionan esta intervención, que desarrolla en mayor profundidad en 2014. Si bien entendemos sería esta la

intervención por excelencia en el AT, es surgida en otra clínica mucho más apegada a lo representacional, vemos así que para Ogden (1996):

“Se entiende por acción interpretativa el uso de la acción (diferente al discurso verbal simbólico) por parte del analista para transmitir al analizando aspectos específicos de su comprensión de la transferencia-contratransferencia que, en determinada coyuntura contenido semántico de las palabras. Una interpretación-en-la-acción deriva su sentido simbólico específico del contexto experiencial de la intersubjetividad analítica en el que es generada. Simultáneamente, la comprensión de la transferencia-contratransferencia debe ser pensada silenciosamente en palabras por el analista.” Ogden (1996:495).

Ya con estas primeras premisas, podemos demostrar que la apropiación de la noción de Ogden por Dozza de Mendonça, está siendo discontinuada, en tanto que, si bien toma el principio de la acción dentro del campo de lo semántico, esta cita previa se opone a lo que ha planteado este, respecto a la paradoja de la actuación contratransferencial, que ya hemos mencionado más arriba. Por ejemplo, en esta actuación por parte del at, no hay una instancia previa en que el at se anticipa a la intervención, sino que en la acción se dice algo también para el at, en ese saber no sabido que se le escapa en una escena y cobra pleno sentido para el conflicto en cuestión.

Sin embargo, quisiéramos seguir referenciando esta noción previa: *“...en otros momentos, la acción interpretativa incluye la voz, pero no las palabras (por ej. la risa del analista).”* Ogden (1996:496), o el silencio como ejemplifica en su texto ante ciertas perversiones del lenguaje (Ogden, 1996:498). También menciona que no es un evento analítico excepcional (Ogden, 1996:498) sino una fase temprana de la interpretación (Ogden, 1996:509) y dentro del campo de los fenómenos transicionales en sentido winnicotteano (Ogden, 1996:512).

Algo similar ocurre – a razón de las discontinuidades en las transferencias de intervenciones desde otras clínicas al campo del AT-, respecto a (des)erotizar la palabra y/o la mirada, tal como lo propone Mauricio Castejón Hermann (2014:131-150) que, aunque no es propio del AT, en la situaciones de AT se revalúa, en tanto aquí la mirada tiene más presencia que en otros dispositivos clínicos.

Retomando las apropiaciones de la noción de acción interpretativa para el campo del AT, señalamos que:

“Se podría decir, desde lo planteado, que los dos instrumentos fundamentales en la acción interpretativa son el cuerpo y el mundo externo.” (1994:8)

“Esta necesidad deriva, entre otras cosas, de ciertas ideologías en las que se considera que sólo la acción (en sentido concreto) es productiva.” (1994:8)

“Un paciente psicótico no es un deficiente mental y tampoco un minusválido; su dificultad para utilizar los recursos que posee se debe, más bien, a la intensificación de sus ansiedades y a la desorganización de su mundo afectivo. Por lo tanto, no se trata tanto de entrenar a los pacientes en habilidades sociales, sino de contenerlos. Se podría decir que la contención promueve la autonomía, y ésta, abre posibilidades de nuevas inserciones. Ahora, para que sea continente, el Acompañante Terapéutico tiene que poder acompañar pasivamente...” (1994:9)

“(...) se ha dicho que la acción interpretativa es una forma de intervención, se podría decir que su opuesto complementario es la pasividad activa.” Dozza de Mendonça (1994:10).

Justamente como señala el autor, como la clínica del AT opera desde el trabajo en presencia –corporal- y ante determinado conflicto con el mundo exterior, es que sostenemos esta sea una de las intervenciones por excelencia, aunque quizás sea más pertinente mencionarlo ya en tanto método, puesto que se basan en principios, pero no en acciones concretas posibles de anticipar. Por otro lado, establece claramente las posiciones del clínico como del paciente o del resto de los intervinientes que conforman la escena del AT. A propósito de esta noción de escena que se configura en la serie técnica que desarrolla Dozza de Mendonça, aclara que: *“Tales actitudes [las acciones interpretativas] cobran sentido en el espacio intermedio entre dos acepciones del término representación, a saber: en el atravesamiento entre las nociones de representación mental (relación de objeto, transferencia) y representación escénica.”* Dozza de Mendonça (2014:98).

Fantinato, Méndez y Saranitte (2002) se preguntan también cómo opera el at, con qué cuenta para su intervención, y refieren que:

“Estar ahí que implica una presencia y un lugar. Se trata entonces del ordenamiento de lugares en la trama simbólica que permitirá, cuando sea posible, la construcción de una escena” (2002: 33)

“Consideramos este deseo del acompañante como la posibilidad de localizar un sujeto en escenas en las que el paciente se muestra como puro objeto o no responsable de sus actos.” Fantinato, Méndez y Saranitte (2002:34).

Se aprecia así, cómo desde una clínica expectante, aunque no rehúye a la intervención, por el contrario, establece escenas propias del cotidiano del paciente para intervenir. La determinación del trabajo por escenas entiende que se trata de un entramado ficcional que no abandona el trabajo simbólico. También sobre escenas ha realizado consideraciones Castejón Hermann (2014:184-190) sin embargo, sostenemos que quien más ha dilucidado su carácter material es Dozza de Mendonça.

Para nosotros, tomar la escena como unidad de análisis para una clínica de lo cotidiano (Dozza de Mendoca, 2014) modifica los imperativos clínicos previos respecto a criterios ontológicos, teorías explicativas de sujeto y subjetividad, respecto a la demarcación sobre quienes se interviene, las variables técnicas del encuadre, etc. Y creemos es preciso emprender ese camino para la progresividad del campo, sin antes advertirnos gracias a Audero (1995) que:

“... se nos puede pedir que funcionemos de prótesis social, familiar o institucional y desde esa función permitamos que se haga como que eso no existe, ya que habiendo quien se ocupe de la locura como discurso ahora lo hay también quien lo haga como escena.

La tendencia a esta forma de funcionamiento en lo social es coherente, pues la aparición de lo real, la locura, sin cubrir, angustia, por lo que se nos pide que restablezcamos la armonía del todo, en una estética sin falta.” Audero (1995:78).

Mencionaremos brevemente algunas intervenciones surgidas desde la clínica del AT para aportar respecto a la recapitulación de trabajos dispersados, aunque dejando la pregunta abierta en relación a si es posible sostener intervenciones específicas del at; si es pertinente pensar en especificidades de una técnica a un práctica exclusiva; y si además esta posibilidad sería progresiva para el campo del saber; así como también si fuese factible estas intervenciones aportasen a la clínica psi en general.

La primera intervención que nos parece destacar, por su impronta en la clínica del AT, es la del paseo. A propósito de esto, en el capítulo siguiente se continuará trabajando, baste por el momento mencionar que, para Pulice (2014:129) el pasear es como el jugar –y no exclusivamente en la clínica de niños-, habría que:

“(...) señalar que el efecto de alivio que se produce a través del paseo justifica de por sí su pertinencia (...) Debemos advertir, sin embargo, que uno de los riesgos importantes que enfrentamos en relación con esta actividad es el de estigmatizarla como un intento de fuga hacia adelante” Pulice (2014:131).

Otras de las intervenciones más desarrolladas, son: presencia vaciada (Castejón Hermann,2014), desmarcación escénica (Dozza de Mendonça, 2014), actuación paradójal contratransferencial (Dozza de Mendonça, 2014:106), función de interdicción (Dozza de Mendonça, 2014:163), función especular (Dozza de Mendonça, 2014:179). También la noción de manejo (management) ha sido trabajada por varios autores (Dozza de Mendonça, 2014: 78; Duarte Barretto, 2005:195; Kuras de Mauer y Resnizky, 1985: 69). Citaremos que:

“(...) es posible aprehender a través de sus textos, que el manejo se refiere a una intervención en el setting (encuadre) y/o en lo cotidiano de sujeto, tomando en cuenta sus necesidades, su historia y la cultura en la que está inserto, a fin de promover desarrollo psíquico... Es en este sentido que el manejo consiste en la técnica privilegiada del A.T.” Duarte Barretto (2005:192).

“O sea, el manejo es fundamental cuando nos topamos con un sujeto que depende del medio ambiente para sus necesidades básicas.” Duarte Barretto (2005:193).

“Así, dentro de la perspectiva winnicotteana, no existiría una distancia tan grande entre un trabajo clínico en consultorio del trabajo de AT.” Duarte Barretto (2005:195).

Kuras de Mauer y Resnizky (1985: 69) ya en su primer texto utilizan el término Manejo igual que luego lo utiliza (Dozza de Mendonça, 2014) pero este último, haciendo referencias teóricas y revisiones críticas, que las autoras se exigen. En ambos casos, sin embargo, está pensado para la clínica de la psicosis. En relación al manejo del paciente suicida, prefieren utilizar el término Monitoreo (Kuras de Mauer y Resnizky, 1985:84).

Queda pendiente para siguientes estudios revisar la noción de causalidad en las intervenciones. Entendemos que, siendo que se valoran, toman sentido, por sus efectos; y si es que se presentan en otra temporalidad diferente a la del consultorio, en lo cotidiano, con factores que quedan por fuera del cálculo; correspondería trazar nuevamente sus coordenadas.

Por último, considerando los efectos para una heurística positiva que tuvieron las intervenciones de acción interpretativa o (des)erotizar la mirada, al reconsiderarlas para el campo del AT, es que nos parece pertinente poder someter a valoración otras intervenciones, de otras clínicas, aunque muy próximas, como las propuestas por Lancetti (2008): internación invertida (2008:26), pedagogía de la sorpresa (2008:24), función bá (2008:105), agenciamiento (2008:120).

III.c) Breve mención sobre AT espontáneo

En 2011, se presentó un texto sobre una práctica pensada desde el AT aunque a su vez con cierta discontinuidad. Le dieron en llamar AT Espontáneo, y si bien es un concepto y una práctica desarrollada por Gustavo Rivarola, un profesional del hospital público monovalente de agudos de Córdoba; en esta oportunidad comentan su experiencia algunas practicantes (Carpio, French, Grosso y Machado, 2011) siguiendo su enseñanza.

En este artículo – y se desconocen antecedentes-, tampoco presentan bibliografía alguna al respecto, de modo que es difícil establecer un nicho de intelección respecto a de qué orden sería el AT Espontáneo. Si bien el texto es muy escueto, refieren que se trata de una práctica de AT que se inicia a partir de un “enganche” no previsto de antemano entre un at y un paciente. Se trataría de:

“(...) el enganche como una reacción, que consiste en que determinado paciente nos llega de un modo particular, nos conmueve, nos interesamos particularmente por lo que nos cuenta, nos saca del lugar y de la actitud profesional. Consideramos el acompañamiento como un prestarse al enganche, haciendo lugar a la locura, que se despliegue de su decir. (...) el devenir de una mutua elección entre acompañante y paciente (...) De esta forma se enfatiza la elección del paciente.” Carpio, French, Grosso y Machado (2011.132).

De momento mencionaremos que, la clínica propuesta pareciese partir y llegar desde el clínico. El detalle respecto a si el at, genera una clínica a partir de su enganche o se presta al enganche del otro, no parece menor en la medida que se establecen posiciones diferentes para el clínico (a propósito de esto, rever el capítulo I respecto a las diferentes clínicas); y este aspecto no queda clarificado. Asimismo, no se evidencia porqué sería pertinente subsumir el carácter de enganche de un paciente con un at, con cierto estatuto de espontáneo.

Si bien el carácter de espontáneo está revestido de la idea de inmediatez en la que se podría producir un encuentro clínico, y así lo asocian en referencia a la práctica, es necesario reparar en que: primero, el marco de la práctica es de una institución a puertas cerradas con todo lo que ello suscita; segundo, que cuanto menos, resulta injusto considerar el contexto de internación como del orden de lo cotidiano y espontáneo; y tercero, los aatt son practicantes en formación en su gran mayoría, situación que implicaría disposiciones transferenciales específicas para el supuesto enganche.

Habiendo resaltado estas condiciones de espontaneidad, queda entonces a partir de futuros trabajos de los propios, dilucidar si se tratase esta discontinuidad de la clínica del AT, como del orden de una técnica, en tanto manejo transferencial específico; de un método, como aplicación de una estrategia institucional; de una subespecialidad, como un área con aspiraciones de desarrollo específico, etc.

Lo que podemos establecer de momento es que no genera alguna especificidad como campo de saber ni nuevos observables para la clínica. En tal caso,

siendo una invención cordobesa, entendemos sea el mayor mérito para su mención en esta tesis, a la espera de su desarrollo.

Para una teoría de la técnica

Siendo desde el falsacionismo sofisticado la preminencia de la teoría a la empírea, es que, en relación a la técnica, nos ha parecido priorizar la teoría de la técnica antes que el acto o procedimiento de la técnica en sí. Más arriba comenzamos a problematizar premisas previas a ciertas intervenciones, en adelante queremos mencionar tres problemáticas principales, aunque por supuesto no exhaustivas, que detectamos podría ser preciso dar desarrollo para la progresividad del campo. Estas problemáticas, que responden a posicionamientos teóricos y determinarán diferentes lugares de intervención para el clínico, están silenciadas en el campo del saber por el pragmatismo reinante –llámese galenismo, profesionalismo tecnificante, mercantilización de la salud pública, inclusión ubicua-. Se tratará de un esbozo en esta instancia, sobre qué es posible entender desde la noción de cotidiano, cómo se determina desde una clínica de lo cotidiano quién es el sujeto de la intervención, y por derivación a esto, cuál sentido otorgar a lo que se ha dado en llamar AT Grupal.

Comenzando por problematizar lo cotidiano, diremos nuevamente –y lo continuaremos en extenso en el capítulo siguiente-, que el encuadre abierto y ambulante para la clínica hipocrática será sustantivo, en cambio para la clínica galénica, será tecnología. A este respecto, parecen también evidenciarlo Pulice y Rossi (1995) al realizar esta primera advertencia de la técnica desprovista del posicionamiento teórico: *“La falta de una teoría específica que la articule a la clínica es reemplazada en forma recurrente por consignas o indicaciones técnicas que, al no estar planteadas en relación a la lógica de cada caso, sino de manera general, funcionan como recetas o clichés.”* (Pulice y Rossi, 1995:12), probablemente ya advertidos por el curso de la transmisión del psicoanálisis en Argentina, que evidentemente en este campo de saber, cobra pleno sentido.

Desde las primeras experiencias de AT se trabajó en lo cotidiano de los pacientes, en el espacio doméstico o público, o como ya mencionamos en el primer capítulo, hubo experiencias institucionales orientadas al trabajo fuera de la

internación. Aunque fue mucho posterior el trabajo de Leonel Dozza de Mendonça (2014) donde elabora ya como concepto la clínica de lo cotidiano (con los antecedentes previos mencionados en el segundo capítulo), es una noción que se incorporó al campo del saber sin demasiadas argumentaciones desde bastante antes; diríamos dado por cierta facticidad entre teóricos y practicantes.

Así las cosas, nuestras principales hipótesis accesorias en este punto, consisten en que: primero, según la concepción teórico filosófica que se apropie el clínico, quedará posicionado respecto a lo cotidiano de diferente modo; segundo, si no se problematiza lo cotidiano como producción cultural, como ficción, se apegará entonces a la noción de realidad y el clínico ubicado desde ahí en el tratamiento de pacientes graves con conflicto con el orden de la realidad, tomará una posición intervencionista. Tercero, aunque podría resultar contradictorio en primera instancia, creemos es necesario esparcir lo cotidiano hacia lo público, aspecto que también se desarrollará en mayor medida en el capítulo siguiente.

De momento, damos cuenta que demarcar un ámbito como cotidiano, resulta difícil si se pretende establecer desde dimensiones físicas, desde características puramente concretas, en tanto cómo sería posible estimar sus límites, ¿Habría lugares de lo no-cotidiano? A razón de esta evidencia, entendemos que es preciso devolver a la idea de cotidiano, el concepto. Si pensamos en que no todo estar en el tiempo y el espacio es habitar, puede haber espacios ordinarios, frecuentados, pero no necesariamente cotidianos, habitados con sentido para el sujeto. Lo cotidiano para nosotros no sería solo lo repetitivo, sino lo sustantivo. Aquel ámbito, y más que ámbito, quizás aquel carácter de la experiencia del sujeto donde cobra sentido lo social. Entendemos así que lo cotidiano no debe homologarse con la realidad, implica alguna cierta, certera, operación de restarse de la realidad, produciendo un efecto, un plus de sentido, una ficción para el sujeto.

Respecto a tomar lo cotidiano como un dato no dado, el trabajo de Luciana Chauí Berlink (2016) donde deconstruye la noción de cotidiano, haciendo referencias históricas a lo cotidiano como organización espacio-temporal de orden productivo (agrario, fabril, de consumo) es una referencia. Lo cotidiano para ella, está dado como control social a partir de la ordenación de tiempo y espacio, a través de normas, valores y especialmente en relación a su carácter de repetición. En situación de malestar subjetivo grave, lo cotidiano resulta ajeno, opresivo, generando enajenación.

Acordando plenamente con la autora respecto a los determinantes históricos y el orden de lo social en la subjetividad, vemos que:

“El cotidiano es el pilar del mundo de la cultura (simbólico) y del mundo de la dominación (de clase, de género, de etnia, etc.)”

“Si pensamos en nuestros acompañados, lo que observaremos es que para ellos, incluso más que para los demás, este cotidiano impuesto desde afuera es un cotidiano opresivo y violento, una vez que el paciente no participa de ninguna de las formas de lo cotidiano (...) No tiene ningún sentido pero se ve obligado a someterse a él.”

“Si el acompañado sufre con esta imposición, es necesario encontrar otra posibilidad; yo diría un otro lugar.” Chauí Berlink (2016: 15).

Esta resolución que sugiere en la última premisa, da lugar al concepto ya trabajado más arriba de placement, por lo que obviaremos repetir las consideraciones, aunque sí nos interesa aquí restituir lo que ella denomina sujeto ético apostando a adscribirse como ciudadano (Chauí Berlink, 2016: 17).

A continuación, presentaremos dos breves ejemplos donde se evidencia en la práctica del AT cómo el acompañado queda subsumido a un cotidiano-realidad ajenos a sí mismos.

“Sonó el teléfono. Me pidieron que por favor fuera para allá. Roberto había prendido fuego el pabellón. Salí disparado. Los ojos se le hinchaban en las órbitas y lo desfiguraban, miraba sin ver, inquieto, estaba aterrado. Lo habían culpado injustamente, no había querido incendiar todo. Había ocurrido después del baño, estaban todos esos cuerpos desnudos... Drácula me tentó... Yo estaba muy mal. Los hombres se bañaban tres tardes a la semana. Uno tras otro iban siendo llamados, y repetían el procedimiento: sacarse la ropa en el pasillo, de un lado la sucia, del otro la limpia; afeitarse, cortarse el pelo, ducharse, secarse, perfumarse, vestirse, peinarse. ¡Qué quiere! ¿Qué quiere que haga! Es como un campo de concentración, acá se bañan todos juntos, están todos desnudos. Se afeitan, se cortan, la sangre... Eso es insoportable...”

Hacía un año que insistía con que querían envenenarlo con gas. Y hacía un año que yo me preguntaba cada vez: «¿Qué significará esto?» Otros directamente le restaban importancia, decían que desde chico arrastraba esos delirios de envenenamientos. Ahora caíamos en la cuenta de que había una pérdida de gas en un caño del pasillo. El gas es más pesado que el aire, baja. Probablemente no se olierá en un ambiente tan grande como el pasillo, pero sí en la pieza de Roberto, que estaba justo frente a la pérdida.

Aquella tarde después del baño prendió el encendedor para espantar al vampiro, la chispa encendió la pérdida, y la llamarada quemó la ropa que estaba en el piso. Los enfermeros confirmaron su relato. En los registros de la historia clínica el suceso quedó asentado como «delirio persecutorio»” Bergliafa y Puente (2008:74-75).

Otro ejemplo:

“La estrategia con Ana consistía en que ella permanecía sola en el colegio, pudiendo llamarme en cualquier momento ante una crisis. En una ocasión la directora me llama

pidiéndome que vaya con urgencia a la escuela. Al llegar, Ana me expresa que se sentía mal, pero que no tenía miedo; al constatar que efectivamente la niña no manifestaba síntomas habituales, se me ocurrió pedir un termómetro para tomarle la temperatura, con lo cual comprobamos que tenía 39 grados de fiebre. Ante esta situación, pero con cualquier otro alumno, se le hubiera tomado la fiebre, se hubiera llamado al servicio médico y a los padres. Con Ana no.” Rossi, C. (2012:216).

En tercer lugar, nos habíamos propuesto plantear la necesidad de extender lo cotidiano hacia lo público, aunque entendiendo en primera instancia, que lo público excede en mucho lo estatal por un lado, y por otro, no es posible acotarlo a ciertos espacios. Para nosotros, la clínica de lo cotidiano, abre a la posibilidad de proponer pensar la lectura de la locura en la vida pública, sacarla del exceso de teorías explicativas psicologista, o en su defecto, como tragedias genéticas, individualista, hegemónicas, colonizadas. Pensar la locura y el malestar subjetivo en relación a lo público, en tanto problemática de salud pública por estar implicada, de alguna manera, en parte de sus series causales y en sus efectos sobre lo social. Lo público posibilita también un sujeto con efectos de ciudadanía. Lo público en el ámbito de lo urbano - como se trabajará en el siguiente capítulo-, nos procura ingresar en todo caso, al ámbito domiciliario, con mayor resguardo para cometer exceso de intervencionismo en el ámbito familiar o de convivientes. El trabajo en el espacio domiciliario privado, tal como lo evidencia Leonel Dozza de Mendonça (2014: 123, 128), es decir, ocupar profesionalmente el espacio privado del otro, no debiera suponer de por sí la primacía del derecho privado en ese encuentro clínico; en todo caso, el at debe sostenerse como intervención política, o sea pública reconociendo ese espacio paradójico en que se instaura. La dirección de la cura, en todo caso –si es posible establecer una coordinada-, será sobre el lazo con lo público.

En relación a este último sentido, Lima Palombini (2006) advierte:

“E mesmo o acompanhamento terapêutico nao está livre do risco de construir a rua como um espaço segregado, um novo dentro absolutizado, como escreve Suely Rolnik (1997), por força de nosso encarceramento nessa espécie de manicômio mental (Pelbart, 1997), que nos acompanha para além dos muros do hospital.” (2006:117)

Lancetti, A. (2008) también refiere:

“Desde a concepcao cartográfica da clínica nossas intervencoes na producao social de subjetividade, ocorrem no territorio do controle, no domicílio e nos vários componentes de producao de subjetividade. Essas intervencoes nos permitem tracar planos, que passem de uma posicao cartográfica para outra.” (2008:119).

A propósito de lo planteado por Lancetti, entendemos que llevar la clínica de lo cotidiano hacia lo público, no exime el trabajo sobre la subjetividad, entendiendo que el sujeto no es una unidad solipsista por un lado, y por otro, que es posible intervenir en diversos planos, a decir del autor desde la clínica cartográfica.

La segunda problemática que nos interesa plantear en relación a la teoría de la técnica, consiste en que el trabajo de la clínica de lo cotidiano, a partir de un encuadre necesariamente abierto y ambulante, deberá considerar quién es, el paciente del AT, el sujeto sobre el cuál se interviene. Esta problemática, que resultará una obviedad en las diferentes clínicas, al trabajar en setting abiertos, al tomar el espacio urbano como encuadre ambulante, resulta no ser tan sencillo. Quienes trabajan de aatt conocen por experiencia, las dificultades que acarrea sostener la tarea ante otros que circulan en el espacio cotidiano de quien fuese identificado como paciente. Ante estos eventos, el campo del AT ha ido pudiendo reflexionar sobre si trabajar con los otros circundantes o si sostener la exclusividad de la práctica clínica para con quien fuese solicitado, salvo excepciones de fuerza mayor, aunque de alta frecuencia. Anteriormente (Tello, 2016 a y c), hemos visibilizado dos recorridos a raíz de cómo se recortan o configuran las prácticas de AT. Por un lado, quienes piensan al paciente individual como foco de sus intervenciones, y aquellos que ante la evidencia cotidiana requirieron ampliar sus intervenciones también para con la familia. Se han preguntado si incluir a la familia⁸ y los otros como entorno, contexto, razón de ser del enfermo; o posteriormente a la escuela, el trabajo, el ámbito judicial, en fin, a lo que luego se dan en llamar especialidades.

Estas circunstancias generan para la clínica tantas anomalías, especialmente en relación a la teoría de la técnica, que hasta el momento se han resuelto o con ajustes ad hoc, con el criterio de ir ampliando los ámbitos, o como interrupciones a la intervención. Siendo estas interrupciones percibidas como contingencias omitiendo los nuevos observables que arrojarían para la clínica. Sin embargo, en la clínica de lo cotidiano, a partir de plantear un cambio conceptual al considerar las intervenciones escénicas, el encuadre concibe ya en su teoría de la técnica, la intromisión y/o

⁸ Véase AT Dual en Bustos, G. (2016:183-193) respecto a modalidades de trabajo familiar.

participación de terceros, estableciendo incluso regulaciones para el accionar del at, partiendo de su reconocimiento. Lo que Leonel Dozza de Mendonça ha dado en llamar encuadre abierto hacia afuera y hacia adentro (2014: 82-87).

Así pues, si la demarcación del sujeto de la intervención cambia, se abre a terceros entendiendo aquellos que ingresan a la escena de lo cotidiano que se recorta - incluyéndose el at mismo-, ordena acciones en la intervención y promueve nueva empírea.

IV.a) Notas sobre el AT grupal.

Habiendo posicionado la apertura respecto del sujeto de la intervención para la clínica de lo cotidiano y de las concepciones a problematizarse respecto a lo cotidiano mismo, es que entendemos se suscita una serie de problemas en lo que se ha dado en llamar AT Grupal. En primera instancia, recuperaremos los textos que recogen estas experiencias, entendiendo que en la práctica clínica son mucho más frecuentes que aquellas experiencias escritas. Razón por la cual, nos proponemos superar las meras descripciones de dispositivos institucionales para pensar problemas de la teoría de la técnica que sustenten esta práctica y en todo caso revalorar su valor para el campo del saber.

Entre los textos que indagan el tema, la mayoría demasiado apegados a las experiencias, y sin referencias a antecedentes, encontramos el primero de ellos en Kuras y Resnizky (1985:103-104) es una breve mención a criterios de grupalidad para el trabajo clínico, pero no advierte respecto a alguna especificidad para ese trabajo en el campo del AT. Luego, en su siguiente texto (Kuras de Mauer y Resnizky, 2003) ocurre algo similar. En el texto "Territorios" hacen más desarrollo de teorías de apoyatura para pensar los grupos, pero son muy breves las referencias al AT. Básicamente, reconocen que son dispositivos propios dentro de las instituciones y centrados en la realización de una tarea que el at ubicado en rol de liderazgo aunque permitiendo cierta lógica de horizontalidad, es quien asegura la realización de la tarea (Kuras de Mauer y Resnizky, 2005:205- 209).

Graciela Bustos (2011) escribiendo un apartado a las autoras anteriores en su cuarto libro, comenta sobre la experiencia de un dispositivo grupal dentro de un

hospital, en que el at sería el referente para los usuarios del mismo no siendo el coordinador, se suma a esta instancia para hacer apoyos individuales a los fines que los usuarios con dificultades de grupalizar, puedan incorporarse más plenamente a la tarea. Se ha utilizado en grupos terapéuticos como de promoción, con algunas leves referencias a ciertas intervenciones que podría realizar el at por fuera de la institución que sean acordes a la tarea grupal, sin embargo, este matiz no es desarrollado.

Al año siguiente, María Laura Frank (2012:181-195) escribe un capítulo dedicado al AT grupal con mayores referencias de antecedentes de artículos presentados en congresos propios del campo, donde postula que:

“Quiero comentar ahora otra dificultad en relación al AT grupal que observo con frecuencia en los espacios de supervisión de las prácticas de A.T. A menudo puedo constatar que, para muchos acompañantes en formación, es como si el AT grupal tuviera menos jerarquía o fuera <menos> acompañamiento al no tener un paciente designado a su cargo. (...) Seguramente esto tiene que ver con lo que mencionábamos más arriba, respecto a la escasa bibliografía sobre el AT grupal. (...) Por mi parte, sostengo que el AT grupal es plenamente acompañamiento terapéutico.”
Frank. (2012:193-194).

En este texto, no se problematiza respecto a ese malestar escuchado en las supervisiones, ni se agregan argumentaciones que justifiquen esa modalidad más que con experiencias eficaces para las prácticas.

Por otro lado, hay una serie de textos de españoles y brasileros donde los AT están pensados exclusivamente para dispositivos por fuera de las instituciones, en varios se toma la modalidad de caminatas y paseos –que retomaremos en el capítulo siguiente-, lo que restablece a la clínica del AT el encuadre abierto y ambulante. Por ejemplo, Andrea Montuori (2012), especialmente en Franca (2009, 2013, 2016), Montuori y Chévez (2016:175-182) y también en La Rosa Mesquita (2004:121-131). Para esta última autora, por ejemplo, estar en grupo no es igual a ocupar el mismo espacio-tiempo con otros, la disposición de salidas y paseos, como una construcción metafórica, o como demora para sostener una conflictividad es la ganancia principal del dispositivo grupal en la clínica en movimiento.

Consideramos más que importante esta demarcación respecto a si el AT grupal se establece dentro o fuera de las instituciones, no solo como limitaciones físicas sino principalmente si se tratará de una clínica montada sobre el cotidiano, sobre un encuadre abierto y ambulante, o no. A razón de esto, creemos que la teoría de la técnica será la encargada de valorar estas prácticas.

Para nosotros, es importante establecer el AT grupal como una práctica que debe someterse a una serie de problemas, que entendemos puedan ser de diversos planos. Por un lado, si venimos refiriendo que el AT trabaja en lo cotidiano, en el sentido arriba trabajado ¿valdría un dispositivo grupal de AT como intervención en lo cotidiano?, ¿cuáles debiesen ser los criterios de inclusión/exclusión y permanencia? ¿estos criterios serían validados desde quiénes en todo caso?; así mismo, si la clínica de lo cotidiano a partir de intervenciones escénicas reconfigura las nociones de sujeto de intervención, ¿qué concepto se requeriría para esta modalidad? Por otro lado, a qué clínica se estaría respondiendo. En principio, consideramos como lo veremos enseguida, que para lograr progresión en el campo del AT no se trata de expandirse a nuevas prácticas y ámbitos, sino en poder establecer principios de su clínica. La necesidad de ajustarse a la clínica de lo cotidiano otorga anclaje a las prácticas.

Para cerrar, sin embargo, para visibilizar la potencia de lo grupal en la clínica, recogemos unas referencias de Antonio Lancetti. Él se interroga respecto a:

“(...) si las principales experiencias de desintitucionalización de la enfermedad mental siempre pasaron por grupos, por propuestas que tenían su viabilización en colectivos, porque la relación entre grupo y locura es tan poco teorizada. El simple hecho – y a la vez complejo – de estar-loco-con-otros es fuertemente continente y terapéutico” Lancetti (2006).

Para un aparato crítico

Este apartado, de importancia crucial para el campo del saber, en tanto lo demarca y permite evidenciar las heurísticas negativas, lo iniciaremos con algunas reseñas para pensar lo específico del AT desde la crítica a justamente, las especialidades. Sin embargo, reconocemos este debiera ser un apartado aún mayor. Algunas otras referencias podrán extraerse en los capítulos y apartados sucesivos, quedando en esta instancia, más un planteo de principios.

V.a) Subespecialización neoliberal

Tal como avanzamos en el capítulo primero respecto a las distintas perspectivas epistemológicas, representadas por sus autores de referencia (Popper,

Kuhn, Lakatos, Feyerabend), a razón de cómo establecían aquello que ingresaba como conocimiento científico, de lo que no; es que recuperamos aquí la lectura de la ciencia fragmentaria:

“La educación científica como hoy día se entiende, apunta exactamente a este objetivo [convertir la ciencia en algo más insípido, informe, simple, reglado]. Tal educación simplifica la ‘ciencia’ simplificando a sus participantes: en primer lugar se define un dominio de investigación. A continuación, el dominio se separa del resto de la historia (la física por ejemplo, se separa de la metafísica y de la teología) y recibe una lógica propia. Después, un entrenamiento completo en esta lógica condicionada a quienes trabajan en ese dominio.” Feyerabend (2015: 3).

Milton Santos, desde el área de la geografía ha propuesto también una crítica a la ciencia. Dicha crítica, a rigor de exactitud, todo un aparato crítico, el cual ha abierto un nuevo programa de investigación para la geografía. Pasó de ser una disciplina complementaria al estudio del territorio, donde el componente humano era un factor de interrelación; a pasar a ser una ciencia social, sin omitir discusiones con las mismas, pero generando heurísticas renovadoras. Veamos:

“Assim, reduzindo seu alcance e fragmentando seu campo de ação, elas se internacionalizam, tornando se incapazes de uma visão mundial e crítica. Os excessos de especialização e a perda de ambição de universalidade são dois aspectos de uma mesma questão e permitem a utilização perversa das ciências sociais.” (1988:8)

“A geografia não escapa a essa tendência. Desenvolvida parcialmente sob o signo do utilitarismo, fundada na economia neoclássica - portanto aespacial -, ela era chamada a negar-se a si mesma. Por isso ela conta entre suas fraquezas o fato de não ter um objeto claramente definido e a pobreza teórica e epistemológica sobre a qual repousa sua prática.” (1988:8)

“Nosso objeto” seria melhor estudado por outros, queixa -se V. D. Dennison (1981, pp. 271)” (1988:9)

“Por outro lado, a geografia, que sucumbiu às alicientes demandas do mundo da produção, não será vítima de uma especialização exagerada?... nos encaminávamos do pluralismo para a licença. Pode-se então dizer, com M. E. Eliot-Hurst (1980, p. 3), que se trata de uma disciplina moribunda? Trata-se, sem nenhuma dúvida, de uma disciplina ameaçada. Mas as ameaças vêm muito mais dela mesma, em seu estado atual, do que das disciplinas vizinhas.” Santos (1988:9).

Estas características de fragmentación, perdiendo la aspiración a una visión compleja o universal, los excesos de especialización sobre el signo del utilitarismo, la indeterminación del objeto de estudio, la pobreza teórica y epistemológica sobre la cual responde su práctica, así como claudicar ante las demandas mercantiles, parece ser el destino del campo del AT.

En el campo específico del AT, hallamos en Araujo (2013) algunos indicios al respecto:

“Quando vemos grupos se fecharem em torno de um saber para fazer dele uma verdade dogmática vemos nascer os especialismos. Quando um saber se diz detentor único e exclusivo de um determinado objeto, excluindo como falsas ou erradas todas as outras intervenções possíveis que poderiam incidir sobre ele, vemos funcionar uma relação onde as técnicas se tornam figuras de hegemonia e de dominação dogmática.” Araujo (2013:26)

Esta postura, que se comprenda bien, no exige sobre la formación técnica sino por el contrario tomarla como objeto de estudio para el clínico, no como algo dado del investigador, del teórico, el cual desciende una tecnología para solo ser aplicada.

También acordamos con Oury, respecto a que: *“(…) lo que pasa es que justamente psiquiatría, psicoanálisis, cirugía, neurología; todos estos son aspectos de una persona. Si no, es como cortar en rebanadas. Siempre he dicho que estas divisiones administrativas – burocráticas son divisiones industriales.”* Oury (2007).

Es evidente que el proceso de subespecialización dentro de las operaciones de organizar y persuadir, es propio de las lógicas de mercado en que ingresan los campos profesionales. En la lógica neoliberal, es justificado que la especialización sea de menor acceso para que se acreciente así el valor del recurso.

A razón de que cada vez más se proponen como avance disciplinar, el desarrollo de especialidades, es que aquí tomaremos dos de ellas para realizar una breve reseña, centrada en las problemáticas que estamos en condiciones de postular, a partir del recogimiento de trabajos del área.

Empezando por el AT llamado Judicial, podemos mencionar que en nuestro contexto local, parecen haber sido de las primeras experiencias de AT dentro de regímenes de visita controlados establecidos por tribunales de familia (Alderete, 2011:119). Estas visitas controladas, cuando no se dan en el ámbito tribunalicio, se solicita un at para realizarlo en alguno de los domicilios de los niños que se encuentren bajo disputa parental, o en algún espacio público. Esta modalidad, llamada AT judicial - si bien no contamos con mayor bibliografía-, en la práctica se ha ido ampliando a otros fueros, como los juzgados de control, de libertad condicional, etc. Sin embargo, en esta breve reseña, nos limitaremos a preguntarnos en relación a las visitas controladas específicamente.

Podemos decir que, estas experiencias, se encuentran al menos localmente, establecidas por un encuadre rígido, ordenado por el juez a cargo, donde se estipulan días, horarios, honorarios y eventualidades. Los escasos textos hallados (Cornaglia y

otras, 2007; Gigante y Giraudo, 2011; Kuras de Mauer y Resnizky, 2011; Alderete, 2011), coinciden a un mismo período de producción y no presentan variaciones conceptuales. Por ejemplo, Kuras de Mauer y Resnizky (2011) lo describen del siguiente modo:

“Judicializar a los niños hoy es moneda corriente. La intervención de acompañantes terapéuticos ayuda en muchas de estas situaciones a preservar el contacto y la continuidad en la relación del hijo con cada uno de sus padres. Desde un lugar neutral, y sin otro objetivo que ayudar a preservar su integridad, estas intervenciones suelen ser muy requeridas en la actualidad. Su inclusión es diferente de la de un asistente social. El AT está especialmente entrenado para contener psicológicamente situaciones de agresión y violencia.” Kuras de Mauer y Resnizky (2011: 118)

Podemos seguir precisando que, para Gigante y Giraudo (2011):

“El AT es el representante de la ley en el momento de la visita, remite a una terceridad que excede a las partes en conflicto” (2011:111).

“En suma, el acompañante desarrolla un hacer basado en la ética del semejante, que se despliega en la forma en que el AT hace.” Gigante y Giraudo (2011: 116).

En estas referencias, encontramos cierta inconsistencia, siendo que hay contrariedad respecto a la ética del semejante y representar la ley para el otro. Dilema que en el mejor de los casos pudiese estar pensada desde la clínica paradójica, pero no es el caso. La problemática de la otredad aquí es clave, puesto que cuál sería la disponibilidad de lo terapéutico cuando se trabaja desde la presentificación de la ley, en sujetos en conflicto justamente con la ley; no sería acaso como trabajar desde representando la realidad en la psicosis.

Si bien los desarrollos como vemos son muy incipientes y están más apegados a ajustes ad hoc, encontramos cierto corrimiento en relación a la denominación judicial, proponiendo que: *“Sugerimos llamarlas visitas asistidas en lugar de controladas, por tratarse de un ámbito de inserción asistencial más complejo y a la vez más productivo que el mero control presencial.”* (Kuras de Mauer y Resnizky, 2011: 119).

Otro desplazamiento, es una experiencia que propone Alderete (2011:121, 122) llamada Casa de Familia, y consiste en disponer un equipo de aatt, una casa a los fines que se realicen allí las visitas controladas solicitadas por la justicia. Refiere al respecto:

“La casa abre la posibilidad de realizar durante las visitas algunas actividades que forman parte del transcurrir cotidiano. Sus instalaciones permiten cocinar, merendar, festejar cumpleaños. El arenero, los juguetes didácticos, las películas se hallan al alcance de la mano para lograr que los encuentros fluyan con espontaneidad. La casa

incluye la posibilidad de traer e incorporar también a las mascotas durante las visitas.” (2011: 122)

En la Provincia de Córdoba, para trabajar en tribunales es requisito, al menos por ahora, el título de psicología y matrícula A (de ejercicio liberal); por lo que en sentido progresivo se trataría de una función, y no un rol como todos los textos lo nombran. Alderete (2011) ubica incluso así, las funciones del AT en este contexto particular (2011:120) en concordancia con los demás textos.

La mayor crítica al respecto para nosotros, en general de estas experiencias es, por un lado, la privatización de un recurso que debiese asegurarse desde el juzgado y para lo cual un campo en proceso de persuasión lo aprovecha; y por otro, en sentido restrictivo, no varían de las intervenciones que habilitado está un profesional psicólogo para el trabajo en el ámbito domiciliario o social.

A propósito del AT Escolar, es aún mucho más demandado socialmente y proporcionalmente las imprecisiones teóricas. Como campo de saber, el AT escolar no ha aportado ni desarrollos teóricos, ni nuevos observables clínicos. Nuevamente encontramos ajustes ad hoc al extremo de indefiniciones absolutas. En tal sentido, por ejemplo:

“Nosotros nos referimos a esta figura como AT, aunque las maneras de denominarlo varían dependiendo del lugar del país que nos encontremos. Podemos escuchar nombrarlo como ‘acompañante profesional no docente’ (APND), en la provincia de Buenos Aires; ‘maestra integradora’ (MI) en la ciudad de Buenos Aires, y ‘maestra de apoyo’, para el nomenclador de prestaciones básicas del Ministerio de Salud, entre otras.” Audisio (2017:36)

“El AT también interviene en los contenidos pedagógicos... con la ayuda del psicopedagogo externo o con el gabinete psicopedagógico de la escuela, se plantean las adecuaciones metodológicas o de contenido.” Audisio (2017:38).

En menor medida, aunque una de las autoras es la misma que recién citamos, y en el mismo año de publicación, Vitelleschi y Audisio (2017) mencionan en cambio, que el at:

“(...) colabora con el proyecto pedagógico y con la adquisición de contenidos académicos de manera secundaria, siendo su principal objetivo la contención y el soporte emocional... quien se ocupará específicamente de la adecuación pedagógica de los contenidos académicos será la maestra integradora.” (2017:133).

Otro ejemplo de indiferenciación: *“La tarea a realizar es la misma, trabajan en equipo para lograr la inclusión del niño en el dispositivo escolar, pero difieren en la*

modalidad de trabajo y en la forma de contratación.” (Sáliche y Ambrosini, 2017:118). Al igualar el at a otros profesionales propios del ámbito educativo, por un lado, se incurre en intromisión de las atribuciones del personal docente, específicamente del docente especial. Y por otro, la problemática de la otredad decanta a una clínica intervencionista, si va a educar, enseñar, corregir, adecuar, etc.

Existen así mismo, otras propuestas para el trabajo del AT en el ámbito escolar (Campise, 2012; Benítez, Del Corro, Machado y Morán, 2016; por nombrar algunas), o incluso extendiéndose a lo educativo (Rossi, C., 2012), donde se acuerda respecto a abstenerse de intervenciones en relación a la enseñanza, y abocarse a la conflictiva socia-vincular que pueda evidenciarse en esos ámbitos. Sin embargo, no está demasiado trabajado ni las especificidades ni las limitaciones de lo que suponen una especialidad. La mayoría de los textos también responden a la primacía de las prácticas. Respecto a la problemática de los desarrollos ad hoc, existe un resumen local (Benítez, Del Corro, Machado y Morán, 2017) que en su totalidad es un excelente ejemplo.

Para concluir a las críticas de especialismo, otredad y desarrollos ad hoc, agregamos una advertencia: “(...) *podemos reconhecer um risco graves consequências neste «acompanhamento salvagem»: surgir a figura do «AT tutor escolar».*” (Gomidez Santos, 2013:148), como disciplinamiento institucional y/o familiar. Baste en este sentido recordar el caso de Lionel expuesto más arriba (Ricci, 2014:109-121).

Sin embargo, hemos hallado un trabajo de Denise De Carlos (2015), que revierte la lógica de incluir el at a la escuela, y problematiza respecto a cómo la clínica del AT, entre otros recursos de lo social, pueden propender a revisionar la escuela y los debates sobre el saber. En este texto, las coordenadas de trabajo sobre un encuadre abierto, ambulante, en lo urbano, con materialidad no se claudicaron, y propuso a partir de la experiencia de un caso, promover nueva empírea –aunque para el ámbito escolar-. Veamos:

“Essa experiência é atual e oportuna para reflexão sobre o tema educação inclusiva. Vimos que o apoiopedagógico que esse aluno recebeu e o AT o ajudaram a retomar seu processo de aprendizado e a progressão de sua escolaridade, que o situou na condição de cidadão e de leitor. Na inclusão, o AT pode apontar as possibilidades de reconexão, ampliação e apropiação dos espaços públicos e privados, urbanos e institucionais por pessoas com deficiência. Isso sugere que a escola precisa recorrer a estratégias que ampliem seus contornos ou até derrubem seus muros; bem como desenvolver práticas educacionais que

privilegiem a construção de redes para a construção de conhecimentos e métodos de ensino flexíveis que valorizem a realidade do aluno. Isso pode facilitar seu acesso ao conhecimento e torná-lo autor da produção de seu saber (...) e outras técnicas podem auxiliar no precioso e complexo processo de inclusão não só escolar, mas também social.” De Carlos (2015: 85-86).

De lo visto hasta aquí, a excepción de esta última referencia que parece derivar nuevas heurísticas, aunque para otro campo disciplinar, podríamos decir que, en definitiva, el campo del AT se encuentra bajo amenaza al subespecializarse.

Sobre cierta especificidad

El AT como campo de saber atraviesa una serie de problemáticas, y algunas aún debiese de afrontar, en principio para desarrollarse como campo que exceda el puro pragmatismo basado en la eficacia de las prácticas, en la persuasión de los transmisores, coordinadores, supervisores, especialistas, en la absorción del exceso en la oferta de practicantes sobre las demandas. Lakatos (1989) plantea que la ciencia se despliega a partir de programas en pugna, el AT debe someterse entonces a la validación aún ya habiendo sido – políticamente – aceptada en la academia.

Argañaraz (2012) nos recuerda que:

“Para Lakatos, el conflicto interno es el estado habitual (...) La ciencia se encuentra en ‘pugna’ constante entre programas de investigación rivales, pugna actual o potencial, ya que, aun cuando un programa puede mostrarse hegemónico en un área de la ciencia, otro estancado puede llegar a confrontarlo y resultar exitoso por distintos motivos.” Argañaraz (2012: 20).

A este respecto es que nos hemos detenido a remarcar la importancia de evidenciar discontinuidades donde otros transmiten lo novedoso, como continuidades, como evolución.

Si bien en el plano del campo del saber, tal como lo hemos recortado, en relación a los textos y producciones de orden público, encontramos que hay un gran desfasaje entre los enunciados y las prácticas; la mayoría de las referencias hemos evidenciado son, por ejemplo, dentro de teorías explicativas psicodinámicas. Observamos así que, aun siendo una práctica emergente, se ha pasado de un programa clínico a uno rehabilitador. Una de las evidencias es la degeneración que provoca la proliferación de hipótesis ad hoc que hacen desde el modelo rehabilitador, tomando las mismas palabras, pero a fines menos progresistas. Otra es sin dudas la

tecnificación profesionalizante. La formalización y profesionalización del AT es el principal obstáculo de estancamiento desde que se constituyó como un saber específico hacia afuera (persuadir), se transmitió como un saber técnico y como un rol profesional (liberal).

La problemática del campo de saber está principalmente circunscripta por los criterios de demarcación a establecer para cierta especificidad. Nos preguntamos entonces, desde el falsacionismo sofisticado, cuál sería el núcleo duro del AT. Partiremos así de la premisa provisoria, respecto a que el AT pueda enmarcarse dentro de un campo disciplinar científico. Si bien establecimos ya, que puede considerarse al AT como reeditando programas de investigación clínicos como el hipocrático y el galénico, y que se encuentra en un estado emergente, no alcanzaría para justificar la premisa. A razón de esto es que optaremos por una premisa más humilde tomando los aportes de Argañaraz (2012):

“Proponemos una conclusión magra que indica que, en la perspectiva de Lakatos, puede concebirse a la Comunidad Científica (CC) – en términos idealizados-, como conjunto discreto, estratificado y especializado, cuya tarea general se orienta a la resolución racional de problemas (...). Así, la primera discriminación a plantearse en la CC es su carácter de conjunto discreto no homogéneo...” (2012:42)

“consideradas estas, la CC que llamaremos CC(L) [lakatosiana], tendría al menos dos estratos diferenciados: investigadores y científicos prácticos, profesionales.” (2012:43)

“Los segundos [científicos prácticos y profesionales], centran su actividad en la aplicación científica, las prácticas curativas en el caso de psicoanálisis, la resolución racional de problemas y el desarrollo tecnológico. Por esto, y por su impacto general en la producción de conocimiento, excluir a los científicos prácticos de la CC no parece razonable. El primer estrato [investigadores] realiza la investigación específica cotidiana, pero también está más expuesto a las inconsistencias y anomalías teóricas, buscando conocimiento nuevo y no necesariamente aplicándolo o desarrollando tecnología.” (2012:43)

“El segundo estrato abomina de complicaciones teóricas, ama el principio de simplicidad y sobre todo no está dispuesto a modificar sus prácticas exitosas fácilmente.” (2012:43)

“(...) lo que denominamos ciencia normal, o un P.I.C. progresivo, conlleva cierta sinergia entre estos dos estratos (...) la ruptura de esta sinergia es una anomalía grave en cualquier campo.” Argañaraz (2012:43-44).

Establecer que no se trata de una ciencia, sino que se encuentra en un estrato de práctica profesionalizable dentro de la comunidad científica, no exime la pregunta por la especificidad. En tal sentido, hemos revisado que en los compromisos ontológicos de cada clínica –declarados en las definiciones-, no resultan siempre razonables en la sinergia esperada entre ambos estratos. Por un lado, por ejemplo, lo propio del AT sería lo cotidiano, pero llegando a subsumir hasta situaciones de

internación agudas como dentro de lo cotidiano, o quedando apegadas a criterios de realidad ajenizables para los acompañados. Por otro lado, algunos establecen en lo fundamental de AT el trabajo en equipo, o cuando menos bajo la dirección de un terapeuta a cargo, al igual que la supervisión. Sin embargo, el equipo es en muchas ocasiones un imperativo que se evidencia siempre como falta en vez de reflexionar sobre las prácticas reales, concretas que se dan sin equipo. Ejemplo de la dogmática al respecto, bien puede ser la Ley de regulación del ejercicio profesional del AT en Córdoba (Ley Provincial 10.393) que establece la obligatoriedad de la demanda del AT por un profesional médico o psicólogo derivante, aunque sin circunscribirlo a la salud mental; por lo cual podría dirigir una estrategia un flebólogo, en vez de profesionales no médicos pero de la salud mental como trabajadores sociales, psicopedagogos, etc. Así mismo, la conformación de un equipo, es la tendencia profesional compensatoria a las subespecialidades neoliberales, y no necesariamente respondiendo a registros propios de la falta ante fenómenos complejos, sino más como soluciones aditivas. Este ideal, esconde también el sesgo de profesionalización liberal y jerarquía profesional (modelo médico y/o psicológico hegemónico), semejante a lo que ocurre en la supervisión. Por lo dicho, el equipo no sería algo propio del AT.

Así pues, si continuamos por la pregunta respecto a cuál sería el núcleo duro del AT, habiendo descartado para nosotros el trabajo en equipo, la supervisión y cierta referencia sobre lo cotidiano, podemos ahora ponderar respecto al objeto de estudio, por decirlo de modo formalizable. Para nosotros, como ya mencionamos, no basta con justificar al AT desde las limitaciones técnicas del psicoanálisis u otras disciplinas, en tanto se desvanecería el campo en la medida que aparezcan técnicas o tecnologías que las aborden con cierto grado de eficacia. Sin embargo, establecer el “objeto-locura” –así en un sentido amplio de momento-, permite por un lado incrementar los campos de saber a convocar, asumiendo la opacidad del fenómeno. Y, por otro lado, restringir la práctica de excesos de patologización de la vida cotidiana, de excesos de inclusión en discapacidad⁹, en definitiva, de excesos de control social – profesional- sobre otros malestares. Esto no es de sorprender en sociedades científico-tecnológicas-industriales, que en el área de salud promueven el auge de

⁹ Entendemos que el mero hecho de tener discapacidad, no amerita la práctica de AT a diferencia de cómo se piensan muchas prácticas y textos, por ejemplo, en Audiso (2017:19).

patologización de las infancias, medicalización de la vida cotidiana, nuevas nosografías de patologías actuales, entre otras, sin problematizar lo cotidiano en que emergen esos malestares. Recortar a quiénes va dirigido el AT parece regresivo, pero será progresivo en la medida que como aparato crítico fortalece el núcleo duro. Se trata también de invertir la lógica que trata al AT como una técnica aplicable a muy diversas situaciones, como recurso maleable, sino que sobre un “objeto- locura” se desarrolla una clínica.

Por lo tanto, de aquí se deriva que entendiendo una clínica para la locura, que deberá ser instalada en lo cotidiano, se dé por acto de presencia y no solo en un trabajo representacional, bajo el principio de minimalismo técnico, con registro de la materialidad de las escenas urbanas.

Recordemos que para Lakatos (1989) respecto a la progresión de los P.I.C., menciona que:

“Esto es, ofrezco criterios de progreso y de estancamiento internos a los programas, y también reglas para la eliminación de programas de investigación completos. Se dice que un programa de investigación progresa mientras sucede que su crecimiento teórico se anticipa a su crecimiento empírico; esto es, mientras continúe prediciendo hechos nuevos con algún éxito («cambio progresivo de problemática»); un programa está estancado si su crecimiento teórico se retrasa con relación al crecimiento empírico;” (1989: 146)

“Digamos que una serie de teorías teóricamente progresiva es también empíricamente progresiva (o que «constituye un cambio de problemática empíricamente progresivo») si una parte de este exceso de contenido empírico resulta, además, corroborado; esto es, si cada nueva teoría nos conduce al descubrimiento real de algún hecho nuevo. Por fin, llamaremos progresivo a un cambio de problemática si es progresivo teórica y empíricamente, y regresivo si no lo es. «Aceptamos» los cambios de problemáticas como científicos, sólo si, por lo menos, son teóricamente progresivos; si no lo son, los rechazamos como pseudocientíficos. El progreso se mide por el grado en que un cambio de problemática es progresivo.” Lakatos (1989:49).

Para nosotros, es preciso que la demarcación responda a una concepción teórica y no legal en tanto regulación de la práctica, o en todo caso secundariamente. Así como para Imre Lakatos (1989): “(...) *más bien la honestidad intelectual consiste en especificar con precisión las condiciones en que estaríamos dispuestos a abandonar nuestra posición.*” (1989: 18), para nosotros entonces sería preciso trabajar sobre la heurística negativa; tanto como demarcaciones del campo del saber, como para limitaciones de la práctica. Se debiera entonces encontrar otras actividades profesionales en el campo de la salud mental que trabajen con pacientes graves en el

ámbito de lo cotidiano para empujar a la clínica de lo cotidiano a reverse o retractarse de su especificidad.

Se reconoce así, la complejidad de sostener la opacidad de los fenómenos de la locura y las paradojas de una clínica que se resista a la protocolización de las intervenciones, a las teorías explicativas dogmáticas y a los especialismos. Al respecto, Carrozzo (1997) menciona que:

“Creio que, se pudermos equacionar a verdadeira dimensao que uma crise psicótica tem, para além do sujeito louco, que abarca na verdade todo o seu contexto de relacoes, enxergaremos que nunca poderemos achar que temos um único modo, apropriado e completo, para tratar a loucura.” (1997:12).

El principal obstáculo epistemológico en el AT es estar subsumida al discurso psi. El AT debería discontinuarse de la psicología, pero de la psicología profesionalista, liberal, colonizada, tecnicista y evolutiva, la actual. En tanto pueda desmarcarse de teorías explicativas ajustadas ad hoc, y se adelante a los hechos, puede generar no solo nueva empírea sino derramar heurísticas al campo de la clínica psi. O en todo caso, será retórica.

A pesar de todo lo ante dicho, *“Lakatos indica que hay que ser benévolos con los P.I.C. nuevos.”* Argañaraz (2012:23).

Capítulo IV

La problemática de lo urbano, otro espacio tiempo para la clínica

En este capítulo partimos de la hipótesis de trabajar la noción de ciudad, calle, espacio público u otras referencias sobre el territorio donde se oponen ambos programas clínicos. En uno, el territorio es fundamento de la práctica y en el otro, la materialidad del contexto o esta silenciada, o es tomada como escenografía, o en un tercer caso, es vista como entidad dada. Estas últimas tres concepciones situacionales del trabajo del at se amalgaman con nociones clínicas adaptacionistas, reeducadoras, rehabilitadoras para sujetos donde su padecer no guarda relación con las circunstancias de lo público y lo social. El programa clínico galénico, da la realidad por sentada y en relación a lo urbano se fusiona con el urbanismo pensado desde arriba, espacios públicos definidos desde el funcionalismo para una sociedad idealmente bien administrada. En oposición, suponemos un programa para una clínica que piensa lo urbano como sustantivo del enloquecer y de la producción de ciudadanía; ambos caracteres a la par.

Este capítulo, intentará primero aportar a una clínica urbana -en particular para cierta práctica del Acompañamiento Terapéutico - algunos apoyos teóricos provenientes de la fenomenología del habitar, del urbanismo con perspectiva americanista y del Derecho a la Ciudad. El propósito será profundizar en la teorización de un campo eminentemente práctico en actual proceso de profesionalización, que permita lograr para sí, mayor racionalidad en sus prácticas en encuadres no hegemónicos. Y, por otro lado, pondrá en discusión los supuestos ontológicos que se le suponen al encuadre cerrado a partir de visibilizar la clínica en que el encuadre se despliega en la ciudad.

Se desarrollará transversalmente sobre tres ejes clínicos: El habitar como modo de existencia del sujeto en relación a lo público, la ciudad como retórica y poética que otorga un plus de sentido al sujeto; y la enunciación peatonal, como apuesta de acto clínico.

Empecemos proponiendo al AT en un sentido específico como campo clínico (psico) asistencial montado sobre una serie de escenas (Dozza de Mendonça, 2014) en un cotidiano urbano singular (De Certeau, 2006) con ciertas y necesarias discontinuidades, tiempos y espacios diferidos. Estos tiempos y espacios por fuera de lo cotidiano de los acompañados, son condiciones de posibilidad, que permiten

dar/cuestionar sentidos, reflexionar sobre los modos transferenciales puestos en juego en las escenas acompañadas y orienten a su vez a las intervenciones. Se podrá tratar de momentos de formación, supervisión clínica, análisis personal; es decir, un pensar en alteridad como condición necesaria para que la práctica clínica de lo cotidiano supere la pura categoría pragmática del estar ahí.

También en un sentido más amplio, pensar al AT como campo emergente desde la ideología de la salud mental en el cono sur, y en tal sentido como movimiento contrahegemónico, como crítica al aislamiento en tanto doctrina de tratamiento, orientada al lazo social y a producir efectos de ciudadanía, como conjunción de diferentes saberes, como una práctica no normativista sobre la locura, sobre los vínculos de a quien/es se acompaña. En definitiva, una clínica respetuosa de los contextos simbólicos y materiales de los acompañados.

Sobre esto último se destaca que, en el AT a diferencia de otras prácticas emergidas del mismo contexto, es una clínica de acto de presencia, de trabajo representacional encarnado, con corporeidad y en muchas más ocasiones de las evidenciadas, de trabajo con objetos presentes en las escenas, en consecuencia, con carácter de materialidad.

Pues, presentado así este campo, ya evidencia que los sujetos de nuestra intervención serán aquellos en que lo cotidiano se les presenta agobiante, disruptor, invalidante y condense ahí un padecer en demasía. Consideramos así mismo, que este debe ser un criterio categórico de inclusión del recurso, caso contrario se incurrirá en patologizar la vida cotidiana, así como seriarse en la lógica actual de prestaciones omnipresentes en discapacidad. Así, encontramos paradójicamente que, el imperativo de salud existente, inmerso en un discurso mercantil, se sustenta en términos individuales, en esmeros que debieran hacerse por el bienestar y a la vez, la exclusión de grandes (nominalmente) colectivos sociales a esas mismas condiciones de bienestar. En esta alienación entre las condiciones de producción del malestar y los tratamientos dispuestos a esos males, discurren las clínicas del AT. En este sentido, lo cotidiano aparece en cierta clínica como ideal de inclusión.

Se trata en definitiva de un capítulo en el que se intentará una elucidación de ciertas coordenadas estructurantes de espacio y tiempo. Pensaremos los problemas en distintas escalas sucesiva y diferenciadamente, a modo de evidenciar los repliegues en los que se puede disponer la clínica; entre las ciudades, los barrios, las

plazas, las casas, los rincones, lo colectivo y lo individual. En definitiva, sostendremos que el malestar y la clínica encarnan las tensiones entre lo público y lo privado.

Sobre lo urbano y el habitar

Partimos de la premisa que el AT trabaja en lo cotidiano, y que ese cotidiano se materializa en un *continuum* espacial que implica diferentes escalas materiales que se sustentan en la organización urbana. Milton Santos (1988) pronto nos previene sobre el trabajo con el espacio: “Falar sobre o espaço é muito pouco, se não buscamos defini-lo à luz da história concreta. Falar simplesmente do espaço, sem oferecer categorias de análise é também insuficiente.” Santos (1988:4). Por lo tanto, desde ya adelantamos las categorías de análisis, que entendemos válidas para una heurística positiva de nuestras ciudades. Ellas son hegemonías culturales de la modernidad y posmodernidad, como colonialismo, capitalismo, patriarcado, racionalismo occidental, la ideología de la normalidad y sus políticas de inclusión, la diferenciación entre lo público y lo privado.

Richard Sennet en su libro *Carne y Piedra* (1997), sobre la historia de las urbanizaciones a partir de los cuerpos que las habitan, comienza con una referencia de Aristóteles: “Una ciudad está compuesta por diferentes clases de hombres; personas similares no pueden crear una ciudad” Sennet (1997:15). La problemática de lo urbano, comienza a definirse en torno a la idea de ciudad y el carácter de creación humana. Su materialidad es determinada por su carácter cultural y su capacidad de alojar la variabilidad, lo otro, en los cuerpos que habitan la ciudad. Sandra Carvalho (2004:56) desde el campo del AT, también coincide con Sennet en evidenciar que la ciudad consta del vaivén de los cuerpos que la habitan.

Podemos pensar que la geografía urbana de las ciudades en que vivimos, está precipitada a partir del manejo del tiempo por la tecnología, de la preeminencia de la velocidad, produciendo una experiencia discontinuista del espacio, una disociación entre el cuerpo – la Carne dirá Sennet- y el espacio. El espacio aparece como teniendo que traspasarse, no como condición del habitar, sino como condición de alienación. Considera Sennet que: “*El espacio se ha convertido así en un medio para el fin del movimiento puro (...) La condición física del cuerpo que viaja refuerza esta sensación de desconexión respecto al espacio.*” (1997:20).

Sostengamos entonces la existencia de una ética posmoderna del espacio en que se ha revertido el habitar de la ciudad, en comunidad, por la funcionalidad estética de sus espacios y la experiencia de velocidad como huida urbana individual y fragmentada. Huida puramente metonímica. Bachelard se pregunta: “¿A qué afuera podríamos huir? ¿En qué asilo podríamos refugiarnos?” (2000:190). El espacio urbano y la inmediatez del tiempo producen toda una política de subjetividad; política que puede problematizarse desde la clínica misma.

La clínica, más aún una cierta clínica del AT puesta como analizador de lo social, de las hegemonías culturales, de las desigualdades, operará en las coordenadas de espacio y tiempo desmarcándose de la ideología adaptacionista como fin último cultural. A propósito de esto, Basch y Finol Benavidez (2012) reseñan:

“Los intentos por parte del mercado de colmar las necesidades dan la sensación de eliminar la finitud, de negar la muerte, la enfermedad, el sufrimiento o el gozar de otro modo y éstas acaban excluyéndose y provocando la nueva segmentación. Marinas (2004) afirma que la nueva cultura es psicotizadora porque <genera sujetos que esperan ser colmados por la omnipotencia de los signos de inclusión>” Basch y Finol Benavidez (2012: 99).

Para Sennet (1997):

“La ciudad reúne a personas distintas, intensifica la complejidad de la vida social, presenta a las personas como extrañas. Todos estos aspectos de la experiencia urbana – diferencia, complejidad, extrañeza- permiten la resistencia a la dominación. Esta geografía urbana escarpada y difícil hace una promesa moral particular. Puede ser un hogar para aquellos que se han aceptado como exiliados del Jardín del Edén.” Sennet (1997:29)

Hemos venido sustentando en capítulos anteriores, que las clínicas pueden sostenerse y reproducir tanto una posición hegemónica cultural como su contrario, como resistencia. A la moral de inclusión que impera en los discursos psi, y muy especialmente en el amplio campo de la discapacidad, podrá oponerse así una moral de los exiliados. El urbanismo contemporáneo ha trazado coordenadas de inclusión social basadas en los discursos de accesibilidad de los discapacitados, en el uso de una ciudad pensada por otros. Esta perspectiva ingenua de considerar la inclusión como la mera eliminación de barreras a una funcionalidad idealizada, desconoce principalmente las disputas de poder que encarnan los excluidos urbanos.

Los exiliados del jardín del Edén de Sennet representan la resistencia a las hegemonías urbana - es decir, los negros, los indígenas, los migrantes, los refugiados,

los pobres, los discapacitados, los locos, las divergencias sexuales, los niños, las mujeres-, no son quienes piensan las ciudades ni los que disponen su urbanismo. Y en todo caso, si ocasionalmente así fuera, no se lo hace desde una representación colectiva.

Lefebvre en el mismo sentido, devela categorías de la ciencia puestas a funcionar en el urbanismo contemporáneo:

“Tras todo ello subyacen determinadas ideologías. El organicismo (según el cual cada sociedad urbana es, en sí misma, un ‘todo’ orgánico), el continuismo (para el cual existiría continuidad histórica o permanencia de la ‘sociedad urbana’), el evolucionismo (tanto los períodos como las transformaciones de las relaciones sociales se paralizan o desaparecen).” Lefebvre (1983:8).

Como trabajaremos en capítulos más adelante, también esto ocurre dentro mismo de la clínica; la técnica de la clínica psi está regida por estas mismas hegemonías culturales.

Queremos entonces evidenciar que, en la trasmisión clínica se ha omitido el estudio del territorio, más allá del lecho o el pabellón hospitalario. Sin embargo, la clínica de la psicosis y de patologías graves, deja rastros para recuperar en sus gestos, la pregunta por la ciudad. Gilberto Safra junto con Cotta (2010) recuperan vivencias en los fenómenos de alienación, que nombran como legítimos destierros:

“Por desterro humano não estamos a nos referir ao exílio provocado por migrações decorrentes de guerras ou situações político/econômico/sociais calamitosas, mas, sim, a uma série de sentimentos e comportamentos vividos pelo indivíduo, originados por sensações de não ter vínculo com o humano e de não pertencimento: a si mesmo, a seu corpo, à família, à comunidade, ao país e ao mundo em geral. Independente da forma como manifeste sua experiência de desterro, o indivíduo está sempre a se viver como um homeless. Não tem para onde ir, não tem para onde voltar. Está sempre à deriva. O que está à deriva é a identidade pessoal, o sentido e o destino da existência. Ainda que presente massivamente na experiência clínica, essa temática não está contemplada nas obras de autores tradicionais da Psicanálise.” Cotta (2010).

Así las cosas, ejerce potencia la figura del ciudadano típico, y ocurre que, quienes acompañamos, no suelen ser representantes de los ciudadanos figurados desde los discursos hegemónicos. La planificación urbana, las formas arquitectónicas, las regulaciones del espacio urbano establecen como un dispositivo, una producción moral de los cuerpos. Aquellos modos de acercarse, las perspectivas en que se disponen las miradas, las resonancias sonoras, los silencios, las voces bajas en los espacios abiertos, los murmullos ensordecedores de los shoppings, el atravesar el espacio en diferentes velocidades –las cinéticas-, las miradas oblicuas en los medios

de transporte, las miradas al infinito en los espacios abiertos, las miradas gozosas a los marginados, la libertad de los rincones; está presente una auténtica geometría de la sensibilidad humana en la ciudad. Nuestros acompañados ponen en tensión principios básicos de la moralidad urbana, sus cuerpos, sus hábitos, sus comportamientos en los espacios públicos, interpelan la ciudadanía.

Nos preguntamos así, qué posibilidades de habitar es posible propiciar y acompañar desde la clínica. Es menester dejar caer la inocencia de creer que circular por la ciudad con los locos represente *per se* a la lucha antimanicomial. Será posible a través del trabajo con los cuerpos, con su apropiación cinética del andar por la ciudad, que podremos fundar otra alteridad - hay que advertirlo-, no menos conflictiva.

Retomando, Sennet nos habilita a dejar de insistir en las posturas inclusivas ideales y altruísticas. Nos propondrá en sus diferentes obras asumir una postura política de resistencia colectiva, aceptar ser exiliados en la propia ciudad y habitar, construyendo otros sentidos a los dados por el funcionalismo urbano y la sociedad administrada. La producción de sentido, en la clínica de lo cotidiano tomando la ciudad en sus espacios públicos - razón de ser de la ciudad-, tratará de gestos sobre lo público desde la subjetividad de cada quien. Estas posibilidades podrán ser puestas a funcionar a partir del recorte de escenas (Dozza de Mendonça, 2014) o situaciones de inconsistencia como plantea Ignacio Lewkowicz (2003):

“La ciudad solo puede ser habitada desde sus puntos de inconsistencia, es decir, de sus situaciones. Los puntos de indeterminación que la vuelven habitable son los puntos en que precisamente al habitarlos produce plus de sentido. Desde ahí, desde los puntos de inconsistencia que la vuelven habitable, piensa el arquitecto por delegación de la ciudad (...) pensarla desde el sesgo de las situaciones urbanas. Allí radicará, nuevamente, la dimensión arquitectónica del plus de sentido.” Lewkowicz. y Sztulwark (2003: 126).

Más aún, refiere: *“...esta operación de conversión arquitectónica no es un dato del objeto sino de la operación de apropiación.”* Lewkowicz y Sztulwark (2003: 58).

Entendemos que en este mismo sentido Analice Lima Palombini dentro del campo del AT, es quien mejor comprende la función de la clínica de lo cotidiano como trabajo en lo urbano:

“A possibilidade criativa de novos lugares sociais é o que o AT intenta produzir em seu passeio por ruas e quartos, desvelando-se aí sua dimensão política revolucionária. A lentidão do seu andar não é o contrário da velocidade, mas escolha (...) É preciso colher cada detalhe desse encontro com a cidade para que, de seus gestos mínimos, de suas quinquilharias, brote a preciosidade poética da criação de um espaço onde a

diferença possa inscrever-se e, em sua diferença mesma, marcar seu lugar no mundo dos iguais.” Lima Palombini, Cabral y Belloc (2005:13).

En cierto AT como en aquella clínica que pretenda tomar como objeto a la ciudad misma en tanto escenario de nuestro cotidiano, escenario que no es mera utilería sino un lugar, un lugar de la existencia, un lugar a habitar, un lugar de exclusión; deberá considerar que apropiarse espacios supone que el sujeto se espacialice en actos y sentidos. Habitar requiere trabajar sobre la materialidad de las situaciones urbanas de inconsistencia. Y este trabajo es con las cosas a la mano. Heidegger en *“Construir, habitar, pensar”* (1997) plantea esta serie de significantes como modos de existencia: *“Los mortales habitan en la medida que se preservan por las cosas mismas cultivando <las cosas crecederas y erigiendo expresamente las cosas que no crecen>.”* (1997:29). Para él, el hombre contemporáneo deviene en tanto transcurra esta serie. Pues ocurre que este preservar-se, como carácter fundamental del habitar no suele estar presente en las instancias típicas de AT, en los sujetos de nuestras prácticas lo cotidiano no es preservado sino agotado, aniquilado, emudecido. Lo cotidiano aquí excede los efectos de disciplinamiento de lo social sobre los espacios y ritmos individuales esperables desde la normatividad.

Tanto la serie a la que refiere Heidegger (1997) como las referencias previas que venimos mencionando, implican partir desde actos en la esfera de lo público. La ciudad y sus efectos de ciudadanía de quienes la habitan están determinadas por la división entre lo público y lo privado.

En la clínica del AT encontramos una preminencia de la circulación por los espacios públicos poco reflexionada. A razón de considerar el espacio público no como mero fenómeno físico tridimensional, sino con carácter comunicativo, es decir con efectos sobre esa política de la subjetividad, Fernández Christlieb (2004) propone lo siguiente:

“Todo lo que existe en el espacio es comunicativo y, al revés de la información, que es una vía de tránsito, la comunicación es una estancia que puede acumular objetos.” (2004:16)

“Los verdaderos modos de comunicación de masas no pasan de cinco, y ninguno de ellos es la televisión, y tampoco ninguno es novedad de nuestro tiempo. El primero es griego y se llama plaza pública, que tiene físicamente la forma de la comunicación, porque es un lugar horizontal, amplio, abierto, y que produjo, entre otras cosas, la democracia; la democracia es estrictamente un estilo de comunicación (...) y en consecuencia, a medida que se alejan de la plaza pública, y su comunicación, por razones espaciales, se va restringiendo, el espacio se va haciendo más privado, y

mientras más angosta y alejada del centro sea la calle, más se pueden hacer cosas privadas, cosas que no son de interés general, como rascarse la nariz, acto que, en rigor, no puede hacer grandes contribuciones al mejoramiento de la democracia.” (2004: 19).

“...las calles forman un área menos pública dentro del espacio público, y es la Edad Media la que se encarga de desarrollarlas, desde la plaza principal (...) La mejor parte de la Edad media, que los renacentistas llamaron gótica para despreciarla, presenta la forma más perfeccionada de la calle hasta hoy en día: hecha sin planos, más bien trazada según las necesidades de la gente de encontrarse y desencontrarse a cada rato.” Fernández Christlieb (2004:18)

En las sociedades urbanas occidentales la vida se desarrollaba principalmente en los espacios públicos. La posterior privatización de los espacios públicos y la ideología de desplazar al espacio íntimo lo importante, es propio de la ideología capitalista y el desarrollo de las sociedades industriales. Sobre esta distinción espacial pero fundamentalmente política entre lo público y lo privado, se estableció otra segregación de espacios de minorías como las mujeres relegadas a lo doméstico, donde lo privado no es un espacio conquistado sino privativo.

“...curioso que desde su mismo inicio se considere a los salones como propios de mujeres, de lo femenino, con lo que se da principio o cuando menos formalización a la separación social entre el hombre y la mujer, entre la racionalidad y la afectividad, y entre lo público y lo privado, de donde resulta la ya gastada ecuación: mujer, sentimental, en su casa.” Fernández Christlieb (2004: 22).

Para mencionar en alguna medida, lo que implica el estudio urbano con perspectiva de género en la actualidad y en nuestro contexto, Ana Falú (2014) considera que:

“Estos aportes, de las activistas y académicas feministas contribuyeron a la comprensión de cómo las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres tiene expresión en las diferentes escalas del territorio, la vivienda, el barrio, el territorio, en las ciudades.” Falú (2014:13).

Para Falú (2014), la necesidad de articular la agenda del derecho de las mujeres con la agenda urbana, supone tres dimensiones: espacio público, seguridad ciudadana y género.

“Uno de los factores que dificultan la <irrupción> plena de las mujeres como ciudadanas en lo público, de la apropiación de estas en las diferentes escalas de territorios, son las violencias que se ejercen contra éstas en los espacios públicos.” (2014:14).

“Cuando se ejerce tras los muros del mundo privado, la violencia casi siempre está dirigida hacia las mujeres; y cuando se expresa en el espacio público, sigue siendo masculina. Sin embargo, si bien la violencia en las calles afecta primordialmente a los

hombres, la percepción del temor ante las violencias es mayor en las mujeres...” (2014:20).

“Hablamos de un miedo que limita su derecho a disfrutar del espacio público y obstaculiza su participación, y que tiene soporte básicamente en sus cuerpos como objetos de dominación. Al momento de concebir ciudades más democráticas, inclusivas de la diversidad, de las mujeres como ciudadanas, es preciso la apropiación por parte de las mismas del territorio, primero el cuerpo que habitamos, para poder hacerlo con otros territorios: la casa, el barrio, la ciudad, el territorio de lo colectivo, de las formas organizadas, de la vida social, política, económica, cultural de recreación, las que precisamos transitar con seguridad.” (2014:20).

“En este marco, Marta Román Rivas (2009) plantea que en Occidente, el miedo coarta el acceso libre de mujeres y niñas al espacio público, lo cual puede ser visualizado desde la misma infancia. Diferentes estudios marcan, como el ser niño o niña posibilita un ingreso a las calles diferencial.” (2014:21).

“La mencionada autora sostiene, que si bien la prohibición de ingreso a lo público no es expresa, la misma asumiría la forma de una renuncia personal, ocultando su carácter colectivo, y con ello la capacidad de intervenir en esa esfera. ... «¿Nuestro miedo es porque asumimos que estamos en un lugar que no nos corresponde?»” (2014:22).

“...el temor de las mujeres a transitar, usar y disfrutar libremente la ciudad se traduce en una suerte de “extrañamiento” hacia lo público, mientras que el espacio privado, aunque las estadísticas muestren lo contrario, continúa siendo percibido como seguro.” Falú (2014:24).

En el espacio doméstico también se relegaron las personas con discapacidad e insanías. En Europa es reconocido el período “Del gran encierro” en establecimientos surgidos alrededor de finales del Siglo XVIII en las principales urbes. Sin embargo, lecturas historiográficas de perspectiva americanista (Sacristán, 2009; 2017), revelan que en nuestro continente no hubo grandes hospicios hasta recién entrado el Siglo XX. Las comunidades americanas, incluso en las grandes ciudades toleraron y alojaron a sus insanos en los domicilios familiares principalmente.

Amén de esto, las casas siguieron siendo un repliegue de lo público.

“... la Edad Moderna se inicia el día que se cerraron las puertas de las casas, aunque no hiciera frío, porque tras ese portazo se funda un nuevo espacio comunicativo: el espacio privado doméstico, o más domésticamente, la casa (...) la arquitectura contemporánea de Luis Barragán repitió poéticamente esta idea: el muro como creación de un sentimiento de soledad aparte.” Fernández Christlieb (2004:19)

“La casa, en su versión fundamental, es una cocina equipada con camas, porque es alrededor de la lumbre donde se gesta su comunicación: <hogar dulce hogar> es ese fuego donde se hace la comida (...) es desde entonces, la plaza pública de la casa, y donde se cocieron entre otras cosas, las ideas del Renacimiento.” Fernández Christlieb (2004: 19,20)

“Sin embargo, después de un par de siglos de vivir entre cuatro paredes, la casa debe resultar muy estrecha para la mayoría, y puesto que ya existían las ventanas con vidrio desde 1180 (...) causándole a la gente la nostalgia por la intemperie y provocando una

necesidad de salir a la calle que empieza como necesidad de relaciones interdomiciliarias. Se instituye entonces la modalidad de invitaciones.” Fernández Christlieb (2004: 20).

A la plaza pública, la casa, las visitas, debemos recuperar otra de las referencias ineludibles para la clínica del AT como son los espacios intermedios entre lo público y lo privado, principalmente los bares. Aquí Fernández Christlieb (2004) reseña su carácter comunicativo:

“...crear un espacio comunicativo inédito, que no sea ni casa ni calle, sino otro, semi-privado y/o semi-público, entre cuatro paredes pero con las puertas abiertas. Ni casa ni calle, por lo que se llamó «casa pública», Public House, mejor conocida por su apócope Pub, que comprende sobre todo los cafés, pero más tarde bares, restaurantes (...) La razón por la cual parece necesario un espacio diferente al de la calle, es que la ciudad ya se ha vuelto demasiado grande y, entre mercantilismo e inmigración, se encuentra demasiado poblada de desconocidos” (2004: 22)

“Hablar de política es siempre controvertido, y de hecho en los cafés se inaugura el debate, la discusión, la polémica como modo específico de comunicación (...) Lo que se pone en el centro del debate es en rigor la cuestión de la sociedad civil (...) los verdaderos acontecimientos políticos se daban en ese lugar, y no en los gobiernos, como lo muestra el hecho de los periódicos, en el sentido actual de la palabra, surgen no solo en ese momento, sino también concretamente en ese espacio (...) ahí eran leídos en vos alta para ser discutidos entre todos y, en buena medida, ahí eran escritos.” (2004: 23)

“Como en el ágora, en los cafés se hace la democracia.” Fernández Christlieb (2004:24)

Una última referencia queremos recuperar de Fernández Christlieb (2004): *“La organización técnica de la sociedad industrial parece querer sacar de lo público y empujar hacia lo privado a los espacios comunicativas de la colectividad”* (2004: 33). Esta advertencia pone en primer plano las disputas de poder que se establecen no en los espacios sino en la espacialidad.

Este incipiente estudio en torno a las ciudades, el habitar y la espacialidad en que nos abocamos, aspira a promover la problematicidad de las premisas con las que venimos trabajando. Es menester seguir revisando si estas categorías constituyen una heurística propiciatoria para la clínica, a este respecto avanzaremos al final del capítulo.

Sostenemos así, que se ha evitado en el campo del AT un estudio racional de nuestras prácticas, basado en pretensiones de ajustes ad hoc de la técnica, a favor de ciertas supremacías teóricas. Nos interesa poner en relieve estas categorías de escala espacial y orden social con las que se trabaja a diario en el AT: la plaza, las

calles, los paseos, las casas, las visitas, los bares, entre otras. Consideramos es lícito preguntarse respecto al uso y las reproducciones que se ejercen en la clínica, aún en la que pretende ser contrahegemónica, reconociendo ya las políticas que imprimen y las condiciones de ciudadanía que promueven. El habitar se despliega así en la tensión entre lo público y lo privado, porque no es otra la tensión en la que entendemos, acontece también el sujeto.

Derecho a la ciudad

Elegimos este concepto para trabajar nuestras problemáticas, justamente porque entendemos que la ciudad no es un ente dado. Lefebvre (1969) desarrolla este concepto para dar cuenta que habitar la ciudad, como ejercicio de derecho se despliega en el ámbito de lo político y en disputas de poder:

“Este librito no se propone solamente pasar por el tema de la crítica a las ideologías y actividades que conciernen al urbanismo. Su objetivo consiste en introducir estos problemas en la conciencia y pasarlos a los programas políticos.” (1969: 16).

“Lo urbano es así, más o menos, obra de ciudadanos, en vez de imposición como sistema a este ciudadano.” Lefebvre (1969: 85).

La imposición desde los administradores de la ciudad más que sobre un ciudadano, se ejerce sobre un homo urbanus, sobre la idea de un sujeto universal. Lefebvre (1969) reconoce tempranamente las segregaciones que se ejercen en la ciudad más allá de las referencias de clase propia del marxismo: *“... de este modo se constituye una comunidad en cuyo seno una minoría de ciudadanos libres ostentan el poder frente a los miembros de la ciudad: mujeres, niños, esclavos, extranjeros.”* (1969: 46). Para Lefebvre la noción de ciudad no es geográfica, económica o social como estamentos, sino fundamentalmente política, introduce una mirada materialista y discontinuista de la producción de ciudades. Su pensamiento sobre lo urbano es de lucha contra el capitalismo; la razón de su estudio de la ciudad no deviene del análisis de las cosas sino de los modos de producción y usos de la materialidad. Aquellos excluidos podrán ocupar la ciudad o desde la mera inclusión adaptacionista o como resistencia. A cualquiera de estas dos - probablemente entre otras modalidades-, facilitarán las clínicas.

La nominación de derecho, con referencia a los Derechos Humanos, que cuentan con legitimidad ideológica desde la posguerra, ha sido ampliamente criticada

desde el pensamiento progresista ante la ineficacia de su práctica y en tanto matriz del pensamiento liberal como nuevo orden social (De Sousa Santos, 2018). Desde aquí es preciso reconocer que el Derecho a la Ciudad ni responde a esta matriz liberal ni pretende un carácter jurídico. En relación a lo primero, David Harvey (2013) aclara:

“Vivimos en una época en la que los derechos humanos se han situado en primer plano como modelo político y ético. Se dedica mucha energía a su promoción, protección y articulación como pilares para la construcción de un mundo mejor, pero acostumbran a formularse en términos individualistas y basados en la propiedad, y como tales no cuestionan la lógica del mercado liberal y neoliberal hegemónica ni los tipos neoliberales de legalidad y de acción estatal (...) Aquí quiero explorar otro derecho colectivo, el derecho a la ciudad.” Harvey (2013:19).

Respecto al segundo criterio:

“En París, Lefebvre entró en contacto con los surrealistas, y a través de su intermedio, con los grupos de artistas que a mitad del siglo fusionaban radicalmente el arte y la lucha política cotidiana. Nos referimos a grupos como CoBrA y la Internacional Letrista. Comenzando así lo que el filósofo definiría como una relación de amor que termina mal. Junto a los situacionistas, sostenía que la ciudad debería recuperar el sentido de fiesta, pero no se refería a <La Fiesta> con mayúscula como aquellos eventos excepcionales que solo sirven para distraer al obrero de su vida alienada, sino como ensueño y alegría cotidiana. Transformar la ciudad en el escenario de una religión civil. Por consiguiente, cuando Lefebvre habla del <derecho> no debe entenderse como una cuestión jurídica, normativa, en realidad se refiere al goce y a la apropiación de la ciudad. Así mismo, cabe aclarar que la apropiación no se asocia en este caso a la propiedad privada. Por el contrario, frente a la ciudad pensada desde el valor de cambio, la ciudad de producción y circulación de capital, Lefebvre propone reinstalar el valor de uso.” Palero (2016: 88).

Para Lefebvre (1969,1971,1983) hay dos formas principales de alienación en la vida moderna, *“la propiedad privada y la que separa la conciencia privada de la vida pública”* (Nuñez y Crovella, 2016:254). Así mismo, Palero sostiene que: *“Lefebvre va a plantear que el carácter urbano de la industrialización se extiende más allá del espacio físico de la ciudad. Constituye un sentido civilizatorio...”* (2016: 87).

El propio pensamiento de la ciudad para Lefebvre (1969, 1983) debe ser cuestionado si responde a la reducción de un saber específico:

“El punto de partida para dar al análisis un criticismo radical, para profundizar en la problemática urbana, será la filosofía.” (1969: 45).

“La ciudad y lo urbano no se reconstituyen a partir de signos de la ciudad, de los semantemas de lo urbano, y eso que la ciudad es un conjunto significativo. La ciudad no es únicamente un lenguaje, sino una práctica. Nadie pues, y no tememos repetirlo y subrayarlo, está capacitado para pronunciar esta síntesis, para anunciarla. El sociólogo o el animador social, ni más ni menos que el arquitecto, el economista, el

geógrafo, el lingüista, el semiólogo. Nadie tiene el poder ni el derecho de hacerlo.” (1969: 118).

“Se trata, pues, de una hipótesis teórica (...) Debe quedar claro, desde un primer momento, que nuestra hipótesis, que se inserta en las llamadas ‘ciencias sociales’, lleva implícita una concepción epistemológica y metodológica. El conocimiento no es necesariamente copia o reflejo, simulacro o imitación de un objeto con existencia real. Lo cual no significa, por otra parte, que la hipótesis defina su objeto obligatoriamente en función a una teoría previa del conocimiento, de una teoría del objeto o del ‘modelo’. Para nosotros, en este caso, el objeto se inserta en la hipótesis, al mismo tiempo que la hipótesis incide sobre el objeto. Si dicho ‘objeto’ se sitúa más allá de lo constatable (empírico), no por ello es ficticio. La sociedad urbana es para nosotros un objeto virtual, es decir, un objeto posible.” (1983:8).

“Contra el empirismo que constata, contra las exploraciones aventuristas, contra el saber despedazado en migajas que se intenta hacernos digerir, nos hallamos ante una teoría que se presenta a partir de una hipótesis teórica.” Lefebvre (1983:11).

Palero (2016) insiste al respecto:

“Lefebvre comparte con los post- estructuralistas el constante ataque hacia las ciencias parcelarias. En efecto, sostiene que la fragmentación de la realidad impide el abordaje de la complejidad urbana” (2016: 89).

“Bajo la crítica de las ciencias parcelarias, Lefebvre va a enjuiciar tres claves de la modernidad: la razón analítica, el Hábitat como categoría y el urbanismo como ideología.” (2016: 89).

El Derecho a la Ciudad, dispuesto originalmente por Lefebvre desde una lectura marxista de clase, en el contexto neoliberal actual, debiera extenderse a otros agentes, como una lucha intersectorial entre empobrecidos y excluidos: *“...el derecho a la ciudad no puede verse debilitado por el estado de disipación de la clase trabajadora, por el contrario, debería verse fortalecida ante la incorporación de los nuevos precarizados urbanos.” Palero (2016: 87).*

Es desde América Latina que se ha recuperado el concepto de Lefebvre, destacando principalmente los trabajos de Harvey (2009, 2013 entre otros).

“... si bien la idea del derecho a la ciudad ha experimentado durante la última década cierto resurgimiento, no es al legado intelectual de Lefebvre (por importante que pueda ser) al que debemos recurrir en busca de explicación. Lo que ha venido sucediendo en las calles, entre los movimientos sociales urbanos, es mucho más importante. El propio Lefebvre, como gran dialéctico y crítico inmanente de la vida cotidiana urbana, seguramente estaría de acuerdo.” Harvey (2013: 8).

“Existe por tanto cierta continuidad entre la polémica situacional de Lefebvre y la obra de quienes ahora pretendemos enfocar el Derecho a la Ciudad desde una perspectiva revolucionaria y no solo reformista.” Harvey (2013:11).

“Reclamar el derecho a la ciudad en el sentido en que yo lo entiendo supone reivindicar algún tipo de poder configurador del proceso de urbanización (...) Desde siempre, las ciudades han brotado de la concentración geográfica y social de un

excedente en la producción. La urbanización ha sido siempre, por tanto, un fenómeno relacionado con la división de clases, ya que este excedente se extraía de algún sitio y de alguien, mientras que el control sobre su uso solía corresponder a unos pocos. (...) lo que significa que el capitalismo produce continuamente el excedente requerido por la urbanización. Pero también se cumple la relación inversa: el capitalismo necesita la urbanización para absorber el sobreproducto que genera continuamente.” Harvey (2013:21).

“El derecho a la ciudad es por tanto mucho más que un derecho de acceso individual o colectivo a los recursos que ésta almacena o protege; es un derecho más colectivo que individual, ya que la reinención de la ciudad depende inevitablemente del ejercicio de un poder colectivo sobre el proceso de urbanización (...) es uno de los más preciosos pero más descuidados de nuestros derechos humanos.” Harvey (2013:20).

“Es un mundo en que la ética neoliberal del intenso individualismo posesivo puede convertirse en pauta para la socialización de la personalidad humana. Su efecto es el creciente aislamiento individualista, ansiedad, la neurosis en medio de uno de los mayores logros sociales [la ciudad].” Harvey (2013:35).

“Cabe esperar que durante el Siglo XXI lleguemos a ver un movimiento coherente de oposición a todo esto. Existen, por supuesto, multitud de luchas y movimientos sociales urbanos (en el sentido más amplio del término, incluyendo los movimientos en la periferia rural), y abundan en todo el mundo las innovaciones urbanas con respecto a la sostenibilidad medioambiental, la incorporación cultural de los inmigrantes y el diseño habitacional de los espacios públicos; pero todavía tienen que converger en el propósito concreto de obtener un mayor control sobre los usos del excedente (por no hablar de las condiciones de su producción). Un paso hacia la unificación de sus luchas, aunque no fuera en absoluto el último, sería el de concentrarse en esos momentos de destrucción creativa en que la economía de acumulación de riqueza se transfigure violentamente en economía de desposesión, reivindicando abiertamente el derecho de los desposeídos a su ciudad, su derecho a cambiar el mundo, a cambiar la vida y a reinventar la ciudad de acuerdo a sus propios deseos. Ese derecho colectivo, entendido a un tiempo como consigna de trabajo y como ideal político, nos retrotrae a la antiquísima cuestión de quién está al mando de la conexión interna entre urbanización y producción y uso del excedente. Quizá, después de todo, Lefebvre tenía razón, hace más de medio siglo, al insistir en que la revolución de nuestra época tiene que ser urbana, o no será.” Harvey (2013:49).

El Derecho a la Ciudad así definido, permite sistematizar la crítica a nuestros modos de existencia. En la ciudad confluyen diferentes grupos de oprimidos que ya no responden a una lectura de clase (proletaria) y que permitirían aunándose en sus reivindicaciones ejercer cambios en el uso de la ciudad, un nuevo sentido común urbano. En esta misma vía, Boaventura De Sousa Santos (2016) explicita:

“Ahora que más de la mitad de la población mundial es urbana, el derecho a la ciudad podría considerarse uno de los derechos fundamentales de nuestro tiempo. No lo es. Para muchos sería preferible no tener que invocar el derecho a la ciudad, otros saben que nunca lo tendrán. Son los condenados a la ciudad. Dos tipos de condenados: los que llegan a la ciudad sin querer y los que están sin poder escoger el modo de estar en la ciudad.

Vivimos en ciudades abismales, ciudades que son atravesadas por una línea abismal que separa dos tipos de ciudad: la ciudad metropolitana y la ciudad colonial. La ciudad metropolitana es la zona de la sociabilidad regulada por la tensión entre regulación social y emancipación social. Es la zona de la sociedad civil, de los derechos y, por supuesto, del derecho a la ciudad. La ciudad colonial es la zona de sociabilidad regulada por la tensión entre apropiación y violencia. Es la zona de la sociedad civil incivil y del fascismo social; no hay aquí realísticamente derechos sino deberes arbitrariamente impuestos; su faz benévola es la filantropía, su faz malévola es la violencia y despojo. En las dos ciudades hay exclusiones sociales, pero en la ciudad metropolitana las exclusiones son no-abismales, se reconocen derechos e igualdad ontológica (estamos en la zona de seres como nosotros). Al contrario, en la ciudad colonial las exclusiones son abismales, no se reconocen ni derechos ni igualdad ontológica (estamos en la zona de seres muy diferentes, inferiores y potencialmente peligrosos y, en todo caso, desechables). Las dos ciudades no se reconocen entre sí a pesar de que muchos ciudadanos ciudadanas atraviesan la línea abismal todos los días. La línea abismal no es territorial ni física. Es una línea sobre modos de sociabilidad y atraviesa por veces el mismo edificio, barrio o calle. Los procesos sociales que producen la línea abismal son el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado, tres modos de dominación moderna que actúan siempre articulados. En la ciudad y sociabilidad colonial viven la gran mayoría de los que llegan porque fueran forzados a viajar. Son los refugiados e inmigrantes sin papeles, son los campesinos y pueblos indígenas expulsados de sus tierras y territorios para dar lugar a megaproyectos, a la minería, a la agricultura industrial. Esta es también la zona de sociabilidad donde viven muchos de los que están hace mucho tiempo en la ciudad y que han perdido la lucha por la sociabilidad metropolitana: los trabajadores en trabajo esclavo o “libre” pero sin derechos, mujeres sujetas a la violencia policiaca, etc. son los recipientes ideales de la ayuda humanitaria y de la filantropía. No tiene derechos humanos pero son frecuentemente objetos de discursos de derechos humanos. El derecho a la ciudad solamente está vigente en la ciudad/sociabilidad metropolitana y su banalidad reside en la mentira creíble de pensar que está vigente en las dos ciudades.” De Sousa Santos (2016: 228-229).

Otra de las referencias para revalorizar el Derecho a la Ciudad es Borja (2016) que plantea:

“Frente a un derecho pervertido desde las ciudades se opone el <derecho a la ciudad> (...) El derecho a la ciudad se confronta con el actual proceso de desdemocratización, es un derecho para contribuir a la redemocratización. No se trata de un retorno al pasado, es posicionarse en un momento histórico que requiere nuevos derechos y más efectivos. El derecho a la ciudad pretende ser uno de los instrumentos para reconstruir la democracia desde las ciudades.” (2016: 326).

Así mismo, David Harvey (2013) a propósito de reclamar la ciudad para la lucha anticapitalista, nombra al Cordobazo y los conflictos en Buenos Aires en diciembre de 2001. Trabaja también un ejemplo de proceso de confluencia entre neoliberalismo del Brasil en los 90 y cierta democratización que logró que, en la constitución de 2001, aparezca el Derecho a la Ciudad como conquista de los movimientos sociales

(experiencia que se recupera como modelo en la City Alliance de EEUU en 2007). Para Harvey: *“La calle es un espacio público transformado con frecuencia por la acción social en un bien común del movimiento revolucionario.”* (2013:115). Incluso la calle no ya como lo consideraba Fernandez Christlieb más arriba en tanto espacio político y comunicativo *per se*, sino considerando las características físicas de las mismas son precisas valorarlas atendiendo a los fines de cambio: *“...la red urbana global, está repleta de posibilidades políticas que no han sido todavía aprovechadas por los movimientos progresistas (...) pero también está claro que ciertas características ambientales urbanas son vías más propicias a las protestas rebeldes que otras...”* Harvey (2013:173). En este sentido, Harvey ejemplifica las luchas indígenas del Alto en Bolivia, pero será propicio reflexionar respecto a cuál es la ciudad a apropiarse desde los movimientos de salud mental desde perspectivas intersectoriales.

Insistimos:

“Por esa razón el derecho a la ciudad tiene que plantearse, no como un derecho a lo que ya existe, sino como un derecho a reconstruir y recrear la ciudad como un cuerpo político socialista con una imagen totalmente diferente, que erradique la pobreza y la desigualdad social y que cure las heridas de la desastrosa degradación medioambiental. Para que esto suceda habrá que interrumpir la producción de las formas destructivas de urbanización que facilitan la perpetua acumulación de capital.” Harvey (2013:202).

“Debemos pues concluir que las cuestiones de los bienes comunes son contradictorias y que por eso siempre hay disputas sobre ellas, bajo las que suele haber intereses sociales y políticos en conflicto. De hecho, como ha señalado Jacques Rancière, <la política es la esfera de actualidad de un bien común que siempre será contencioso>. A fin de cuentas, al analista solo le queda por decidir algo muy simple: ¿De qué lado esta, qué intereses comunes pretende proteger y con qué medios?” Harvey (2013:111).

Reajustando la escala espacial, y a los fines de continuar en la indagación del territorio de nuestras prácticas, queremos hacer particular énfasis en las características propias de las ciudades latinoamericanas en tensión con las ciudadanías que así promueven. Ana Falú (2014, 2015) presenta referencias sobre las ciudades latinoamericanas, dando cuenta de ser la región más explotada y empobrecida:

“Según informe ONU (2012) concentran aproximadamente el 80% de la población, lo cual la convierte en la región más urbanizada del mundo. Al tiempo, se trata de ciudades, las cuales, vistas en su conjunto, son y se mantienen como las más inequitativas del planeta.” (2014:16).

“Estas ciudades de hoy ya no son más lo que eran, en América Latina respondieron al paradigma generando las mayores brechas de desigualdad económica y social,

hecho que se expresa en el territorio en una nueva geografía urbana de fragmentación territorial.” Falú (2015:10).

Carrión Mena (2016) también plantea que: *“La paradoja es que mientras más urbana es la región, menos crecen las ciudades.”* (2016:290). En igual sentido Borja (2016): *“El mundo se urbaniza, la ciudad se dispersa, la ciudadanía se atomiza.”* (2016: 312). Para este último autor:

“La globalización financiera, la economía especulativa, la mercantilización de las sociedades, las políticas desreguladoras y privatizadoras, el ansia por el lucro inmediato, las ideologías del miedo y la obsesión clacista y securizante, la debilidad de los gobiernos locales, el uso perverso de nuevas tecnologías (...) y las complicidades de los profesionales, todo ello ha ido creando un monstruo en lo que fue y aún es el mayor y más complejo producto humano y colectivo, portador de progreso, la ciudad.” Borja 2016: 316.

Tomando como referencia estudios urbanos desde la noción de Sur tal como lo desarrollan las Epistemologías del Sur (ver capítulo 6), Roy hace hincapié en características propias de nuestro contexto: la inequidad en la acumulación del capital y la informalidad en la flexibilidad de los gobiernos.

“Las ciudades del Sur global son en su mayor parte vistas como herederas de una modernidad atrasada, el <modernismo del subdesarrollo> (Berman, 1982), o como aspirantes a imitar y copiar las modernidades euroamericanas.” Roy (2013:173).

“Las ciudades de los países del Sur global, cuando aparecen en la teoría urbana son por lo general incorporadas bajo el signo del subdesarrollo, en el último y obligatorio capítulo sobre <Urbanización del Tercer Mundo> de los libros de texto de los estudios urbanos. Ellas son los sitios en que la acumulación de capital y la gobernabilidad democrática suceden en circunstancias especiales (Stren, 2001:205). Son las megaciudades, repletas hasta el tope, superadas por su propio destino de la pobreza, la enfermedad, la violencia y la contaminación.” Roy (2013:151).

Por el contrario, pensar las ciudades latinoamericanas no como derivación o herederas de las europeas, aunque sin desconocer el carácter de colonización, permitan recuperar experiencias contrahegemónicas, tal como podría ser el AT, para otros territorios. Para Roy (2013):

“La teoría urbana ha estado durante mucho tiempo ocupada con las formas en que los pobres y los marginados actúan frente al poder. Sin embargo, ha sido más capaz de explicar la acción del poder que las acciones de resistencia.” (2013:168).

“... quizás las experiencias distintivas de las ciudades de los países del Sur global pueden generar marcos teóricos productivos y provocadores para todas las ciudades.” Roy (2013: 151).

Siguiendo sus referencias, destaca que:

“Un tipo de ejemplo de la producción del espacio que se destaca es la informalidad. La teoría urbana y metropolitana del <Primer Mundo> es curiosamente muda sobre el tema de la informalidad. O hay una tendencia a imaginar la <informalidad> como una esfera de la desregulación, incluso de la ilegalidad, una actividad fuera del ámbito del Estado, un dominio de la supervivencia de los pobres y marginados a menudo eliminados por la gentrificación y la reurbanización. Sin embargo, un extenso cuerpo de literatura del <Tercer Mundo> proporciona formalidad.

“En primer lugar, la informalidad se encuentra dentro del alcance del Estado en lugar de fuera de éste. A menudo el poder del Estado es el que determina lo que es informal y lo que no es (Portes et al., 1989). Y en muchos casos el propio Estado opera de manera informalizada, obteniendo con ello una flexibilidad territorializada.” Roy (2013:167)

“En este sentido, la informalidad no es una reliquia precapitalista o un ícono de las economías atrasadas. Más bien es un modo de producción capitalista, por excelencia.” Roy (2013:169).

“Esto significa que la informalidad no es un dominio desregulado, sino estructurado a través de varias formas de regulación extra-legal, social y discursiva. En segundo lugar, la informalidad es mucho más que un sector económico, es una <forma> de la producción del espacio (...) El valor diferencial asociado a lo que es <formal> y lo que es <informal> crea el mosaico de espacios valorizados y desvalorizados, que a su vez es la frontera de la acumulación primitiva y la gentrificación. En otras palabras, la informalidad es un dominio completamente capitalizado de la propiedad y es a menudo un muy eficaz “regulador espacial” en la producción de valor y de ganancias. En tercer lugar, la informalidad es internamente diferenciada.” Roy (2013:168)

“... el estudio de la informalidad en América Latina puede decir algo profundo acerca de los regímenes políticos y las políticas en todas las ciudades.” Roy (2013:175).

Y así mismo, consideramos que es en esas trazas de informalidad desde donde pueden sostenerse acciones contrahegemónicas, entre ella la clínica. Pensar lo urbano como propiciador de otros modos de habitar, implica plantear las categorías de regulación de las ciudades, en un trabajo de devenir que pueda incluir nuevas categorías de análisis. Si primeramente Lefebvre basó sus estudios en la segregación de clase, actualmente el estudio urbano está revisando omisiones en torno al género (Falú, 2016:160) como al androcentrismo:

“La prevalencia de los hombres, y especialmente de determinados tipos de hombre – blanco, adultos, de clase media y alta – ha sido tan completa a la hora de definir las formas de vida social, que no solo se ha presentado como la única posible, sino que ha anulado cualquier otro punto de vista alternativo.” Subiratis (2016: 170).

Podríamos agregar, que la ciudad se piensa para un hombre racional, consumidor, productivo, sin discapacidad. Ana Falú (2016) sostiene que: *“La planificación de las ciudades – y su correlativo acceso a los bienes urbanos y su distribución en el territorio – evidencia problemas de orden ontológico y*

epistemológico, al reproducir desigualdades y subordinación en sus políticas.” (2016: 160).

La reflexión sobre la ciudadanía necesariamente, implica estar advertidos sobre riesgo de concebir una ciudadanía alienante; pues, así como se concibe un urbanismo funcional, una sociedad administrada, también se decantará lo que Marin (2009) llama el soldado ciudadano:

“La fuerza material de los cuerpos no queda limitada, sino fragmentada. Esta fragmentación se logra gracias a la ‘organización burocrática del soldado ciudadano’ (Marin, J.C.2009). Así es que el disciplinamiento de los cuerpos – a través de la ciudadanía – se transforma en un poder de la clase dominante, que aísla y produce la ruptura de ciertas relaciones de clases. En palabras de este autor, <la ciudadanía es un ámbito que rompe las relaciones de clase entre los individuos, los constriñe a la docilidad; y por ende, la ciudadanización forma parte del proceso expropiatorio del poder de los cuerpos’. (Marin, J.C.2009:88).” Acebal, Fabiani y Martínez (2016: 143).

Desde los movimientos indigenistas también podemos recuperar lecturas respecto a la ciudadanización de los Estados en América Latina, tal el caso de Viveiros de Castro (2017) en Brasil:

“Eles são <brasileiros>, algo muito diferente de ser <indígena>. Ser brasileiro é pensar e agir e se considerar (e talvez ser considerado) como <cidadão>, isto é, como uma pessoa definida, registrada, vigiada, controlada, assistida — em suma, pesada, contada e medida por um Estado-nação territorial, o <Brasil>. Ser brasileiro é ser (ou dever-ser) cidadão, em outras palavras, súdito de um Estado soberano, isto é, transcendente. (...) Ser cidadão, ao contrário, é ser parte de uma população controlada (ao mesmo tempo <defendida> e atacada) por um Estado. O indígena olha para baixo, para a Terra a que é imanente; ele tira sua força do chão. O cidadão olha para cima, para o Espírito encarnado sob a forma de um Estado transcendente; ele recebe seus direitos do alto.” Viveiros de Castro (2017:4).

En nuestro país, Rodolfo Kush (2000) ubica también cierta alienación contemporánea de nosotros en nuestros territorios; entre una realidad originaria y una ficción derivada de las ciudades:

“La causa de que la ciudad encarne la ficción, no puede ser sino porque una realidad se le opone, la delimita y la desplaza a la periferia de nuestra tierra. Y es que existe un sentimiento aborígen, una verdad propiamente americana que se antepone al resto, a lo que no nació de la tierra, la ficción moral, social, legislativa, política. La realidad implica posesión, apoyo, sentimiento de bienestar, que la ficción no puede dar. En la realidad, la vida parece concluir un ciclo, por el que alcanza su máxima expresión en cosas, objetos y hechos, donde, por decir así, se visualizan.” (2000: 57). “En presencia de este dilema, la conciencia ciudadana opta por la luz y escapa tras de la estructura ficticia de la ciudad, dejando atrás el inconsciente aborígen, que se agiganta y se convierte en la categoría inconfesa de la ficción ciudadana. De este modo queda siempre en primer plano la ficción, con la peculiaridad de ser una copia

infidel de su original europea. (...) por el cual el americano sospecha que aquella no había sido hecha para él, por la simple razón de no corresponder a su vitalidad irredenta.” (2000: 58).

“Como nuestra ciudad no se libera del interior que lo asedia, la escisión entre ficción y realidad se concilia apenas en tanto solución grotesca pero inevitable- en el mestizaje mental.” Kush (2000: 59).

En definitiva: *“El urbanismo, como otras profesiones, determina las condiciones de vida de la ciudadanía. Por lo tanto, sus fundamentos básicos son éticos, humanistas o sociales.”* Borja y Carrión Mena (2016: 20). Entonces el presente proceso de profesionalización al que aspira el campo del AT debiera contribuir desde la salud mental a pensar ciudades y ciudadanías alternativas en su faz prospectiva, o al menos analizar las determinaciones urbanas en su faz reproductiva.

Para una clínica urbana

De inicio, quisiéramos recalcar junto con Palero (2016), que:

“A lo largo de este trabajo, evitamos utilizar la ciudad como sinónimo de lo urbano. A decir verdad, se propone respetar la diferencia planteada en El derecho a la ciudad, donde lo urbano es futuro, inexistente y proyectable, mientras que la ciudad es presente, cotidiana y dialéctica.” Palero (2016: 89).

De igual modo, traemos las referencias de Lewkowicz y Sztulwark (2003):

“...la diferencia de perspectiva entre pensar en la ciudad y pensar en situaciones urbanas. La ciudad es esta instancia propia del urbanismo que codifica, que proporciona una identidad y un lugar para cada cosa. Por el contrario, las situaciones urbanas se organizan a partir del viviente, del habitante aquí y ahora, en la espontaneidad de su hacer en la ciudad.” Lewkowicz y Sztulwark (2003: 115).

De este modo, comenzar a definir una clínica urbana en tanto proyecto a devenir. Para revisar la clínica, una clínica en el territorio de lo urbano, puede ser preciso deconstruir dogmas que se han ido dando en las transmisiones de la clínica psi. En nuestro contexto, por ejemplo, la transmisión del psicoanálisis –referencia principal de la clínica del AT-, ha desatendido o negado experiencias clínicas por fuera del dispositivo de consultorio. Lo que queremos poner de manifiesto aquí (tal como lo planteó más arriba Safra y Cotta, 2010) se trata más de un silenciamiento o direccionamiento en la transmisión que de ausencia de prácticas divergentes.

Freud mismo, cuenta con experiencias de análisis por fuera del encuadre ortodoxo. Queremos trabajar algunos antecedentes a los fines de desmistificar el setting cerrado en la clínica, aunque reconociendo que los ejemplos en adelante no resultan justificativos para dar cuenta de lo urbano, o lo rural, o sobre el espacio público en relación al padecimiento y la clínica, en tanto no se registran esos efectos ni parecen ser las intenciones de la cura en estos casos. En uno de sus historiales, Freud (1992b) refiere:

“En las vacaciones de 189. . . hice una excursión a los Hohe Tauern (...) Me interesó que las neurosis se hubieran propagado a más de 2.000 metros de altura, y seguí interrogando.” (1992b:141)

“...sólo me resta agradecerle que resulte tanto más fácil hablar con ella que con las mojigatas damas de mi práctica urbana, para quienes todas las cosas naturales son obscenas.” Freud (1992b:147)

Tal como plantea Aguirre (1995): *“Los historiales freudianos y sobre todo los primeros, son el testimonio de que Freud, desde los inicios del psicoanálisis hizo de la escena un recurso para la dirección de la cura.”* (1995:59).

Desde los primeros años de auge y trasmisión internacional, las sociedades de psicoanálisis en Europa promovieron la apertura de una serie de consultas dirigidas a excluidos, de atención ambulatoria, incluso visitas domiciliarias (Ann Danto, 2013:26) y gratuita, o de bajo costo, en diferentes ciudades como Viena, Berlín, Londres, Budapest, Zagreb, Frankfurt y se intentaron abrir en otras ciudades como Moscú, Triste, Paris y Nueva York (Ann Danto, 2013). En estas consultas, los ambientes fueron objeto de pensamiento en función de la clínica y no como mera cristalización del encuadre para el control de variables, sino como efecto arquitectónico, como lugares de significación, que acompañaban experiencias de atención a pacientes usualmente desconsiderados.

Por ejemplo, respecto al hospital psiquiátrico de Viena:

“Otto Wagner había diseñado estos edificios con jardines abiertos, galerías, balcones de hierro forjado y rampas similares a plantas que llevaban a las modernas salas de recepción y amplios auditorios para los espectáculos a los que asistían los pacientes y visitantes por igual. No sería sorprendente, entonces, que la innovación arquitectónica pudiera haber engendrado el cambio teórico en el campo de la salud mental.” Ann Danto (2013:148-149).

Sobre el Poliklinik de Berlín, el primer centro psicoanalítico ambulatorio ideado para la atención comunitaria y gratuita, contrastaba mucho con el ambiente médico tradicional:

“Siguiendo las aspiraciones modernistas para el Poliklinik, Eitingon invitó al hijo de Freud, Ernest Ludwig, el arquitecto e ingeniero que se había formado en Viena, junto a Adolf Loos, a planear la distribución física y el mobiliario de la clínica.” Ann Danto, (2013:84)

“...elementos simples y bien elaborados amueblaban la pequeña sala de espera de la clínica, planificada conscientemente para inspirar un sentimiento de comunidad. Ernest había aprendido de sus colegas arquitectos de la Bauhaus y del Gemeindebautende la Viena Roja a diseñar espacios públicos pensando en su efecto terapéutico.” Ann Danto, (2013:86)

Al rededor de la fundación de estas clínicas, se fueron forjando prácticas que luego han sido poco transmitidas, como el trabajo de analistas con grupos de trabajadores, con indigentes, con actividades en las escuelas de la zona, con experiencias en escuelas especiales, con pacientes cardiopáticos producto de la mera (y no desaprovechada) contingencia de compartir sala de espera, entre muchas otras. Si bien estas experiencias en que las sociedades psicoanalíticas se agencian para las discusiones de justicia social de su época no eran montadas sobre el espacio público; lo público, es problematizado igualmente en la clínica, carácter que se fue perdiendo en transmisiones posteriores en nuestros contextos.

Para el campo psi, problematizar la ciudad como parte del trabajo clínico resulta un desafío con pocos apuntalamientos teóricos propios en los que apoyarse, que permitan hacer el paso de la ciudad como puro entorno a considerarlo como un setting abierto y basal de sus prácticas. Lima Palombini (2005, 2009) da cuenta de este proceso en sus prácticas pioneras en el sur brasileño:

“De início, a cidade foi concebida em nosso projeto como palco da clínica, ou como seu elemento acessório, que vinha dar concretude e permanência a conteúdos psíquicos de frágil consistência. Na medida, porém, em que o trabalho avançava, de forma que o AT ia desbravando ruas, cantos, quartos, foi-se revelando a potência contida na interação com cada um dos gestos e objetos que compõem o cotidiano urbano. A cidade, os seus espaços e tempos, em sua rica variabilidade, passou a ser concebida como matéria constitutiva e primeira dessa clínica.” Lima Palombini, Cabral y Belloc (2005:9) y en Palombini (2009: 300).

Estamos visibilizando una clínica propiamente urbana: *“...una clínica que se inserta y opera en el espacio público.”* Lima Palombini (2014:12). Ocupar las calles con una mirada clínica no higienista como lo hace la medicina social con carácter

preventivo o como lo hizo el Trabajo Social en los albores de su profesionalización local (Villareal, 2012). Estas prácticas se contraponen a la clínica del AT contrahegemónica.

En este sentido, y considerando que las producciones brasileñas son casi exclusivamente quienes han pensado la problemática de lo urbano en la clínica, es que abordaremos desde ahí. Vale resaltar que los dos primeros libros de AT en Brasil, y de los primeros en el campo del AT, llevan en su título referencias a la territorialidad de esta clínica: el primero “*La rua como espaço clínico*” (1991) y el segundo “*Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*” (1997). Acordamos con Analice Lima Palombini (2009) en que:

“Podemos notar, contudo, no decurso de tempo que separa a publicação de um e outro dos livros, uma mudança em operação, que já se pode ver nas nuances de seus respectivos títulos. O primeiro deles (A rua como espaço clínico), se traz a rua ao primeiro plano da cena do AT, mantém-na, porém, subordinada aos saberes e à prática da clínica. A cidade, como tal, não é problematizada; litação curso a expressão da singularidade daquele que é acompanhado e sua conexão com as pessoas e os acontecimentos à sua volta. A rua se faz, então, não mais do que uma extensão do espaço da clínica.” (2009: 301).

“No encontro com a rua, a clínica desacomoda-se. O termo <crise>, assim, comendo com o termo <cidade> o título, pode ser referido tanto ao desmoronar de uma subjetividade, requerendo acompanhamento inéditos com que se fazer novos contornos, quanto à desestabilização dos saberes instituídos, aos quais o AT, tocado pela cidade, já não pode mais recorrer sem que neles se produzam transformações. Não será errado afirmar AT no âmbito das três clínicas em que majoritariamente essas produções se encontram referenciadas: Lacan, Winnicott ou Deleuze e Guattari”. (2009: 305).

“Mas há uma terceira acepção (...) abrir-se à cidade ao habitá-la, errar por suas ruas pode ser uma ação de resistência à lógica imposta pela modernidade contemporânea... É preciso que o at se desprenda, então, da cidade em que se reconhece, para que uma outra cidade possa ser habitada, uma cidade que, emergindo do encontro entre acompanhante e acompanhado.” Palombini (2009: 305).

Queremos destacar en estas citas que la ciudad no es aquí un ente dado ni un lugar de inclusión, sino un territorio de apropiación en el acto de habitar por parte del at y cada acompañado. Que el AT pueda ser una operación de disputa sobre la ciudad, un gesto de demarcación sobre la sociedad administrada, una posibilidad de alojar un devenir subjetivo, es opuesto a pensar al at como paseador de pacientes, como entrenador de recorridos de colectivos, como guía turístico de una ciudad ajena, como compañía mejor habilitada al acceso de ciertos lugares. No confundimos en este sentido que algunos de estos modos puedan entrar en el juego transferencial como

semblantes, pero será muy diferente a que sean direcciones de una cura. Al respecto, Lima Palombini (2009) menciona:

“Uma característica bastante peculiar ao acompanhamento terapêutico, ao AT, é o fato de que o seu exercício se dá <entre> lugares, o que pode significar <entre um dentro e um fora>, <entre a casa e a rua>. Com muita frequência, o <at> é solicitado justamente nos casos em que a circulação pela via pública se encontra exíguo de um quarto, em meio a uma atmosfera pesada e asfíxiante. É preciso, então, primeiro, ocupar o quarto, explorar possibilidades e lugares psíquicos, antes que a geografia da cidade (PALOMBINI, 2002, p.64). Mesmo em tais casos, a cidade, a rua, mantém-se, invariavelmente, no horizonte desse trabalho.” (2009: 300).

“Quando pensamos sobre que clínica se faz pertinente ao AT nas cidades de nosso tempo, acreditamos encontrar nos autores que percorremos, de Walter Benjamin a Edson Sousa, uma mesma resposta: é uma clínica que não se dissocia da política, que sonha uma outra cidade e, porque sonha, não abandona suas ruas, não perde a esperança de tornar diferente o laço entre seus habitantes (...) desses obstinados que constroem, a cada passo novo, uma utopia de cidade.” Lima Palombini (2009:310).

Tal como hemos venido introduciendo, la ciudad es principalmente una construcción política, en la cual sus habitantes disputan ciudadanía. Pero esos lugares de ciudadanía no son equitativos, sino que pueden pensarse desde distintas categorías de análisis. La posibilidad de pensar una ciudadanía no normativista desde la clínica de la psicosis, ha sido varias veces trabajada. En esta oportunidad mencionamos brevemente lo postulado por Apollon ya en 1997, incluso en un contexto muy diferente (Canadá):

“El punto que se hace cada vez más inevitable es el de un enfoque de la psicosis que aborde al ciudadano con trastornos psicóticos en la necesidad que tiene de vivir en la ciudad como los demás, buscando por sus propios medios y en virtud de su diferencia, que no son los mismos que los de los neuróticos, cierta satisfacción en la coexistencia, dentro de los límites que la ley le autoriza a él y a los demás.” Apollon (1997:11)

Sin embargo, desde la clínica del AT, encontramos pocas ocasiones en que se precisen lecturas de clase, Antonio Carlos Cesarino (1991) así lo plantea:

“Parece que existe la preocupación con la Calle, que incluso está en el nombre de la Mesa Redonda de hoy, como espacio que es colocado...como espacio particular. Hasta podríamos inventar definiciones de la calle, pero de alguna forma Renata planteó una definición: la calle es el espacio del afuera, es el espacio lejano, del otro lado de aquello que es el espacio de aquí, es decir: no existe el otro; la palabra «otro», mientras ella hablaba de la calle, surgió una media docena de veces más o menos; entonces existe un aquí y un allá, un nosotros y los otros, el espacio que es nuestro y el espacio que es otro, es decir: de alguna forma la calle es el otro espacio, es el espacio del afuera, es el espacio extraño. Es importante pensar que esto es, por supuesto, una postura, una visión que nosotros tenemos, que es una visión de la calle basada en nuestra vivencia de clase media. Para nosotros, de clase media, la calle es afuera, la calle es otro espacio, la calle es el espacio donde no se vive, es el espacio

donde se transita, es el espacio por donde obligatoriamente tenemos que ir para pasar de un lugar definido a otro lugar definido, es el espacio sin definición; es importante pensar en esto. En la calle están las cosas públicas y las cosas públicas son las cosas que de alguna forma nos tocan, a nosotros de clase media, de una manera diferente. Es el espacio de las manifestaciones, es el espacio de la marcha, es el espacio del peligro, es el espacio del atraco, es el espacio donde la gente se mueve de una manera diferente, es otro espacio, otra atmósfera; nosotros no somos pez de esta agua, nosotros vivimos dentro de otro acuario, que es del lado de acá del espacio. Creo que esto es importante que se comprenda porque no es la misma postura si pensamos en las personas que son objeto de preocupación de la Salud Pública, que no son personas de clase media, personas para las cuales la calle es otra cosa, la calle tiene otro sentido. La calle no es..., para la gente de clase baja no representa otro orden, otra estructura, otro lugar que sólo sirve para ir y venir, sino que la calle es el lugar de la vivencia.” Cesarino (1991)

A propósito de lo que hemos anticipado respecto a que la clínica de lo cotidiano, de lo urbano, pudiese llegar a revisar teorías de la subjetividad, en especial en la tensión entre lo público y lo privado, Cesarino (1991) a partir de su análisis de clase, también refiere:

“Esto es importante porque si pensamos en la socialización de esta forma, también podemos pensar así la psicotización y así otras muchas cosas. Todas las cosas pasan a tener una connotación diferente.” Cesarino (1991)

En un sentido menos disruptivo con el orden social, Basch y Finol Benavidez (2012) formulan que: *“...el acompañamiento terapéutico, con el objetivo de que el individuo pueda recuperar la confianza en el espacio público, potencia esas diferencias que tanto se pretende reducir, no recayendo en la confusión entre necesidad y deseo.”* (2012: 100). En ese mismo texto, introducen la relación del otro como desigual, como amenaza y como transmisor de la ley. Sin embargo, destacamos que la noción de desigual es utilizada como analogía de diferente, obviando las disputas en relación al poder: *“...revelan los movimientos que hace el individuo para convertirse en un ser social definido en relación con los demás.”* Basch y Finol Benavidez (2012: 109). El AT sería el mejor dispositivo para ellos por su condición estructural, la del trabajo en lo cotidiano; agregaríamos también, porque ese trabajo es con los otros presentes, con carácter de corporeidad, tal como desarrollaremos más adelante. Asimismo, podemos rápidamente mencionar al respecto, junto con Sandra Carvalho (2004) que: *“Safrá nos ajuda a refletir sobre o sentido de se fazer clínica nos espaços sociais onde se desenrola o cotidiano das pessoas: ... os objetos de cultura, pueden ser instrumentos de intervencao...”* (2004:55).

Para nosotros, siguiendo a Agneray, Loget y Chaperot (2016) una clínica urbana permite pensar el habitar como la marca de la intimidad del sujeto en lo público, como modos de comparecer en lo cotidiano. El trabajo del AT ha ido subsumiendo u homologando categorías en relación al ambiente que será preciso ir despejando. Desde que Leonel Dozza de Mendonça planteó que lo social no es un lugar físico, topológico sino vincular (2000), mal se ha transmitido que la clínica de lo cotidiano (2012, 2014) podría darse en cualquier espacio en tanto haya un vínculo que remita a lo social socializante al decir del autor. Sin embargo, entendemos que esa transferencia conceptual, omite la esfera de lo público; si bien lo social está presente en cualquier escena humana, no así lo público.

A propósito, también de revisar lo social, lo cotidiano y la realidad:

“Sólo algunas palabras más: se habló de la confusión del paciente al entrar en lo social... Lo social es planteado, en cierta forma, como sinónimo de realidad. Cuando el paciente psicotizado entra en lo social, se lía y se confunde con la realidad. Aquí es importante pensar que hay diferentes realidades, o sea: la realidad de la clase media y la realidad de la clase baja, por ejemplo. Cuando se habla del ritmo neurótico del modo de producción de nuestra sociedad, todavía se está hablando de una clase privilegiada que trabaja locamente, neuróticamente etc, que es la clase media (incluso media-baja); cuando se habla de la clase baja, de la clase proletaria, entonces es diferente, pues el ritmo ya no es neurótico, sino psicótico. Se trata de exclusión desde el comienzo. Una persona que tiene que viajar, estar entre tres y cuatro horas, por día, dentro del autobús, para luego trabajar ocho horas, ya está excluida de cualquier otra cosa desde el comienzo; ella pasa ocho horas trabajando, tres o cuatro viajando, ¿Qué tiempo le queda? Esta persona ya está siendo excluida de la misma forma que el psicótico es excluido. Es importante pensarlo; ya es psicótica la situación de la vida. Por lo tanto, el psicotizar explícitamente, el pasar a tener una conducta psicótica, está mucho menos distante de lo real si lo comparamos con la clase media. A veces es la única forma de dramatizar aquello que ya está ocurriendo sin drama.” Cesarino (1991).

Así mismo, acordamos que:

“Los acompañantes terapéuticos, como otros practicantes de la clínica psicoanalítica, no escapan a los atravesamientos planteados por las exigencias que nuestra sociedad plantea. Sabemos también que este problema y la intervención en el mismo no pueden quedar reducidos al reconocimiento del grado de alienación que a cada sujeto le cabría como si la fuente del problema fuera meramente individual. Destacamos entonces la doble dimensión individual y colectiva, que define a todo quehacer crítico (Ulloa, 2011)” López Ocariz y Bessón (2018: 48).

Así como Antúnez (2012) plantea que:

“O AT se originou nas práticas que visaram transformar o tratamento psiquiátrico, contribuindo com uma prática singular e fundamental. Essa modalidade de intervencao clínica nao deve ser vista como secundária, pois é a prática que busca

compreensao das necessidades da vida do paciente em seu ambiente.” Antúnez (2012: 82).

Requiere entonces hacer consistir, no sin conflicto, cierta articulación entre la esfera de lo público y lo privado en la emergencia subjetiva y en los particulares modos de enloquecer y padecer en las ciudades, con una clínica montada sobre el trabajo del habitar. Esta producción, algunos también la han referenciado como una clínica de la proximidad: *“Nous postulons qu’une attention portée aux processus dynamiques d’appropriation de l’habiter soutient une clinique de proximité éclairante sur le plan psychopathologique et thérapeutique, et nourrit le questionnement nécessaire de l’attitude soignante”* Agneray, Loget y Chaperot (2016: 591). Si bien estas referencias piensan la clínica de la psicosis desde la fenomenología del habitar, y abren a nuevos sentidos del trabajo con la locura en su contexto; en este caso, sus prácticas no han podido pensarse más allá de las visitas domiciliarias y no desde la lógica de lo público y lo urbano.

La clínica que trabaja sobre la locura, en especial sobre aquellos padeceres que evidencian inconsistencias en su cotidiano, o imposibilidades del habitar como en las crisis de agitación psicomotriz, tal como lo ejemplifican Agneray, Loget y Chaperot (2016). La clínica que venimos evidenciando montada sobre lo cotidiano, lo urbano y lo público, orientada desde la posibilidad del habitar en los propios contextos de sufrimiento; permite también mayor sensibilidad en el acompañamiento de los ritmos y temporalidades propios de la locura de cada quien. En el capítulo anterior y en relación a las discontinuidades de la técnica, se reflejó las modificaciones del encuadre del AT en su variable temporal, respecto a la frecuencia de los encuentros, la duración de los mismos, los días laborables. En esta ocasión, queremos recuperar la pertinencia del AT para trabajar la temporalidad no del encuadre sino de la clínica misma. Pulice (2014) entre otros, indica que:

“Los diferentes estadios de la psicosis, por otra parte, se caracterizan por presentar cada uno de ellos una temporalidad propia: aquella que domina el momento del desencadenamiento de la crisis, no es la misma que la del trabajo del delirio o la posterior a la estabilización. En cada uno de esos momentos, sin embargo, lo que se revela a cielo abierto es esa otra tempo-espacialidad, propia de lo inconsciente, y no asimilable a priori kantianos.” Pulice (2014:146)

Esta otra temporalidad, requiere ser acompañada en su singularidad. Bessón (2018a) también reseña:

“La decisión de aplicar maniobras y reflexiones a los encuadres acordados inicialmente quizás nos ayude a reconocer que la dimensión de un tiempo supuestamente objetivo siempre queda permeada por los tiempos subjetivos sin que por ello perdamos de vista el ingreso de estos tiempos subjetivos en una legalidad sostenida en una ética de trabajo que proponemos también al acompañado.” (2018a: 69)

“Sabemos que los acompañantes trabajan principalmente en el espacio de la vida cotidiana y en la construcción de ritmos a partir de aquellas acciones que suelen realizarse todos los días. Estos ritmos pueden colaborar con una vivencia de continuidad suficiente que hace que la discontinuidad -de las pequeñas o grandes crisis- no deba ser necesariamente rechazada. Pensamos a la discontinuidad también como resultado de atender a las ganas y posibilidades fluctuantes del acompañado.” Bessón (2018a: 73).

Es posible entonces una clínica que, pensada también desde lo urbano, acompañe en la variabilidad de ritmos subjetivos, materializada en relación a los paseos y los actos de pasaje, evidenciando así discontinuidades con lo público, tal como propone Araujo (2013):

“...é a funcao de passagem referenciada e evidenciada pelo próprio ato de passar (ou passear) pela cidade. Porém se tomamos a passagem como funcao clínica nao é unicamente pelo fato do acompanhamento terapêutico passear pela cidade e sim porque passeando pela cidade ele faz passar algo, e aí, nesse fazer passar algo encontramos a clínica. As passagens de um ponto a outro, sejam eles pontos da cidade, de um discurso ou de um corpo se movimentado num consultório.” Araujo (2013:21)

Se va evidenciando que, estar en lo cotidiano no debiese limitarse a una pragmática del estar ahí, sino que requiere la posibilidad de un plus de sentido para que ese acto, ese pasear por la ciudad sea clínico. Si, “Habitar, para el individuo, es apropiarse de algo. Apropiarse no es tener en propiedad, sino hacer su obra, modelarla, formarla, poner el sello propio.” Lefebvre (1971:210); se requiere también una operación en la ciudad opuesta a la inclusión, es decir, una operación de destotalización. Pensar la clínica desde escenas urbanas indeterminadas como esboza Lewkowicz y Sztulwark (2003):

“Pero aquí el habitar en su dimensión menos ecológica y más humana, invoca la producción de sentido por estar en un lugar destinado a la significación... Habitar es un acto determinante. Pero es posible habitar mediante actos determinantes si el sitio que se habita ha producido una indeterminación capaz de ser determinada por el habitar. Para que pueda suceder tal cosa, es condición el pensamiento de un arquitecto.” Lewkowicz y Sztulwark (2003: 73).

Agregaríamos a nuestros fines que, es condición el pensamiento de un otro, que bien podría ser un clínico desmarcándose de las hegemonías urbanas, propiciando nuevas significaciones en el habitar de la ciudad. Al respecto, prologando un texto de arquitectura, el psicoanalista Julio Moreno (2003) articula que:

“Las coincidencias son, primero, que el corazón de la tarea del arquitecto que propone este libro no consiste en completar una idea, o en suturar las inconsistencias de una situación, sino en detectarlas, desenmascararlas y hacerlas generar sentido... Lo mismo puedo decir de mi práctica: la tarea del psicoanalista no es la de completar nada, sino la de hacer trabajar las inconsistencias para producir subjetividad.” (2003: 31).

“... cierto psicoanálisis se encuentra apoltronado en un saber complaciente o en una ideología de la adecuación.” (2003: 31).

“... no hay proyecto sin fisura. Entonces, si no se percibe fisura, lo que no hay es arquitectura.” (2003: 33).

“... la arquitectura humana parte de un punto de inconsistencia o inadecuación al que detecta, no elimina sino por el contrario señala y hace trabajar para producir sentido.” Moreno (2003: 34).

Proponemos entonces una clínica que trabaje desde las escenas urbanas de lo cotidiano, a partir de las operaciones de destotalización de la ciudad en el habitar con efecto de metáforas, de plus de sentido: *“(...) disputar la capacidad de construir aquellas metáforas que permitan darle a la vida un sentido”* López Ocariz y Bessón (2018:49).

Enunciación peatonal, una clínica a pié

Habrá acuerdo en sostener que gran parte de la clínica del AT, cualquiera de ellas, se realiza en movimiento, sea dentro de espacios más o menos públicos, más o menos privados. Sea circulando, deambulando con el fin de habitar, de espacializar lugares de resistencia, o con los fines de incluir y ajustar un padeciente a su contexto dado; en ambas clínicas el caminar, incluso tal vez más que el hablar, sea el modo principal en que transcurre la clínica. Pero ese transhumar ha estado poco reflexionado. Ya hemos referenciado el AT con la clínica peripatética, con el encuadre ambulante y nómada, con la clínica en movimiento, entre otras. En esta instancia nos interesa detenernos a reflexionar sobre el caminar como acto fundamental de la clínica. Para habitar la ciudad de nuestras prácticas, para establecer otra ética y poética del espacio, debe ser caminada por un cuerpo responsable de su propio andar.

Venimos proponiendo otra clínica posible, para nosotros, una clínica que conmueva. En este sentido, - y si es que venimos del latín-, la palabra conmover es un verbo transitivo que significa perturbar, inquietar, alterar, mover fuertemente o con eficacia a alguien o algo. Proviene del *commōvĕre*, que expresa conmover, poner en movimiento, u otras figuras como suscitar, impulsar, excitar, agitar (R.A.E., 2022). Consideramos que se trata de una clínica que moviliza desde el inicio al proponer no solo otro espacio sino otro ritmo. El hecho simple del caminar opone resistencia a la huida de la velocidad en el transcurrir de la ciudad, establece un tiempo y ritmo diferente. En concreto entendemos se establece un modo de comunicación novedoso e imprevisto para la clínica.

A los fines de establecer cierta elucidación sobre el caminar, recuperamos el trabajo de Peter Stallybrass (2008) sobre el mito de Edipo. Este autor plantea su estudio del caminar como un misterio, para el cual se introduce en el enigma que la Esfinge le da a Edipo. Su nombre – Edipo-, significa justamente pies hinchados.

“O enigma da Esfinge nos faz lembrar que um dos aspectos centrais do ser humano é a possibilidade de caminhar.” (2008:98).

“O enigma da Esfinge chama a atenção para o simples mas profundo mistério do caminhar. A Esfinge nos faz ver a singularidade do caminhar. Não se trata de um elemento constante de nossas vidas.” (2008:87).

“Quem propõe o enigma do caminhar é um ser que não pode caminhar. E também estranho que o enigma seja respondido por um homem que nunca devia ter andado direito. De fato, Édipo vem de uma família cujos nomes sugerem que eram todos mancos ou que sofriam de algum tipo de desequilíbrio.” (2008:88).

“Édipo fosse imobilizado imediatamente após o nascimento: seus pés foram perfurados e pregados ao solo. O enigma de uma criatura que anda sobre dois pés é, pois, resolvido por um homem que tem dificuldades em andar sobre dois pés.” (2008:89).

“Mas é, talvez, precisamente por causa dessa dificuldade que Édipo é a pessoa apropriada para resolver o enigma. Para ele, caminhar não é algo natural: é um problema.” Stallybrass (2008:89).

Según entendemos, el enigma consta precisamente en desnaturalizar el caminar y posicionar su carácter en relación a la otredad.

“Na verdade, o enigma da Esfinge simplifica a dificuldade do caminhar. Quando aprendem a caminhar, as crianças não passam do estágio das quatro pernas para o de duas, mas para o de três. A terceira perna assume, muitas vezes, a forma de uma mão.” (2008:89).

“Absorvemos em nossos corpos a mão auxiliar, a terceira roda, sem a qual agora aprendemos a nos virar, tendo incorporado o sentido do equilíbrio e a segurança que era antes dada pela mão. Talvez o caminhar se faça sempre sobre três pés - mas a

maioria de nós internalizou tão bem o terceiro pé que não estamos mais conscientes dele.” (2008:90).

“Tendo superado o trauma de seu nascimento, Édipo é dipous, bípede. Contudo, no final de Édipo Rei, o tirano bípede, auto-sustentável, será privado de sua capacidade de andar sem auxílio. Cego, como Tirésias, ele precisará da ajuda de uma outra mão para guiá-lo. Em Édipo em Colono, ele é banido da cidade e erra como um vagabundo, cego e em trapos,...Ele precisa da irmã, cuja fragilidade, como ele próprio diz, é a muleta que sustentará seu peso”. (2008:91).

“Mas os humanos podem aprender a caminhar com ou sem sapatos. O mistério do caminhar é o mistério de um "animal bifurcado que consegue ficar em pé (quando consegue) apenas pelo sentido incorporado de equilíbrio que a mão de um outro lhe deu. A dependência da mão de um outro, que aceitamos como sendo algo natural em crianças, é revivida por Édipo, por Lear e por Gloucester como adultos. Édipo, conduzido por Antígona, Lear, por Cordélia, Gloucester, por Edgar, materializam, na ficção do teatro, a precariedade do equilíbrio, a vulnerabilidade do corpo à desaprendizagem da mais simples e mais misteriosa das capacidades humanas: o caminhar.” Stallybrass (2008:100).

El caminar es así posicionado como de lo esencialmente humano, no en tanto evolución fisiológica adaptativa, sino en tanto otredad. La importancia de la mano de otro para caminar, lo establece como acto social. Para nosotros, en los contextos materiales y culturales que venimos desarrollando respecto a las ciudades neoliberales de nuestra América, el caminar como dispositivo de acompañar a otro, parece ser ya un gesto de entereza. En tanto se transcurre a contrapelo de la velocidad actual, de la alienación en el tiempo de traslado, del uso eficaz del tiempo en el capitalismo, de la institucionalización de la clínica, y en contra del evolucionismo occidentalista donde el caminar es retrógrado al desarrollismo civilizatorio.

Muchas de las prácticas de AT ocupan el espacio caminando, el caminar en esta clínica, se torna como una de las actividades de transición entre el espacio público y privado, incluso de creación. En ocasiones salir del espacio domiciliario es construir privacidad, más que salir a la calle se trataría - como dicen ciertas comunidades andinas-, entrar a la calle. Incluso, como lo plantea Gabriel Pulice (2014), la experiencia cotidiana de los ats da cuenta que “la casa – como todo lo que se inscribe en el círculo de lo *heimlich* – puede de pronto devenir *umheimlich*.” (2014: 142). Así las cosas, podemos presumir que en esta clínica hay momentos y gestos de subversión de lo público y lo privado, de nuestras categorías de adentro y afuera. Caminar es el dispositivo por excelencia de estos acontecimientos. Las razones al respecto, no las hemos de buscar aquí, baste con ilustrar el caminar como apropiación material de un territorio y como lazo social en la construcción de una intimidad.

"La clínica en extensión en la que se desarrolla una cura tiene además, la posibilidad de trabajar a partir de actos, ahí se juega una parte importante de sus apuestas. La lógica del proceso primario da espacio a una clínica del acto donde el puro estar ya es un acontecimiento de escucha, un lugar de testigo. Los actos constituyen una dimensión donde es posible llamar al otro, por ejemplo; caminar mientras conversan. Este es ya un evento social donde la soledad empieza a ceder con la aparición de la palabra. Como clínica del acto, la llegada de un AT a la escena en conflicto en una discusión familiar que normalmente acabaría en un pasaje al acto violento; la presencia y la escucha del AT puede invitar al sujeto a apalabrar, a resolver de otra manera la situación; esa función de testigo y articulador es fundamental en el regreso a lo social." Rodríguez Penagos (2018).

Las disposiciones de circulación que permiten las ciudades, aquellos lugares amables de pasear, los lugares incómodos, prohibidos, temidos, re-conocidos, no son lugares dados que se localizan, sino espacios a habitar que se espacializan a partir de las apropiaciones de los cuerpos en su andar. Claro está para nosotros que, si el caminar es un gesto de otredad, su puesta en acto también podrá ser ubicada en relación a la tensión de las diferentes clínicas. Habrá para quienes caminar con los acompañados sea parte de un entrenamiento, de una pura ejercitación, de un imperativo social de salir del espacio privado; pero aquí proponemos el caminar como acto de apropiación de lo urbano, que no podrá darse sin la mano de otro y que ejerce de por sí un plus de sentido.

De Certeau (2006) ha captado de este andar urbano como práctica de un discurso, como ejercicio civil, como apropiación cinética, como sustento físico de redes urbanas a cartografiar y que nosotros queremos recuperar como acto clínico. Se trata de su concepto de Enunciación Peatonal:

"El acto de caminar es al sistema urbano lo que la enunciación (el speech act) es a la lengua o a los enunciados realizados. Al nivel más elemental, hay en efecto una triple función "enunciativa": es un proceso de apropiación del sistema topográfico por parte del peatón (del mismo modo que el locutor se apropia y asume la lengua); es una realización espacial del lugar (del mismo modo que el acto de habla es una realización sonora de la lengua); en fin, implica relaciones entre posiciones diferenciadas, es decir "contratos" pragmáticos bajo la forma de movimientos (del mismo modo que la enunciación verbal es "alocución", "establece al otro delante" del locutor y pone en juego contratos entre locutores). El andar parece pues encontrar una primera definición como espacio de enunciación." (2006:109)

"En el marco de una enunciación, el caminante constituye, con relación a su posición, un cerca y un lejos, un aquí y un allá. Debido a que los adverbios aquí y allá son precisamente, en la comunicación verbal, los indicadores de la instancia locutora – coincidencia que refuerza el paralelismo entre la enunciación lingüística y la enunciación peatonal-" De Certeau (2006:111).

Definir el andar peatonal, nuestro caminar diario, como espacio de enunciación, acerca y despabila a las prácticas de la clínica psi obstinadas en el trabajo representacional desencarnado, a poder operar con nuevos observables sobre el sujeto, respetando sus propios lugares de sufrimiento, sus realidades materiales. En este sentido, habitar no sólo convocará a los acompañados, también a los profesionales a pensarse ante la posibilidad de nuevos acontecimientos y a vigilar mejor los supuestos ontológicos en disputa.

Apostar a la enunciación peatonal como acto clínico supondrá un profundo trabajo que exceda el paralelismo con la enunciación lingüística. Y parte de este mirar atento a la enunciación peatonal tendrá que ver con ir desagregando modos clínicos de enunciarse en el espacio urbano. De Certeau (2006) introduce algunas referencias posibles para ello:

“De la enunciación peatonal que de esta forma se libera de su transcripción en un mapa, se podrían analizar las modalidades, es decir, los tipos de relación que mantiene con los recorridos (o “enunciados”) al asignarles un lugar de verdad (modalidades <aléticas> de lo necesario, de lo imposible de lo posible o de lo contingente), un valor de conocimiento (modalidades “epistémicas” de lo cierto, de lo excluido, de lo plausible o de lo impugnable) o en fin un valor concerniente a un deber hacer (modalidades “deónticas” de lo obligatorio, de lo prohibido, de lo permitido o de lo facultativo). El andar afirma, sospecha, arriesga, transgrede, respeta, etcétera, las trayectorias que <habla>”. De Certeau (2006:111).

Pues no será suficiente tampoco quedarse sólo con este caminar enunciativo, de aquí podrá devenir una progresión para la clínica. De Certeau (2006) en su mirada de la ciudad presenta también pistas técnicas para habitar la ciudad que acompañen la enunciación peatonal. Se trata de una serie de procedimientos de la creatividad cotidiana, “procedimientos técnicos minúsculos”, “tecnologías mudas” como actos microplíticos de resistencia - no de inclusión altruista- que acontecerán, dentro mismo de la ciudad planificada, delante de sí, en el modelaje artesanal e íntimo con las cosas.

Volver al Barrio, por una política de la vecindad

En nuestras sociedades urbanas y neoliberales, el barrio es una de las escalas territoriales quizás más deslegitimadas. Sin embargo, entendemos pueda ser preciso recuperar estos lugares para nuestra clínica psi. Si hemos sostenido el caminar como

acto clínico y de apropiación urbana, entendemos también que los lugares de circulación por donde caminar y habitar, no son neutros.

Las ciudades coloniales en que vivimos, tienden a establecer circulaciones centrípetas que se refuerzan con la mercantilización capitalista de los llamados centros. Por oposición, los barrios son ubicados como zonas de resto o, concretamente de exclusión. Se hegemonizan formas diferenciales de apropiación de la ciudad, en la práctica del AT encontramos innumerables ejemplos de salidas o paseos sin reflexión respecto de cuál es el lazo social ofrecido, por ejemplo, en una salida al shopping.

Poner en consideración la relación con el uso un tanto ajениzado del barrio en nuestra sociedad capitalista donde se valoran los centros de consumo como km 0, como lugares incluso que aparentan ser del orden de lo público. El barrio se vuelve un territorio lejano, se desacredita, se acentúa el adentro/vida privada/domicilio con relación a lo público pero distante. Esta demarcación territorial, también está reforzado por la promoción de la inseguridad urbana sin debate ideológico, como mero acontecer, pero, qué pasaría si ocupásemos las calles. En similar sentido, la distancia simbólica y segmentada de lo barrial coopera al desclasarse de los vecinos.

Ahora bien, para los exiliados de Sennet, es decir gran parte de los usuarios de salud mental, recuperar el barrio como intervención para territorializar el padecer y desinstitucionalizar la locura es una vía legítima. Si las ciudades coloniales centralistas establecen vínculos de inclusión-exclusión societaria, será posible proponer desde el trabajo de apropiación con el barrio una otra política de la vecindad. El establecimiento de redes de conocidos, la facilidad/accesibilidad en la circulación, la oportunidad de trazados divergentes que entran en juego en este recorte de la ciudad. Estas consideraciones permitirán trabajar en la escala de lo barrial el límite público/privado, no solo como estructura fundadora del barrio, sino como escena de la dialéctica subjetiva.

Para De Certeau (2006):

“Ahora bien, el barrio es, casi por definición, un dominio del entorno social puesto que es para el usuario una porción conocida del espacio urbano en la que, más o menos, se sabe reconocido. El barrio puede entenderse como esa porción conocida del espacio público en general (anónimo para todo el mundo) donde se insinúa poco a poco un espacio privado particularizado debido al uso práctico cotidiano de ese espacio.” (2006: 8. v2).

“El barrio es el término medio de una dialéctica existencial (en el nivel personal) y social (en el grupo de usuarios) entre el dentro y el fuera. Y es en la tensión de estos dos términos un dentro y un fuera que poco a poco se vuelven la prolongación de un

dentro, donde se efectúa la apropiación del espacio (...) se resume en la suma de trayectorias iniciadas a partir de su hábitat. Más que una superficie urbana transparente para todos o estadísticamente cuantificable, el barrio es la posibilidad ofrecida a cada uno de inscribir en la ciudad una multitud de trayectorias cuyo núcleo permanece en la esfera de lo privado.” (2006:10. v2).

“Debido a su uso habitual, el barrio puede considerarse como la privatización progresiva del espacio público.” De Certeau (2006: 10. v2).

A este último respecto, nos interesa situar que, tal como lo entendemos aquí, lo público no es sin un sujeto, pero un sujeto apropiándose de lo público no lo hace su propiedad privada, sino que constituye algo del orden de lo propio. Para nosotros, el barrio puede considerarse así, como apropiación progresiva del espacio público.

A propósito de lo planteado más arriba respecto al ritmo y la temporalidad que habilita una clínica a pie, De Certeau (2006) también refiere:

“La práctica del barrio introduce la gratuidad en lugar de necesidad; favorece una utilización del espacio urbano no determinado por su uso únicamente funcional. En última instancia, pretende dar el máximo de tiempo a un mínimo de espacio para liberar las posibilidades de deambulación.” De Certeau (2006: 12. v2).

Continuamos:

“Me quedo sobre todo con la proposición, capital para nuestro avance, de Henri Lefebvre, para quien el barrio es <una puerta de entrada y salida entre los espacios calificados y el espacio cuantificado>. El barrio aparece como el dominio en el cual la relación espacio/tiempo es la más favorable para un usuario que ahí se desplaza a pie a partir de su hábitat. Por consiguiente, es ese trozo de ciudad que atraviesa un límite que distingue el espacio privado del espacio público: es lo que resulta de un andar, de la sucesión de pasos sobre una calle, poco a poco expresada por su vínculo orgánico con la vivienda.

Frente al conjunto de la ciudad, atiborrada de códigos que el usuario no domina pero que debe asimilar para poder vivir en ella, frente a una configuración de lugares impuestos por el urbanismo, frente a las desnivelaciones sociales intrínsecas al espacio urbano, el usuario consigue siempre crearse lugares de repliegue, itinerarios para su uso o su placer que son las marcas que ha sabido, por sí mismo, imponer al espacio urbano. La banalidad cotidiana de este proceso, compartido por todos los ciudadanos no deja de ver su complejidad como práctica cultural ni su urgencia por satisfacer el deseo <urbano> de los usuarios de la ciudad.” De Certeau (2006: 9. v2).

Si bien resulta interesante a un trabajo en el campo de la salud mental las referencias a las nociones de usuario y deseo urbano; consideramos en relación a esto que, en las ciudades nuestras, no resultaría justa la posibilidad de concebir un deseo urbano como un deseo universal, puesto que se silenciarían así las políticas de exclusión propias de la constitución de las ciudades.

Así mismo:

“Luego, el barrio es el espacio de una relación con el otro como ser social, que exige un tratamiento especial. Salir de casa de uno, caminar en la calle, es para empezar el planteamiento de un acto cultural, no arbitrario (...) siempre se trata de una relación entre sí mismo y el mundo físico y social; es la organizadora de una estructura inicial y hasta arcaica del sujeto público urbano mediante el pisoteo incansable por el cotidiano (...) de una dialéctica constitutiva de la conciencia de sí que adquiere, en este movimiento de ir y venir, de mezcla social y repliegue íntimo, la certeza de sí misma como algo inmediatamente social.

El barrio es, así mismo, el sitio de un pasaje a otro, intocable porque está lejos, y sin embargo reconocible por su estabilidad relativa, ni íntimo ni anónimo: vecino. La práctica del barrio es desde la infancia una técnica del reconocimiento del espacio en calidad de espacio social.” (2006: 11. v. 2).

“...el espacio urbano se vuelve no solo objeto de un conocimiento, sino el lugar de un reconocimiento.” (2006: 11. v2).

“... la práctica del barrio es signo de una táctica que sólo ocurre junto con <la del otro>... por lo cual el usuario verifica sin cesar la intensidad de su inserción en el entorno social.” (2006: 12. v2).

“En estricto sentido, el sujeto <poetiza> la ciudad: la ha rehecho para su propio uso...” De Certeau (2006: 12. v2).

La ausencia actual de la vivencia de vecindad, no hecha por tierra su importancia subjetiva y colectiva, sino que la fundamenta, puesto que la ausencia es efecto de nuestros procesos de habitar cada vez más fragmentados en que nos encontramos.

La clínica que estamos pensando, requiere al estudio transferencial, simbólico, representacional de la otredad para cada quien, un trabajo sobre el carácter público de una clínica para la psicosis, montada sobre una política de la vecindad. Tal como menciona Dozza de Mendonça (2014): *“...de que el vecino está situado en una posición arquitectónicamente estratégica para representar la encarnación de una <otredad> que amenaza y debe ser puesta bajo control o destruida.”* (2014:68). Puesto que cualquier at ya está advertido desde sus primeras coordenadas en lo cotidiano al respecto, pudiera ser un trabajo prioritario propiciar otra política de la vecindad.

Premisas consecuentes

Hemos planteado hasta aquí, que la clínica básicamente a pie, en especial la práctica de cierto AT, aquel que ponga a discutir los fundamentos de una clínica de lo cotidiano, sus posibilidades de un setting abierto y deambulante, deberá tomar a la ciudad – nuestras ciudades latinoamericanas-, como conflicto y renunciar a la ciudad

como lugar de inclusión. Puesto que las ciudades son experimentadas por los cuerpos sufrientes a partir de la diferencia, la complejidad y la extrañeza, será necesario aceptarse entonces como exiliados de aquella ciudad pensada, para habitar desde el cultivar, el erigir y el pensar, una ciudad heterogénea pero encarnada, apropiada en cada paso del caminante, enunciándose en su andar, moldeando cosas, estableciendo cercanías y alteridades novedosas, promoviendo retóricas a partir de inconsistencias urbanas, metaforizando escenas. En definitiva, una clínica que al conmover despliegue el acontecer del sujeto en la tensión entre lo público y lo privado. Problematizar los espacios públicos -o semi públicos, visibilizados como públicos solo por los incluidos en él-, en tanto que, en una sociedad basada en el capital, la propiedad privada es la principal grieta por la cual se definen las adaptaciones o alienaciones de los sujetos. Aquellos que se adaptan, invisibilizan las luchas internas y segregan lo ajeno, aquellos que encarnan lo ajeno, no serán solo desde la visión de los adaptados, sino que sobrellevan en el cuerpo, en los modos de habitar el territorio la propia lucha. Cuando las segregaciones están desposeídas de sentido se perpetúan en silencio, como malestares de ausencia. En los sujetos de nuestras prácticas, son contadas las veces en que los usuarios pueden decir sobre su segregación territorial, la mayor parte de las ocasiones somos testigos, damos testimonio de ese malestar como otros, soportamos la carga de la mirada social normalizadora, cuando no caemos aliadamente en ella. Como clínicos debemos también poder reflexionar sobre cuál es el impacto de las políticas urbanas – administración de espacios semi públicos, flujos de circulación, espacios públicos, distribución y jerarquización de propiedad privada-, en la subjetividad, en los modos de habitar la ciudad, en definitiva, en la producción de ciudadanía.

Consideramos así, que el pensamiento sobre la ciudad es posible de ser conmocionada desde una clínica del AT. Mapear el trazado de las circulaciones en las clínicas actuales del AT, arriesgamos, develaría las hegemonías que hemos venido trabajando.

La clínica del AT en el trabajo urbano en lo cotidiano, pudiese bien subvertir las lógicas de cientificidad occidental, de objetivismo, control de variables en el ambiente, demarcación patente del objeto de estudio, protocolización metodológica. Desinstitucionalizar la clínica hegemónica y territorializar el conflicto debiera ser la tarea. Podría pensarse como clínica urbana si no fuese porque lo urbano pareciese

devenir en una cierta especialización disciplinar (geografía urbana, antropología urbana, etc.) condición que abogaría en una parcelización de la ciencia. Preferimos pensar en una clínica que sin perder de vista la necesidad de tomar lo urbano como categoría óptica, o de momento, de situaciones de inconsistencia urbana, acontezca en una clínica a pie.

Capítulo V

La problemática de la materialidad de las cosas en la clínica psi

En este apartado se continúa trabajando sobre las hipótesis del capítulo anterior en relación a lo urbano y el espacio, es decir, contraponer que en el campo del AT hay dos clínicas en pugna y cada una de ellas concibe las referencias al territorio de forma opuestas. Así como para una clínica intervencionista las referencias al espacio público y lo social son adicionales al problema de la salud mental y la locura; para la otra en cambio, serán de fundamento. Lo propio de este apartado, evidenciará en menor escala el problema de la materialidad, ya no en relación al espacio público, sino respecto al trabajo con las cosas, a espacios de mayor intimidad y propios de los acompañados. Al trabajo con la cercanía. Entendiendo que: *“Los cambios entre público y privado no son cambios de tema, sino cambios de lógica, de estética, de palabras y de imágenes.”* Fernández Christlieb (2004:53). La materialidad en sentido amplio ha sido colada en varios de los capítulos hasta aquí, proponemos ahora una forma novedosa para este campo de hacer existir la materialidad a través de las cosas mismas.

Consideramos así la necesidad de otorgar un apartado especial para poner en debate la cuestión específica respecto a la materialidad debido a que no se cuenta con referencias en la bibliografía propia del AT. Más aún, se intentará evidenciar cómo es posible definir y disponer el trabajo con las cosas en el marco de la puja entre clínica galénica y clínica hipocrática. Reconocemos que este capítulo será quizás el de menor desarrollo, nos dispensamos por lo dicho anteriormente; pero se prevé aportará para una necesaria subversión del trabajo exclusivo del mundo de las representaciones, al trabajo con la presencia y las cosas como simiente de la clínica del AT. Ciertamente será preciso un pasaje de pensar las relaciones objetales, a objetos en las relaciones clínicas y cotidianas. Así las cosas, esperamos poder en todo caso, aportar a la abertura de una nueva deriva en el campo del AT.

La emergencia de las cosas

La clínica psi ha priorizado el trabajo casi exclusivamente a nivel de lo simbólico, incluso específicamente a partir del lenguaje en su modo hablado. Esta

priorización de determinadas condiciones culturales previas para el trabajo en el campo psi, se ha ido hegemonizando como la vía más legítima hasta llegar a ser casi la exclusiva. Sin embargo, no ha sido proporcional ese énfasis en el trabajo intelectual con las premisas metafísicas que esto le implica. La demarcación no explicitada en el campo psi, deja por fuera a aquellos que no cuentan con lenguaje en el sentido de locución, o ni siquiera lo han desarrollado, o han decidido retirarse del lenguaje común, o subvierten los principios del discurso y sin embargo, son quienes más requieren la práctica del AT.

Contrariamente a esto, la práctica del AT se encuentra inundada de experiencias y sensibilidades de carácter material. Esta condición que pudiese fácilmente resolverse en un sinfín de recursos técnicos compensatorios de las supuestas fallas simbólicas, nos demanda primeramente a deconstruir esas supuestas y tradicionales condiciones previas, por un lado; y por otro, ocuparnos sobre el trabajo con lo material.

Comenzamos por evidenciar el sesgo occidentalista¹⁰ que supone la primacía cultural del trabajo con la palabra. Stallybras (2008) lo plantea en términos sociológicos, pero esta misma matriz se reproduce incluso con más fuerza en las ciencias sociales y humanas, y especialmente en las profesiones liberales que basan sus prácticas en encuentros de consultas habladas. Veamos brevemente, Stallybras (2008) plantea que:

“E apenas, acredito, num paradigma cartesiano e pós-cartesiano que a vida da matéria é relegada à lata de lixo do «meramente» - o mau fetiche que o adulto deixará para trás como uma coisa infantil, a fim de perseguir a vida da mente. Como se a consciência e a memória dissessem respeito a mentes e não a coisas, ou como se o real pudesse residir apenas na pureza das idéias e não na impureza permeada do material.” Stallybras (2008:30).

Aunque breve, esta cita nos da la oportunidad de apreciar aquí varios aspectos sobre lo material. Por un lado, cómo en nuestra cultura occidentalista se prioriza el lenguaje y lo mental como criterios de evolución subjetivos y de la especie¹¹. Las ciencias sociales y en especial la Psicología como ciencia y como profesión ha abogado esta premisa. Compartimos con Safra (s/d) que: *“Il n’est pas rare de trouver dans la psychanalyse un certain préjugé contre la considération de la matérialité du*

¹⁰ Trabajaremos más sobre los sesgos occidentalistas y la clínica en el capítulo siguiente.

¹¹ En el sentido ya trabajado en el capítulo dos.

monde et de l'expérience humaine, sur l'argument que l'élaboration symbolique est exempte de la matérialité et de la sensorialité des choses." Safra (s/d:1). Por ende, se desprecia lo material como cosas en sí y solo cobran valor – simbólico- cuando ingresan a un valor de mercado, dando lugar así al segundo de los sesgos que más adelante evidenciaremos, el capitalista.

Siendo posible recuperar la historia de los objetos en el occidente moderno, encontramos que son invenciones y como tales, configuran nuevas realidades. Se puede considerar que los inventos responden a necesidades sociales, pero también es posible pensar a los objetos como tecnologías, donde ellos disponen modos sociales y subjetivos no previstos aún por el humano que los construye, posee o utiliza. Al respecto, queremos mencionar, aunque sea concisamente, el trabajo que realiza Fernández Christlieb (2002) sobre aquellas premisas metafísicas de orden occidentalista que disponen el tratamiento de la materialidad. Trabaja particularmente sobre la sinergia entre la producción humana de objetos físicos y conceptuales con la emergencia de los sentidos de la percepción como creación también cultural para él. De este trabajo, y en esta oportunidad solo nos interesa retomar los datos a lo que alude a una cierta historia de los objetos materiales en occidente. Puede seguirse con Fernández Christlieb (2002) como ejemplificación, el hilo de elucidación que realiza sobre el surgir de los objetos de guardado. En este tipo de objeto de uso cotidiano encontramos un primer gesto de privatizar, en el doble sentido de hacer un uso privado, personal y privativo, y en el mejor de los casos de apropiación del sujeto. Entre los objetos de guardado, el objeto más representativo de la Edad Media es el cofre: *"...se trata de un mueble, sin compartimentos, en donde se guardan sin orden todos los enseres"* Fernández Christlieb (2002:11). El cofre es un objeto en que se resguarda un tesoro, los objetos dentro de él conservan mística, propio de ser aún incipiente, la diferenciación racional entre sujetos y objetos; lo que él denomina un estado de frenesí.

A partir de la proliferación de clasificaciones en la ciencia por el 1500 con Belon y Linneo, del surgimiento de enciclopedias universales del Siglo XVIII, de la Psicología de las facultades, de la numeración de las casas en Londres, del aumento en las producciones de objetos domésticos, entre otros; surgen los cajones como recurso clasificatorio cotidiano. Aparece la cómoda, y refiere: *"El viejo cofre es in-cómodo. Así como las amas de casa clasificaban cuchillería que ya contaba con tenedores y*

cucharas, papelería y accesorios varios, así también se ha creado una suerte de cómoda conceptual que desata el gusto clasificatorio de la sociedad moderna" Fernández Christlieb (2002:13).

Ya a comienzos del Siglo XIX, y de la mano de la industrialización, surgen innumerables objetos de posesión que dan lugar a la llegada de un nuevo objeto de guardado:

"De la lista interminable se pueden entresacar, a parte de la locomotora a vapor, la fotografía, la luz eléctrica o la caja registradora, otras como la comida enlatada, la navaja de rasurar, los lentes de contacto, la aguja hipodérmica, la salsa catsup, los corn klakes, los baños, la goma de los timbres postales, los cerrillos, la margarina y el pavimento de las calles, o sea, que casi todos provienen del siglo XIX, salvo el bolígrafo que, como si fuera electrodoméstico, ya es del siglo veinte. El XIX es un siglo repleto de objetos y fascinados por ellos, gracias a los cuales el ciudadano promedio pudo poseer tantos adornos como Luis XV, de manera que la saga cofre-cajón-cómoda hace una evolución para dar paso a la vitrina". Fernández Christlieb (2002:15)

Lo propio del Siglo XX en relación a los objetos de guardado, modifica sustancialmente su matriz, pues la preocupación ya no se centra en los objetos materiales sino en los virtuales, en el guardado de datos informáticos. Dice Fernández Christlieb (2002): *"La acumulación de objetos y novedades que venía encarrerada desde el siglo de Descartes, alcanzó su grado de saturación en algún día del siglo XX, en 1984 por ejemplo, para que no se haya equivocado Orwell"* Fernández Christlieb (2002:17).

La acumulación de objetos materiales en crecimientos exponenciales, ha provocado luego de la saturación un retorno al vacío. Según el autor: *"El vacío vigesémico se interpreta a menudo como aburrimiento, tedio, sinsentido, cinismo, depresión y hueco en la boca del estómago, y se intenta llenar desesperadamente con más objetos de consumo y con consumo de objetos fumables, bebibles, inyectables, inhalables y «sniffables»."* Fernández Christlieb (2002: 18).

Las sociedades modernas y capitalistas, basadas en la división de sujeto y objeto, establecen un marcado distanciamiento con los objetos, aunque luego pretendan recuperarlos por la vía del consumo. Convierte al sujeto sin embargo en un desposeído. Pero aquello que se recupera, ya no será la relación significativa del sujeto en un mundo de cosas, sino una relación de posesión del sujeto sobre la cosa. Stallybras menciona que: *"A oposição radicalmente desmaterializada entre o «indivíduo» e suas «posses» (entre sujeito e objeto) é uma das oposições ideológicas centrais das sociedades capitalistas."* Satllybras (2008:44). Y agrega: *"Rodeados*

como estamos por uma extraordinária abundância de materiais, seu valor deve ser incessantemente desvalorizado e substituído.[...] acumular coisas não significa darlhes vida. ” Stallybras (2008:14).

Este autor nos propone ir a contrapelo para pensar las cosas, profundizando en el carácter material de las mismas. Para él, los objetos son en sí mismos -y con los otros-, formas de habitar los espacios. Incluso podemos pensar que hay objetos que son lugares en sí porque configuran toda una existencia: una cama, un puente, un árbol, un banco de plaza, un rincón como veremos más adelante. En la clínica del AT, en cualquiera de ellas con mayor o menor reconocimiento al respecto, encontramos momentos en que las cosas de los acompañados nos hacen obstáculo. Estos obstáculos las más de las veces, o son despejados de lo supuestamente importante para una clínica centrada en lo simbólico, o quedan en referencias a proyecciones de los acompañados: ir siempre a la misma hamaca, la distribución de los muebles en una casa, la ausencia de sillas para alguno de los convivientes, o de puertas en los baños, o de timbres en las entradas, o de ropas extravagantes.

Sobre este último aspecto, para Peter Stallybras (2008) la ropa misma, toma un carácter que la excede en su trama concreta. Hace un trabajo minucioso respecto a ropas, memorias y posibilidades de alojamiento para el sujeto, ilustrando sus referencias sobre el saco, el abrigo del propio Karl Marx en sus tiempos de escritura de *El Capital*.

“A mercadoria com a qual Marx começa O Capital—o casaco — tem apenas uma tênue relação com o casaco que o próprio Marx vestia em suas idas ao Museu Britânico para pesquisar material para escrever O Capital. O casaco que Marx vestia entrava e saía da casa de penhores. Ele tinha usos bem específicos: conservar Marx aquecido no inverno; distinguilo como um cidadão decente que pudesse entrar no salão de leitura do Museu Britânico. Mas o casaco, qualquer casaco, visto como um valor de troca, é esvaziado de qualquer função útil. Sua existência física é, como diz Marx, fantasmática.” Stallybras (2008:41).

“Para Marx, assim como para os operários sobre os quais ele escreveu, não havia «meras» coisas. As coisas eram os materiais — as roupas, as roupas de cama, a mobília — com os quais se construía uma vida; elas eram o suplemento cujo desfazer significava a aniquilação do eu.” Stallybras (2008:80).

Fue justamente la aniquilación del yo, en varias de sus formas lo que ocurrió en los procesos de colonización, esclavitud y empobrecimiento por países europeos; y es también el proceso que continúa a partir de la actual hegemonía cultural como sesgo colonialista en que habitamos. Stallybras (2008) plantea incluso que el fetichismo, como concepto de las ciencias modernas, y apropiado en el campo psi,

deviene como una argumentación del colonialismo portugués para justificar el apego de los africanos a sus objetos. El sujeto europeo fue constituido a través de la degeneración del objeto, en oposición a un demonizado fetichismo de barbarie. *“Ao atribuir a noção de fetiche à mercadoria, Marx ridicularizou uma sociedade que pensava que tinha ultrapassado a «mera» adoração de objetos, supostamente característica das religiões primitivas”* Satllybras (2008:46).

En otro orden de referencias ya no sociológicas, sino de carácter filosófico y específicamente respecto a meditaciones ontológicas, David Lapoujade (2018) reflexiona sobre la entidad cosa, el mundo de las coseidades y el psiquismo que las representa. Para hacer justicia con el autor, debemos adelantar prontamente que el carácter representacional del psiquismo al que él se refiere, ya evidencia ser de un orden secundario a la cosa misma, por lo tanto no estará reflexionando en conceptualizaciones idealistas. Tampoco hace emanar de las cosas un sentido completo para el sujeto al que la cosa lo interpelaría. Comencemos con algunos criterios que va definiendo:

“A su turno, la cosa tiene una forma bien propia de posicionarse como existente, completamente distinta a la del fenómeno. ¿Qué es una cosa? ¿Cómo hace una cosa para existir en tanto cosa? Como el fenómeno, ella se manifiesta, pero, a diferencia de este último, persiste a través de sus diversas manifestaciones.” Lapoujade (2018:25).

El carácter de permanencia de las cosas, aquel mismo que percibió Stallybras por ejemplo, respecto a la capacidad de conservar la forma de los cuerpos en la ropa y albergar memoria, aquí lo hace depender mucho más del psiquismo con el que se imbrica, sin dejar de ser uno (el psiquismo) o la otra (la cosa):

“Hay una cosmicidad del mundo de las cosas, una organización, diversos sistemas de conexiones que aseguran su estabilidad, a diferencia del mundo cambiante de los fenómenos cuyas organizaciones arquitectónicas son evanescente, pero, paradójicamente, esta permanencia de las cosas no les es inherente, sino que proviene de los psiquismos.

*En efecto, mientras que el fenómeno solo debe su manera de existir a sí mismo, la cosa debe su estatuto de cosa al psiquismo que la piensa y sitúa a la vez su unidad, su identidad y su cosmicidad. Hace falta un pensamiento para mantener la cosa en la existencia.”*Lapoujade (2018:27).

Pero la necesidad de un psiquismo para hacer existir y permanecer la cosa, tampoco debiese confundirse con puro animismo, porque:

“Dicho de otro modo, el pensamiento está condicionado por la cosa que él mantiene en la existencia, la cual, a cambio, le da su base propia.

Esto implica que el modo de existencia del pensamiento es finalmente de la misma especie que el de las cosas.” Lapoujade (2018:28).

Continúa: *“...uno existe por las cosas que nos sostienen, así como las cosas que existen se sostienen por nosotros, en una edificación o una instauración mutua. Uno solo existe haciendo existir. O, más bien, solo se vuelve real convirtiendo más real aquello que existe.” Lapoujade (2018:84).*

Así las cosas, si Lapoujade está en lo cierto, por la condición de instauración mutua que propone, no debiese descuidarse la materialidad para todo trabajo que apueste a la emergencia de un sujeto. Mas aún, si lo recalibramos haciendo foco al trabajo con lo cotidiano, debemos problematizar qué posibilidades en la clínica nos arrojaría adentrarnos a la materialidad de las cosas.

Cuánto de la materialidad ha sido obturado en nuestra clínica psi. Hasta aquí solo hemos podido responder con interpretaciones, intelecciones sobre esas cosas ubicando una mirada unidireccional en relación a qué deposita el sujeto en esas cosas. Habría así un supuesto trabajo simbólico de develación, cuando no una sentencia de resistencia del clínico para escuchar lo importante. Qué ocurriría si indagando sobre la cultura material pudiésemos llegar a nuevos observables, si los objetos que se hacen presente en cada escena de AT, no fueran meros decorados, depósitos de proyecciones o mercancías poseídas por el acompañado y valoradas moralmente por el clínico.

Entendemos desde estos primeros acercamientos sobre el estudio de la materialidad de los objetos, que se trata de una perspectiva que puede generar heurísticas positivas para la clínica del AT. Consideramos no se tratará de aplicar concepciones y metodologías predeterminadas a la práctica del AT, sino por el contrario hacer emerger derivas como formas de aproximación; suponiendo que el estudio de la cultura material específicamente en relación a la locura y a la clínica, pueda cuestionar este mismo dominio de conocimiento.

En esta línea, Gastaldi (2017) propone el estudio de la cultura material como un campo interdisciplinario de encuentro entre lo material y las múltiples dimensiones de la vida social de las personas. Plantea entre otras cosas, lo siguiente: *“La arqueología de cierta forma ha insistido con la importancia de retornar a las cosas como elementos claves de los sujetos en sus contextos y ha resistido a la inmaterialidad de las ciencias posmodernas, dando claves para la lectura del presente*

incluso.” Gastaldi (2017). Nos interesa recuperar como metáfora metodológica el estudio arqueológico y nuevamente, como planteamos más arriba¹², contraponer con la metodología cartográfica. Proponemos así que el estudio sobre las cosas, más que una arqueología de las representaciones sobre las cosas, como signo de una supuesta subjetividad interior y previa; se trate una lectura cartográfica. Proponemos tomar el trabajo con los objetos como posibilidades de aconteceres subjetivos a esperar, no centrado en descubrimientos de sentidos del pasado sino en cambio, en sus posibles emergencias.

La materialidad en la puja clínica

Plantearemos aquí lo que entendemos pudiese ser una serie muy incipiente de problemáticas válidas para abrir a pensar la clínica desde una perspectiva material de trabajo con los objetos. Se introducirá a partir de lo devenido hasta aquí en el campo del AT, haciendo énfasis más que en evidenciar las faltas de referencialidades sobre lo material, posibles derivas para cada una de las clínicas en pugna. Se proponen tres problemáticas principales: la primera sobre el carácter ontológico de lo material en las clínicas en pugna; le siguen, disputas respecto a los criterios de demarcación entre sujetos y objetos para cada uno; y tercero, respecto a las tensiones entre el trabajo en lo público y lo privado.

La primera problemática, respecto al carácter ontológico de lo material en cada clínica, encontramos que es posible pensar desde una concepción nominalista, su discrepancia se trataría de diferencias semánticas fundamentales. Para el programa galénico en la clínica, así como para la clínica de tipo intervencionista en el campo del AT, la materialidad, las cosas presentes, los espacios de la práctica, los objetos sensibles, son accesorios al sujeto de sus intervenciones. Están claramente diferenciados y son del orden de lo adjetivo. Se tratarían de cualidades circunstanciales, agregados a una realidad dada. Esta cualidad contingencial y discrecional de los objetos, se disponen con facilidad para la clínica en un uso meramente técnico. Los objetos, las cosas, las condiciones materiales de las escenas de AT pueden ser usadas a favor de objetivos terapéuticos desencarnados; llámese

¹² Ver apartado “Otras clínicas” en el capítulo dos.

entrenamientos, adaptaciones, desensibilizaciones donde la materialidad no guarda relación con la problemática subjetiva ni es puesta en cuestión.

Veamos dos ejemplos. El primer caso lo trabaja Ricci (2014:123-139) y lo nombra Gordon. Refiere a un joven de 26 años con diagnóstico de trastornos de la conducta (2014: 123). Menciona:

“Concurrimos a plazas, le agradaban muchísimo las plantas y el verde de cada una de ellas. También, cocinaba y compartíamos recetas [...] En cada uno de los lugares en donde lo acompañaba compartía charlas de su padecimiento y de su inestabilidad.” (2014:126)

“Aplicamos medidas de higiene para una mejor organización [...]”

“Este abordaje llevó mucho tiempo, con control y monitoreo continuo; el principio activo estaba constituido de las siguientes palabras reflexivas: «si ordenas, te ordenas interiormente»” Ricci (2014:127)

Continúa:

“Le propuse a Gordon el curso de acompañamiento terapéutico que se dicta en nuestra asociación...” (2014:131)

“La finalidad de la acción terapéutica no era que estuviera obligado a ser un asistente terapéutico full-time – por así decirlo – ni que lograra trabajar con el debido compromiso con los pacientes, no se pretendía tanto eso.” Ricci (2014:133)

Otro ejemplo puede ser de Vitelleschi y Audisio (2017) que dan un testimonio - en sus palabras - sobre el trabajo con M. (2017:149-151). Se trata de un joven de 17 años y plantean lo siguiente:

“Su madre manifestó que tenía dificultades en el manejo doméstico de su hijo. [...] Específicamente ella debía higienizarlo, acomodar su ropa y asistirlo al baño. Dado que, en el Centro de Día, las profesionales informaban que M. no evidenciaba ninguna dificultad [...] La coordinación del AT propuso asistirlo semanalmente en la pileta libre, en un club cercano al centro de día. La idea apuntaba a que, desde esta actividad recreativa, se construyera un vínculo entre M. y el AT, para favorecer la intervención. La indicación dada concebía recrear la actividad tanto de vestimenta como de higiene.” Vitelleschi y Audisio (2017:149-150).

Nótese en estos ejemplos que no hay sentido clínico puesto en el ambiente, no hay sentido de ir a la pileta, o a las plazas si es que se va a hablar sobre la estabilidad de la patología de base, o estudiar un curso de AT por indicación del at. Bien podrían haber sido otras las circunstancias. Trabajar en lo cotidiano no pareciese ser lo mismo que trabajar con aquello que tiene sentido del cotidiano del otro. En estos casos, observamos que hay cierto desaprovechamiento o desvalorización respecto a la materialidad. En el caso de M asistir a la pileta no tenía significatividad. Tampoco ante el hecho de tratarse de un club cercano a otras actividades que pudiesen ser

relevantes para M como el Centro de Día; no se pretendió aquí trabajar un entramado de lazo con un entorno de cercanía, con un barrio o una comunidad en tanto se le supusiera un sujeto social. Por lo mismo, el vínculo tampoco tenía valor por sí mismo sino para favorecer la intervención. Se evidencia el trabajo con el entorno, por caso asistir a una pileta, como un medio para entrenarlo en el procedimiento de vestirse y desvestirse. En el caso de Gordon el espacio es insignificante, por lo menos, para el at. No importaba que al acompañado le interesasen las plantas y casualmente se encuentren en una plaza si el objetivo preestablecido es conversar sobre su padecimiento. Las actividades como ordenar un placar o estudiar una formación profesional parecieran tener la misma jerarquía, modelar el trastorno de la conducta.

Advertimos así que probablemente, aquellas prácticas de clínica intervencionista, trabajen en mayor medida con los objetos y los entornos de sus acompañados en comparación con otras clínicas más expectantes que centran su tarea en la escucha. Sin embargo, entendemos ha quedado claro que se trata aquí de una utilización pragmática, a modo de actividades excusas.

Por el contrario, desde un programa hipocrático y una práctica expectante, la materialidad pudiese tener un criterio sustantivo. Algunos referentes de lo que consideramos esta clínica, bien pueden precisarlo: *“A cidade, os seus espaços e tempos, restos e monumentos, em sua rica variabilidade, passam a ser concebidos como «matéria constitutiva» e primeira dessa clínica.”* Lima Palombini (2009:301).

En otro lado, insiste:

“Son gestos y objetos -la puerta, la espera, el portero automático, el desvío- que traspasan lo cotidiano, al mismo tiempo en que componen el montaje de un dispositivo de tratamiento y la instauración de la transferencia. Gestos y objetos que son materia con la que la clínica itinerante y ciudadana se realiza.” Lima Palombini (2014:12)

Otro referente Ribeiro Aguilar (1997) también puntúa y propone nuevas heurísticas a partir de referencias de materialidad:

“Seria possível para o A.t. trabalhar com essa noção de distância vivida com os acompanhamentos psicóticos, tentando afastar ou colocar nuances em relação à materialidade das coisas, ampliando a abertura ao acaso e, portanto, ao acontecimento?”. (1997:197)

“Gostaríamos de emprestar de Bachelard essas palavras e transpô-las ao acompanhamento terapêutico, espécie de «instalação» móvel, poética, uma forma de arte que abandonou o suporte convencional e técnico (nas palavras de Nelson Aguilar), o setting, passando a uma esfera etérea de intervenção que brinca com o próprio ente espacial, que abre brechas no espaço codificado, inventando uma nova relação.” Ribeiro Aguilar (1997:200)

Hay un aspecto que hemos considerado en las reflexiones introductorias respecto a que la resistencia al trabajo con la materialidad en la clínica psi, viene a cuenta del principio previo de considerar en una cierta jerarquización de lo humano, a lo simbólico como supremo y por ende, disponer una clínica centrada casi exclusivamente en el lenguaje y su forma más civilizada, el diálogo occidental. Safra lo ha evidenciado más arriba. En el campo del AT, Kleber Duarte Barreto es un autor que recuerda en varias oportunidades (2002, 2005), la importancia de la experiencia estética -y de la retórica en el sentido austriaco según nosotros- en la clínica. Sus preceptos pueden considerarse toda una heurística para trabajar en escenas no locutivas. Un ejemplo:

“João apresentava ecolalia, o que para ele esta se transformou num jogo. Ele sempre emitia sons, aos quais as pessoas tinham de repetir. Após alguns anos de trabalho terapêutico com um analista, este se deu conta que João repetia as palavras ou frases, alterando o perfil melódico e quando o analista foi capaz de repetir exatamente a melodia proposta por ele, este entrou em júbilo. Ele (João) viveu uma experiência estética na qual pôde ser compreendido por um outro, houve uma comunicação verdadeira, ao ter sido encontrado na dimensão onde seu ser se ancora: a musicalidade. A partir desta experiência, observou-se uma saída gradual do estado autístico.” Duarte Barretto (1997: 22)

“Foi a partir desta compreensão que se afirmou que João existe, fundamentalmente, na musicalidade.” Duarte Barretto (1997: 23)

Sin embargo, estas citas no resuelven, afortunadamente, el dilema que emerge a este respecto en las prácticas de AT: si bien aquí evidenciamos que la materialidad es del orden de lo sustantivo para las escenas de AT, es decir designan lo propio; por otro lado, se encuentran regidas por el principio clínico y ético de expectación, las intervenciones se establecen por la regla de mínima y las técnicas se apagan o disipan. Por lo tanto, nos preguntamos cómo pensar una clínica expectante y a su vez arraigada en el trabajo con lo material.

Veamos un ejemplo de Castejón Hermann (2014: 140-145). Se trata del caso Emerson, un hombre que vivía solo, con crisis psicóticas recurrentes y no permitía el acceso de nadie a su departamento. El AT inicia para facilitar cierta regularidad en la toma de medicación. Plantea:

“Día tras día, semana tras semana, el acompañante terapéutico tocaba puntualmente el portero eléctrico del apartamento de Emerson para darle los remedios indicados. El ritual parecía ser siempre el mismo...La puerta de la cocina se abría, y Emerson desconfiado, abría solamente una rendija [...]

Después de algunas semanas, Emerson comenzó a abrir la puerta de la cocina por completo, ofreciendo una oportunidad de que el trabajo del acompañante terapéutico se hiciera efectivo, de modo tal de ocupar un lugar en el dispositivo de tratamiento. La apertura ofrecida por Emerson no fue inmediatamente aprovechada; el acompañante terapéutico esperó una invitación de Emerson para entrar en su apartamento. [...] La disponibilidad del acompañante terapéutico de estar allí más tiempo estaba explicitada, pero era siempre rechazada por el sujeto, teniendo en cuenta que era él quien establecía el tiempo de duración de los acompañamientos.

Y así ocurrió. Cierta día, Emerson sugirió al acompañante terapéutico que entrara a su apartamento. Como un guía turístico, le mostró su cuarto, el baño, otro cuarto que estaba desprovisto de muebles, en fin dirigió un tour completo. Por último, él realizó un pedido: «¿quieres ayudarme a ordenar mi armario?». Fue en ese momento que el acompañante terapéutico respondió «Mira tú sabes que yo puedo estar aquí por una hora. La decisión es tuya.» Ese mismo día, lo invitó al acompañante terapéutico a fumar un cigarrillo en el sofá de la sala, un sofá de dos cuerpos, donde ambos se instalaron y permanecieron allí, callados. Después de algunos minutos, Emerson miró al acompañante y le dijo «pega tu pierna a la mía, vamos a balancearnos juntos... ¿vamos a casarnos?».» Castejón Hermann (2014: 141,142).

Nos interesa destacar del ejemplo que aquí no solo aparece el gesto de abrir la puerta y dar a conocer la casa, sino la presencia de objetos en esta escena, presentes entre ambos involucrados, estableciendo cercanías y lugares, subjetivos: la puerta siendo más o menos abierta, el armario como lugar de encuentro, los cigarrillos, el sofá, el matrimonio. A diferencia del caso Gordón, lo que se privilegió no fue el orden del armario sino al otro, cuestión que permitió emergiera una escena transferencial.

La segunda problemática, consiste en las cualidades ontológicas que toma la relación sujeto/objeto en la clínica del AT. Para una clínica galénica, como hemos venido visibilizando, la materialidad de los objetos no es considerada, aunque sí puedan trabajarse en relación con objetos. Hemos de suponer que esta clínica se basa en las referencias cartesianas de escisión concreta entre los sujetos y los objetos. Los objetos son entes de la realidad dada, poseídos por el sujeto.

Por el contrario, hemos hallado dos trabajos con explicitaciones a este respecto (uno propio de AT y otro de sus vecindades), que devienen de lo que entendemos una clínica expectante. En ambos casos la referencialidad conceptual está dada por la obra winnicoteana y su noción de zona intermedia.

“En la zona intermedia de experiencia, sentirme perteneciendo al barrio en donde vivo está atravesado por sentir que el barrio me pertenece y es parte de mí.

Por lo general, el término «pertenencia» se emplea para significar que el individuo pertenece a algo. Sin embargo, aquel sentido más primitivo de la pertenencia apunta a que «la cosa» pertenece al individuo, aún cuando éste reconozca (a nivel secundario) que el barrio no es suyo.” Dozza de Mendonça (2014:131)

Ribeiro Aguilár, partícipe del libro *Crise e Cidade* (1997) y del mismo grupo de referencia de la institución A Casa en San Pablo, ya tempranamente daban cuenta de la posibilidad de pensar la clínica desde la no escisión del sujeto/objeto. Refiere: “...essa definicao tenta capturar o aspecto móvel da defasagem sempre renovada entre nós e as coisas, lugar do surgimento de nossas próprias possibilidades.” Ribeiro Aguilár (1997:195).

A estas incipientes referencias, podemos sumar un trabajo de Gilberto Safra sobre materialidad en la clínica psi, sin desconocer que el autor ha realizado más de un aporte al campo del AT, a veces en forma oblicua (2004, 2012) y en otras directamente (2006). Refiere en esta oportunidad (Safra, s/d):

*“Les concepts d’objet et de phénomène transitionnels élaborés par Winnicott ont ouvert une perspective très importante à la compréhension de la constitution, évolution et clinique du self: la perspective de sa **matérialité**.”*

“L’incorporation de ces conceptions à la clinique psychanalytique et aussi à la manière traditionnelle de penser sur les phénomènes humains s’est heurté à une résistance. Il n’est pas rare de trouver dans la psychanalyse un certain préjugé contre la considération de la matérialité du monde et de l’expérience humaine, sur l’argument que l’élaboration symbolique est exempte de la matérialité et de la sensorialité des choses.”

“Lorsque nous tournons notre regard vers le self, nous devons focaliser le survenir humain à travers la matérialité du monde. Dans cette perspective, chaque objet a une importance en soi, non simplement du fait qu’il a une signification mais aussi parce qu’il ouvre une possibilité d’être dans le monde, avec tous les autres.” Safra (s/d:1-2)

“Le mouvement artistique à l’origine de ces archives est né dans les années 80, de pair avec l’intérêt croissant pour les objets de la vie quotidienne résultant de la nécessité de restaurer leur statut ontologique affaibli par les pressions technologiques et idéologiques du vingtième siècle (cf. Epstein, 1997). En effet, dans le monde post-moderne le rôle des objets en tant qu’éléments d’articulation de l’histoire” Safra (s/d:3)

Para Safra entonces, la noción de zona intermedia y poder restablecer un encuentro entre el sujeto y los objetos como habitantes de una realidad compartida, le permite disponer otra clínica. En este trabajo, la clínica que evidencia está centrada por un reconocimiento mutuo entre el *self* y los objetos, lo que instaaura coordenadas éticas para el encuentro, sin establecer previamente una técnica sobre/con/desde los objetos. Comparte un caso como disparador de sus reflexiones explicitando que el propósito de esos encuentros no era interpretar el contenido del discurso del paciente en referencia a los objetos que se hacían presentes en las sesiones. Por el contrario, considera que la interpretación habría vaciado la riqueza de potencial que parecían

poseer los objetos y los sujetos allí presentes¹³. Se trata entendemos de una apuesta abierta a otra clínica psi que devenga nuevos acontecimientos.

Al igual que para Lapoujade (2018), en el encuentro entre sujeto y objeto se trataría de una instauración mutua entre ambos, con posibilidades de promover más existencia: *“Todo el esfuerzo consiste justamente en ponerse a la altura del material y en seguir sus vectores, sus «intencionalidades» [...] Seguir las potencialidades del «material», incluso y sobre todo si conduce hacia conexiones inesperadas, para devenir su colaborador más cercano.”* Lapoujade (2018: 46).

Tomando este cometido, podemos proponer que, para una clínica en AT, consecuente con el trabajo en lo cotidiano, construir cercanía será la tarea.

Entendemos que se habita, se experiencia la cercanía de lo cotidiano a través de las cosas. Las cosas no están en la cercanía como si esta fuese un lugar previo, sino durante la cercanía, se trataría de un tiempo. Las cosas como cosas – y no meros objetos- arrojadas al estar-ahí componen el sentido del habitar, lo que para Heidegger (1997) se trata de una serie: erigir, cultivar, pensar. La cosidad de las cosas no ocurre como cognición, como percepción sensible u objeto de la conciencia, sino como cosas a habitar. Pues es su vacío el que nos emplaza, aquello que nos concierne. En el texto *“Poéticamente habita el hombre”*, utiliza la figura del alfarero que moldea el vacío y no una mera jarra (Heidegger, 1994-b).

Hacernos cercanos de aquellos que acompañamos implica un uso íntimo y singular con sus cosas. *“A la cercanía, parece, no se la puede encontrar de un modo inmediato. Esto se logra más bien cuando vamos tras de aquello que está en la cercanía. Para nosotros en la cercanía está aquello que acostumbramos a llamar cosas.”* Heidegger, M. (1994-a). Preservarse por las cosas mismas tal como plantea Heidegger (1997) nos da grandes posibilidades para el trabajo en la clínica de lo cotidiano, trabajo con los objetos, con esa materialidad que está siempre presente. Las cosas acaecen en las escenas acogiendo vacíos, metaforizando, poetizando espacios.

Traemos a cuenta otro ejemplo de AT (Franzen, Marisela y otros, 1998). se trata del caso llamado Rosa, una señora de 69 años que es atendida por un equipo de residentes en salud mental dentro de un hospital general. Rosa ingresa al hospital por

13 Para mayores referencias, ver el Capítulo 2 sobre la problemática de la otredad.

una crisis psicótica que es atendida en la guardia y derivada a tratamiento ambulatorio. En los siguientes días se presenta el esposo de Rosa preocupado por la resistencia de ella para asistir al hospital. Así se organizan una serie de entrevistas en el domicilio y se comienza un AT. Rosa tiene problemas con vecinos, incluso cuenta con denuncias policiales. La estrategia incluye un acercamiento con la vecina denunciante:

“También se realizó una entrevista con la vecina, quien relató que la paciente se mete en su baño, enciende el calefón y camina por su patio durante la noche. A partir de trabajar esta dificultad, decidió participar en la estrategia, al conocer el estado de la paciente (...) trabajando la situación conflictiva, surge como idea de la paciente, la construcción de un tapial que separe su casa de la de los otros, lo propio de lo ajeno, esto fue un momento en el que se produjo un corrimiento que permitió continuar el tratamiento de otra manera. (...) Pensamos la construcción de un tapial, como medianera que puede funcionar en la paciente, haciendo un límite en lo real frente a la mirada del otro que se vuelve persecutoria (...) ubicamos que la casa cumple una función estabilizadora, a la manera de refugio frente al mundo exterior.” Franzen, Marisela y otros (1998:3)

Rosa cuenta con indicadores para una internación psiquiátrica, incluso involuntaria, incluso dentro del marco de la ley de salud mental nacional, es decir una descompensación en la patología de base, nula adhesión al tratamiento, heteroagresividad con antecedentes policiales. Sin embargo, el equipo propone la escucha en el domicilio y desde ahí surge una tarea en común con otros: ayudar a construir un tapial, un refugio. El trabajo en su lugar de padecimiento y con otros posibilitó cierto anudamiento en Rosa y probablemente también para otros, la vecina, por ejemplo. Este caso permite introducir la siguiente problemática, siendo que:

“En la dirección de la cura de esta paciente apuntamos a construir algo del orden de lo privado, marcando una diferencia entre lo propio y lo ajeno. (...) En esta paciente retornaba lo público en sentido de publicidad a la manera de robo, persecución y control; de allí podemos ubicar el conflicto con la vecina y su marido.” Franzen, Marisela y otros, (1998:3)

La tercer y última problemática de esta serie incipiente que venimos planteando en relación a la materialidad, es considerar que en el trabajo del AT se tensa en varias dimensiones la división occidental y moderna entre lo público y lo privado. Esta problemática, que comparte el mismo horizonte occidentalista que las anteriores, ha sido sin embargo más tenida en cuenta en la bibliografía del AT.

Encontramos primeramente y de forma definida, un tratamiento al respecto que realiza Gustavo Rossi (2013: 116) donde trabaja la polaridad, o paradoja de la práctica

del at entre lo público, lo externo, y lo privado, lo íntimo. Para este respecto, propone retomar el concepto lacaniano de extimidad.

Sin embargo otras referencias, aunque menos conceptualizadas, son pensadas desde las particularidades de la práctica misma del AT; tal el caso de Dozza de Mendonça (2014):

“La casa, la propiedad privada, es a la vez el espacio clínico; de modo que el Acompañante tendrá que buscar las posibilidades intermedias para «habitar profesionalmente» este espacio que no es su espacio. [...] una ética de la ocupación profesional del espacio ajeno.” Dozza de Mendonça (2014:126)

Continua:

“Otra cuestión importante tiene que ver con determinadas connotaciones vinculares relacionadas con la propiedad privada, según las cuales «en mi casa mando yo, y si no estás de acuerdo márchate» [...] Sin perder de vista lo planteado acerca de la paradoja de la actuación contratransferencial, hasta cierto punto la ética del Acompañamiento Terapéutico debe desmarcarse de las convicciones relacionadas a la propiedad privada.” Dozza de Mendonça (2014:128)

Consideramos junto con Dozza de Mendonça que el hecho de trabajar, ocupar profesionalmente el espacio privado del otro como refiere, no debería suponer de por sí la primacía del derecho privado en esa relación. El at que pretenda ejercer una clínica contrahegemónica, deberá sostenerse como intervención política para un lazo social, entendiendo que nos referimos a una posición paradójal.

Otra referencia es Patrignoni (2020:105) donde menciona al at como ocupante de un territorio que no posee. Sin embargo, es un emplazamiento diferente al anterior, puesto que, para ella, según como la entendemos, el at no se compromete con la escena social que allí emerge más que como catalizador, no es participe en lo colectivo.¹⁴

Podemos aducir entonces que, respecto al ordenamiento de lo concebido público y privado en las clínicas no se trata de una demarcación objetiva o de sentido común, por el contrario, son zonas de disputa. En el capítulo anterior se ha podido demarcar las diferencias respecto al espacio público. Aquí, respecto a cómo se concibe el espacio privado, encontramos que, para la clínica intervencionista, lo privado es una zona a avanzar desde la prevalencia técnica, en cambio, para una clínica expectante se trata de una zona de cuidado primordial.

¹⁴ Ya en el Capítulo 2 se evidenciaron referencias al at como lugar de extranjería y otras posibles sinonimias.

Elogio del rincón

En la práctica del AT, una de las principales demandas consiste en el acompañar a sujetos que presentan malestar en salir de sus casas, en vivir la experiencia de habitar con otros el espacio urbano. La mayoría de las veces, se percata que el haberse privado del espacio público no los ha exento de sufrir en exceso también el espacio privado. La casa propia incluso, no siempre es vivenciada como refugio y se experimenta en el AT un habitar en mucha menor escala respecto al espacio cotidiano, a veces se trata apenas de un rincón.

Para revisar las particularidades de este espacio, proponemos recoger las referencias de Gastón Bachelard en su texto *“La poética del espacio”* (2000). Si bien se trata de un texto que presenta el estudio del espacio y de objetos con una concepción psicologistas - a nuestro entender con exceso de interpretaciones o mediatizaciones simbólicas-, sin embargo, las referencias al espacio del rincón, cobran otros matices.

“...ese estrechamiento, todo físico, sobre sí mismo, tiene ya una marca negativa. En muchos aspectos, el rincón «vivido» se niega a la vida, restringe la vida, oculta la vida. El rincón es entonces una negación del universo. En el rincón no se habla consigo mismo. Si se recuerdan las horas del rincón, se recuerda el silencio, un silencio de los pensamientos. ¿Por qué describir entonces la geometría de tan pobre soledad? El psicólogo, y sobre todo el metafísico, encontrarán bien inútiles estos circuitos de toponálisis. Saben observar directamente los caracteres «reservados». No necesitan que se les describa al ser cejijunto como un ser arrinconado. Pero no borremos tan fácilmente las condiciones del lugar. Y todo retiro del alma tiene, a nuestro juicio, figura de refugio. El más sórdido de los refugios, el rincón, merece un examen.” Bachelard (2000:127)

Para este autor el rincón es germen de otra espacialidad mayor, como tal una casa, un barrio... permite pensar así en la potencialidad de la acción del trabajo en el rincón. Propone: *“He aquí el punto de partida de nuestras reflexiones: todo rincón de una casa, todo rincón de un cuarto, todo espacio reducido donde nos gusta acurrucarnos, soledad, es decir, el germen de un cuarto, el germen de una casa.”* Bachelard (2000: 127).

Según estas referencias, un posible trabajo del at desde una clínica expectante, podría implicar arrinconarse a habitar el rincón, intensificar la experiencia. Otros quizá en cambio se predispongan a forzar, entrenar, persuadir una pronta salida.

“Pero, primeramente, el rincón es un refugio que nos asegura un primer valor del ser: la inmovilidad [...] Ya hay que designar el espacio de la inmovilidad convirtiéndolo en el espacio del ser. Un poeta escribe este versículo:

Je suis l'espace où je stois [Yo soy el espacio donde estoy.]

...Ese verso es grande. ¿Pero dónde sentirlo mejor que en un rincón?”
Bachelard (2000:128)

Habilitar el rincón como refugio, e incluso ayudar a construirse un rincón para cada quien, pues que el rincón sea refugio no implicará una trinchera. No será preciso atacar el rincón sino ser deseante de querer habitarlo también. Si el rincón puede ser un germen, si *veritas filia temporis*; habitar el rincón producirá otra temporalidad y será de apostar a un acontecimiento. Dice Bachelard: *“... donde el ser se revela en el instante mismo en que sale de su rincón.”* (2000:128). Sea que el ser se devele al estar en el rincón, por ser espacial la ontología de este sujeto; o se devele en el instante mismo del salir del rincón, no podría saberse a priori. Lo interesante para nosotros es deconstruir ideas respecto a lugares más o menos legitimados para el acontecer clínico, más o menos legitimados para la cultura familiar, más o menos legitimados para los prejuicios de productividad en la sociedad occidental.

Entre los textos de AT pudimos encontrar alguna resonancia con los planteos de Magalí Bessón (2018b). Ella construye nociones de territorialidad para pensar el trabajo del AT a partir de referencias más locales (Kusch, 2000) y plantea lo siguiente:

“Las ceremonias que delimitaron estos espacios – territorios - y la subjetivación comprometida en ello contribuyeron para organizar una referencia válida que facilitara a su vez la posibilidad de estar-siendo en futuros nuevos espacios, incluso más allá de los encuentros de acompañamiento. Esos sitios sagrados funcionaban como un refugio íntimo, como plataforma de lanzamiento que permitía a los acompañados imaginarse en otros espacios - con otros - no contabilizados hasta el momento por efecto del temor, la inhibición o la angustia. [...] Por otra parte, cabe señalar que no es cualquier modo de estar el que permite la construcción de estos espacios, sino uno dado desde la disposición transferencial.” Bessón (2018b:64)

Es evidente para nosotros que esta espacialidad no podría reducirse desde la mera noción de encuadre, como regulación de un espacio físico o como ajuste de una técnica previa. Así como tampoco el trabajo con las cosas pueden ser pensadas como actividades excusas para un supuesto otro trabajo representacional del discurso, aunque legítimo, pero desencarnado del setting urbano y ambulante, sino que tratan

de los fundamentos, del sustrato material para una ética del habitar y una poética del espacio.

“... comprender la experiencia humana de vivir inmersos en mundos materiales. Discutiremos las maneras específicas en que los artefactos, los objetos, las tecnologías, las cosas nos estructuran y llegan en muchas ocasiones a definirnos como sujetos sociales en nuestra convivencia cotidiana con ellas.” Gastaldi (2017).

Capítulo VI

Nuevas problemáticas para una clínica de retaguardia

Este capítulo sostiene la intención de valorizar en la investigación el carácter latinoamericano del campo de AT, ya no como reconstrucción racional de su invención –objeto del primer capítulo de esta tesis–, sino como posicionamiento para un devenir futuro, para la generación de una nueva heurística que podría aspirar a lograr mayor validez dentro del campo al considerar un nicho teórico, quizás, más afín. Muy tempranamente Eduardo Kalina nos advertía: *“En nuestra mentalidad acostumbrada a ser colonizada ya se habla de un invento europeo y/o americano introducido y/o copiado en el país. Pero no es así.”* Kalina (1991: 16).

Advertidos y apoyados en una perspectiva americanista de crítica social, se recuperan los desarrollos principalmente de Boaventura De Sousa Santos y Eduardo Viveiros de Castro, ambos doctores honoris causa de la Universidad Nacional de Córdoba.

Se propone así pensar a nuestra clínica psi, tan propagada y legitimada en Latinoamérica, como un campo que no ha quedado eximido de los tres pilares principales de la hegemonía cultural en Nuestra América (Martí, 2005): el colonialismo, el capitalismo y el patriarcado. Se propiciará pensar las hegemonías culturales también dentro de otra serie de exclusiones, evidenciando la necesidad de estudios sociales intersectoriales.

En este sentido, y específicamente en relación al capitalismo, cabe considerar que tanto el AT como otras prácticas del cuidado, en cualquiera de las clínicas trabajadas, se sostienen en el principio insoslayable del vínculo humano. Para la clínica en que el trabajo del uno a uno es de fundamento, implica para el capital en cambio, al clínico como recurso humano, por lo tanto, como gasto, como agente precarizable, como recurso a administrar eficientemente y en el mejor de los casos, lograr protocolizar e informatizar. Aquello que, en la lógica del capital, se prioriza como bienes de producción y consumo, en nuestro campo se reducen concretamente a medicamentos y, a su pesar en mucho menor medida, tecnología. Si bien la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 procura resistir a la inmediatez del capital, explicitando concisamente que la prioridad debe darse a la intervención clínica, antes que al uso primario de medicación, como vemos el:

“ARTICULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará

exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales.”

Sin embargo, sostenemos que la perspectiva contrahegemónica que propicia la Ley Nacional de Salud Mental no es suficiente para revertir el proceso de occidentalización del campo científico-profesional que en nuestro territorio ha tenido su auge durante el Siglo XX, con la consolidación de profesiones liberales y su correspondiente cultura de consumo.

Los sujetos de nuestras prácticas, el loco, el discapacitado mental, el niño hiperactivo, el adicto, son el ícono que corrobora el triunfo colonialista e imperialista en la racionalidad hegemónica psi de las subjetividades, desechando conocimientos del orden de lo cotidiano y del sentido común en lo local del territorio. En su aparente paradoja de sujetos irracionales e improductivos, consolidan el carácter hegemónico occidental y la finalidad capitalista esencial, puesto que, si no producen, deben al menos consumir prestaciones profesionales.

Propongamos como hipótesis principal en esta oportunidad, sostener que la clínica psi actual, es efecto del discurso científico-técnico colonizado y por ende hegemónico, y la grieta por la que podría ser posible revertir este proceso de occidentalización, es recuperar saberes y prácticas locales contrahegemónicos.

En Nuestra América (Martí, 2005), existen ya saberes y experiencias en salud mental desde hace décadas, como el acompañamiento terapéutico y aquellas otras clínicas trabajadas en el segundo capítulo. Estas prácticas, pueden ser necesarias de recuperar para pensar el resto de la clínica y, a su vez, dar solidez a las mismas para que puedan empoderarse y no ser cooptadas dentro de la clínica hegemónica de hoy. Es decir, tecnificadas y capitalizadas como un recurso más dentro de la supuesta pluralidad clínica y prestacional actual.

Antonio Lancetti (2008) dando cuenta de la necesidad de un cambio epistemológico para la clínica, que no pudiera ser sin justipreciar el saber popular, indicaba:

“A regra fundamental do funcionamento das equipoes é fazer circular o saber – tanto técnico e o científico, como o cultural e o popular.” (2008:93)

“O analista popular das unidades de saúde precisa ser erudito em cultura para nao estabelecer uma luta epistemológica inerte.” (2008:113).

En este sentido, consideramos que los desarrollos de la Epistemología del Sur de Boaventura De Sousa Santos (1995, 1998, 2000, 2002, 2009, 2010, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021) y las experiencias que desde ahí se forjaron, pueden enriquecer y acompañar nuestras intenciones. Dice De Sousa Santos (2017): *“uno de los trucos con que la modernidad occidental engaña a los intelectuales es permitirles que sólo produzcan ideas revolucionarias en instituciones reaccionarias.”* (2017: 19). Entendemos así que, basados en la crítica al colonialismo y el capitalismo, podremos valorar la clínica psi a partir de las nociones boaverianas de sociología de las ausencias y sociología de las emergencias para avanzar sobre lo meramente reducido a existente que impide su emancipación.

El AT como proyecto latinoamericano

Boaventura De Sousa Santos a lo largo de su obra, manifiesta la necesidad de trascender la mera teoría crítica social. Sostiene que sólo con una práctica emancipatoria que rompa las lógicas existentes será posible una justicia social.

Ubicar la salud mental dentro de este parámetro de justicia social no formalista, no dogmática, exige a los profesionales de este campo, abandonar el carácter liberal y ejercer como ciudadanos del mismo territorio y bajo su misma colectividad. No se tratará la salud mental como la aplicación de un artificio científico-técnico, de una adecuación ceremonial al decir del autor; sino que retomará el carácter ético y cívico como partícipes necesarios para una vida decente.

Si estamos convencidos que el padecer mental se debe a las condiciones de vida, la clínica psi deberá ser necesariamente contrahegemónica, deberán trascender una ruptura epistemológica para alcanzar una clínica emancipatoria y no quedarse en una mera crítica dentro del mismo programa.

Esto no implica una mirada ingenua, al decir de De Sousa Santos *“La crítica siempre corre el riesgo de estar más cerca del paradigma dominante y más lejos del paradigma emergente de lo que supone”* (2017: 17) situación que no desacredita el compromiso para un paradigma emergente, el del conocimiento prudente para una vida decente (De Sousa Santos; 2017: 16).

Partamos de algunos principios de su Epistemología:

“São quatro as premissas em que assentam as Epistemologias do Sul:

- 1. a compreensão do mundo excede em muito a compreensão ocidental do mundo;*
 - 2. não faltam alternativas no mundo, o que falta é um pensamento alternativo de alternativas: muita da diversidade do mundo é desperdiçada, porque as teorias e conceitos desenvolvidos no Norte global e usados em todo o mundo académico não identificam grande parte dessa diversidade;*
 - 3. a diversidade do mundo é infinita e nenhuma teoria geral a pode captar;*
 - 4. a alternativa a uma teoria geral é construída em quatro passos: sociologia das ausências, sociologia das emergências, ecologia de saberes, tradução intercultural.”*
- De Sousa Santos (2019)

Aclaremos:

“El Sur es, pues usado aquí como metáfora del sufrimiento humano sistemáticamente causado por el colonialismo y el capitalismo (...) Es un Sur que también existe en el Norte global geográfico, el llamado tercer Mundo interior de los países hegemónicos. A su vez, el Sur global geográfico contiene en sí mismo, no solo el sufrimiento sistemático causado por el colonialismo y por el capitalismo globales, sino también las prácticas locales de complicidad con aquellos.” De Sousa Santos (2009:12)

Assim como De Sousa Santos estabelece a categoria de Sur como metáfora de exclusões, Eduardo Viveiros de Castro constrói a de indígena desconstruindo sentidos hegemónicos prévios. Para nós, tratar este tipo de problemáticas obedece não só a reconhecer algumas das injustiças da Nossa América (Martí, 2005), na qual poderia acrescentar-se a uma problemática de saúde mental alguma outra de tipo indigenista; mas sim que ambos autores estabelecem categorias de análise estruturais às nossas sociedades. Trata-se então de reconhecer mecanismos de construção de exclusões que continuam operando nas nossas sociedades e das quais o louco, o incapacitado são uma das suas formas singulares.

Para Viveiros de Castro (2017):

“<Povo> só (r)existe no plural — povoS.... Quem inventou os <índios> como categoria genérica foram os grandes especialistas na generalidade, os Brancos, ou por outra, o Estado branco, colonial, imperial, republicano. O Estado, ao contrário dos povos, só consiste no singular da própria universalidade. O Estado é sempre único, total, um universo em si mesmo. Ainda que existam muitos Estadosnação, cada um é uma encarnação do Estado Universal, é uma hipótese do Um. O povo tem a forma do Múltiplo.” Viveiros de Castro (2017:4)

Continúa:

“Mais uma vez, esta é a escolha crucial da esquerda em nosso continente e no presente momento histórico mundial: pensar os <índios> — isto é, todas as minorias — do planeta como <pobres>, ou pensar os <pobres> como <índios> e agir politicamente nesta direção. Porque pobre é um conceito <maior>, pobre é maioria,

pobre é um conceito de Estado — um conceito, justamente, <estatístico>. Mas acontece que a imensa maioria estatística dessa maioria pobre é minoria étnica, minoria política, minoria sexual, minoria racial. Pois no Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é. E quem não é? Aqueles que a feitiçaria capitalista e a máquina colonial conseguiram transformar em <pobres>.” Viveiros de Castro (2017:4)

Para el autor, la mecánica de exclusión es completada cuando llega al cuerpo, cuando se produce una desposesión corporal:

“A relação entre terra e corpo é crucial. A separação entre a comunidade e a terra tem como sua face paralela, sua sombra, a separação entre as pessoas e seus corpos, outra operação indispensável executada pelo Estado para criar populações administradas. Pense-se nos LGBT, separados de sua sexualidade; nos negros, separados da cor de sua pele e de seu passado de escravidão, isto é, de despossessão corporal radical; pense-se nas mulheres, separadas de sua autonomia reprodutiva.” Viveiros de Castro (2017:8)

Así pues, nos preguntamos si tiene validez estudiar aún la salud mental y sus prácticas escindiéndola por fuera de otros estudios sociales. O será acaso, que la medicación producida por corporaciones multinacionales, protocolizada desde organismos internacionales, legitimada por convenciones constitucionales, transmitida por universidades de gestiones públicas y privadas, administrada por agentes en entidades de salud habilitados por el Estado, incurren también en una separación entre el sujeto, su padecimiento y su cuerpo.

El loco es producido desposeído, similar a como plantea Viveiros con el indígena. Primero se transformó su vivenciar en anormalidad, después en enfermo, enfermo administrado, entonces debió ser discapacitado, el discapacitado asistido, el asistido declarado improductivo y señalado ya como gasto público. Bien entonces, propio del cinismo de nuestro tiempo, se lo transforma como consumidor para acercarse a un buen ciudadano.

De Sousa Santos propone en su libro Justicia entre saberes (2017) dar consistencia al cambio paradigmático sin sustituir una teoría general eurocéntrica por otra, sino promover una teoría *povera*, que implica la construcción de realidades y saberes desde abajo.

“...una teoría povera, una teoría de retaguardia basada en las experiencias de grandes minorías marginadas y de mayorías que luchan contra la marginalidad y la inferioridad impuestas, con el fin de fortalecer esta resistencia. La teorización crítica expuesta en este libro pretende ser no eurocéntrica porque prepara el terreno tanto para valorar las concepciones no eurocéntricas de la emancipación y la liberación, como para

proponer interpretaciones y usos contrahegemónicos de los conceptos eurocéntricos.”
De Sousa Santos (2017:12)

Al respecto, se evidencian dos cosas para una posible transición programática: por un lado, la necesidad de crear conceptos nuevos que reflejen y, a la vez, permitan pensar alternativas; y por otro, la necesidad de deconstruir los conceptos utilizados provenientes del colonialismo intelectual para ir deshegemonizándolos en nuevos usos y prácticas.

Siguiendo la sugerencia de De Sousa Santos (2000; 2009; 2017; 2018) sobre generar un pensamiento alternativo de las alternativas, creemos necesario tomar dentro del campo clínico psi, aquella dimensión más representativa del dispositivo científico-técnico: el encuadre o setting. Siendo que sobre este se condensan teorías ontológicas del sujeto de la atención -sea cual fuese la perspectiva teórica-, justificaciones internas de las técnicas utilizadas en ese tiempo-espacio acotado, heurísticas posibles, validación unilateral de las concepciones teóricas y saberes que se dispongan por parte del clínico y la legitimidad social de la ignorancia de quien ingresa a ese espacio-tiempo ajeno -el paciente-.

Por otra parte, como ya hemos sostenido, los encuadres utilizados en la clínica psi se han obstinado en desterritorializar el sufrimiento desde los inicios del alienismo y hasta nuestros días. La clínica occidental ha basado todos sus dispositivos teóricos, terapéuticos, profesionales, y de más, en institucionalizar un otro espacio para curar, cuidar, evitar, compensar, convencer. Ha tenido la obsesión de trasladar a los sujetos de sus prácticas por fuera de sus lugares de padecimiento. Ya no se promueven los manicomios, pero se ha diversificado la atención en una serie bastante considerable de prestaciones menos espectaculares, pero no por eso, menos institucionales para el tratamiento del padecer mental.

En la actualidad y dentro incluso del modelo de salud mental, la atención institucional del padeciente continúa, pero descentralizada en varias prestaciones que igualmente suelen ocupar la mayor parte del día de los usuarios y por períodos prolongados por no decir, vitalicios.

El malestar subjetivo vigente apenas incomoda a esta clínica hegemónica de principios del siglo XXI, donde el debate corporativo parece discurrir entre las nuevas prácticas clínicas gatopardistas no emancipatorias, basadas en la inmediatez del motivo de consulta, la remisión del padecer sostenida por el imperativo del goce

posmoderno y facilitada por la industria farmacéutica; o, su resistencia desde la racionalidad moderna, basada en dispositivos clínicos que mayormente sólo encajan y se sostiene entre las clases medias, los sujetos con mayor capacidad simbólica desde la racionalidad occidental y con conflictos propios de la cultura hegemónica colonizada.

A contrapelo de esto, tanto el acompañamiento terapéutico como otras clínicas contrahegemónicas, han subvertido la clínica al tomar la ciudad, lo doméstico, el cotidiano de los pacientes como encuadre mismo. No se trata en estos casos de una clínica ampliada, salida desde el consultorio a otros ámbitos, sino una clínica montada sobre el cotidiano mismo como un espacio-tiempo singular de cada quien y bajo nuevas heurísticas posibles. A esto Lancetti (2008) lo llamó desterritorializar el setting para una revisión de los hábitos clínicos consagrados y a la espera que se esboce otra subjetividad.

El encuadre en la clínica psi es un artificio técnico derivado de la clínica galénica en el modelo médico hegemónico. Consiste fundamentalmente en regular condiciones de espacio – con mínimas excepciones, se da en el formato de consultorio-, y tiempo – duraciones estandarizadas o recurrentes de las sesiones-, por un período determinado (la duración del tratamiento). También incluye la regulación de honorarios y provisiones para acontecimientos más o menos esperables (como ausencias, feriados, etc.). Estas variables de regulación, están muy pobremente justificadas dentro de cada teoría explicativa, aunque en mayor medida desde el psicoanálisis hay bibliografía sobre el tema, desde otras teorías explicativas no parece ni siquiera relevante su visibilización, sino que suele consolidarse como una realidad ya dada.

Revisando los principios desde los cuales se establece sin discusión la regulación del encuadre, sostenemos que son precisamente concepciones colonialistas y capitalistas las que las sustentan, desde la presencia de su ausencia, como hecho activo, en la práctica clínica. La racionalidad moderna, occidentalista, se basa en la regulación del tiempo en función de la lógica productiva semanal de jornada laboral, alienando el padecer subjetivo a la estandarización de la duración de la sesión. Por supuesto el loco, en estado “natural” desmiente constantemente no al encuadre sino al sujeto que lo representa, al clínico y sus propias alienaciones a la realidad.

En relación al sentido otorgado a la temporalidad, se aprecia que casi sin excepciones, podríamos decir, la clínica psi se asienta sobre el principio evolucionista

respecto al proceso de tratamiento. La cura esta depositada en la idea metafísica del transcurrir de un tiempo lineal, todas referencias de la racionalidad científica moderna.

En relación al espacio, encontramos que la diferenciación entre los espacios públicos y privados, y lo doméstico, es una de las bases de la diferenciación societaria y regulatoria del proyecto moderno, tal como ya lo evidenciamos en el cuarto capítulo. Asimismo, el espacio de consultorio, en la mayoría de las perspectivas teóricas de la clínica psi, presenta justificaciones ad hoc, generalmente basadas sin más, en la tradición dentro de la propia cultura profesional.

Así las cosas, nos preguntamos si será posible descolonizar la clínica psi, pues son una gran minoría los sujetos de nuestras prácticas que merecen una clínica emancipatoria y respetuosa, más justa y decente. No dudemos en que el comienzo de esta ardua tarea debe ser iniciada desde un cambio radical del encuadre de la clínica y sus derivados; para visibilizar así lo ausentado hasta el momento y de ese modo se posibiliten nuevas emergencias, tal como lo plantea De Sousa Santos desde sus sociologías.

“¿de qué tipo de conocimiento disponemos?

Hay multitud de saberes que buscan a personas ansiosas por conocerlos. No desperdiciamos ningún conocimiento que nos pueda ayudar en nuestra lucha por el buen vivir. Mezclamos los saberes y los combinamos según lógicas que no se limitan a ellos. No queremos los derechos de autor; queremos ser los autores de los derechos”. De Sousa Santos (2017:32).

Aun reconociendo las limitaciones de la transición programática y también el uso de concepciones teóricas no locales, para fines contrahegemónicos, creemos es válido recuperar las experiencias de otras clínicas, como del acompañamiento terapéutico en tanto saberes y prácticas surgidas en el sur de Nuestra América del Sur (Martí, 2005). Estas experiencias desperdiciadas desde la clínica hegemónica o reabsorbidas en clave tecnicista y de consumo, podrán ser la grieta para empezar a revisar los fundamentos de la clínica misma. Deseamos que así sea, y pueda el acompañamiento terapéutico ser a la clínica lo que las Epistemologías del Sur al occidente global, un lugar de resistencia y decencia.

Entendiendo que se trataría del desarrollo de un programa clínico que excede este trabajo, estimamos sin embargo futuras líneas posibles de investigación desde la obra boaveriana. Una podría devenir de la ecología de las temporalidades y su relación con una clínica psi más emancipatoria. Utilizando las experiencias de las

psicosis en relación al tiempo, como vivencias legítimas por fuera de la lógica de producción actual, no subalternas al tiempo de la normalidad hegemónica occidental, proponiéndose así, alternativas clínicas. También podrían retomarse las nociones de intervenciones escénicas de Dozza de Mendonça (2014), para acentuar en la intención de la clínica el presente, e inhibir en cierto sentido, el sesgo evolucionista de los tratamientos propia de la ciencia moderna.

Otra línea podría centrarse en la razón cosmopolita a partir de la ecología de los reconocimientos y la crítica a las miradas de inclusión social basadas en una racionalidad hegemónica de tolerancia o resignación a la diferencia.

Una última vertiente podría postular a la figura del acompañante terapéutico, ya reconocido como agente necesario para una clínica contrahegemónica, como intelectual de retaguardia y traductor intercultural, en tanto y en cuanto el loco el discapacitado responde a una serie de exclusiones, la de la normalidad, la de la cultura urbana, la de la producción económica, entre otras. Podría basar este principio a través quizá de la hermenéutica diatópica; que permita desde su trabajo en lo cotidiano, reconocer las diferencias y las desigualdades como acto clínico y político recuperando otros saberes para la práctica clínica urbana.

Aunque estas líneas queden abiertas a futuras investigaciones, más adelante retomaremos la noción de retaguardia para establecer una categoría intermedia, ya no como cualidad del intelectual sino como sustancial de una clínica.

Sobre otra serie de exclusiones

A las hegemonías trabajadas por la obra de Boaventura De Sousa Santos, sobre colonialismo, capitalismo y patriarcado, consideramos deba agregarse a dicha serie el capacitismo. El carácter capacitista de occidente recae muy particularmente sobre los sujetos de nuestras prácticas, aunque por supuesto no exclusivamente. Recientemente, De Sousa Santos (2020) y a razón de la pandemia por Covid-19 que sumió a la población mundial a un régimen de tipo restrictivo - aunque evidentemente no igualó diferencias societales, sino muy por el contrario acrecentó las desigualdades-, ha puesto el foco en la discapacidad como otra de las formas de exclusión, recuperando el concepto de capacitismo que ya se venía desarrollando,

para incorporarlo a las Epistemologías del Sur. En relación a los sujetos discapacitados refiere:

“Han sido víctimas de otra forma de dominación, además del capitalismo, el colonialismo y el patriarcado: el capacitismo. Se trata de cómo la sociedad los discrimina, ya que no reconoce sus necesidades especiales, no les facilita el acceso a la movilidad ni las condiciones que les permitirían disfrutar de la sociedad como cualquier otra persona. De alguna manera, sienten que viven en una cuarentena permanente debido a las limitaciones que la sociedad les impone. ¿Cómo vivirán la nueva cuarentena, especialmente cuando dependen de alguien que debe romper la cuarentena para ayudarlos? Como hace tiempo que están acostumbrados a vivir en condiciones de cierto confinamiento, ¿se sentirán ahora más libres que los <no discapacitados> o más iguales a ellos? ¿Verán la nueva cuarentena como una especie de justicia social?” De Sousa Santos (2020: 55)

Introduciremos aquí algunas referencias de Sunaura Taylor (2020a; 2020b) para continuar emergiendo diversas formas de exclusión. La primera que destaca Taylor es que: *“La discapacidad pasó de ser un problema moral, espiritual o metafísico a uno médico”* Taylor (2020a:7). En tanto problema médico ha sido bien valorado como evolución del pensamiento racional en el modelo científico-técnico hegemónico occidental.

“Sostengo que apelar a la naturaleza como justificación de la creencia ética es una falacia, y se ha utilizado históricamente para justificar toda estructura de poder conservadora.” (2020a:27)

“La naturaleza es actualmente un marco aceptable para criticar y clasificar los cuerpos de animales y discapacitados, mientras que ya no es un punto final aceptable para las discusiones sobre raza y género.” Taylor (2020a:30)

Así mismo, puede ser pensado como bien de consumo: *“Con esta colonización médica y científica, el cuerpo discapacitado exige reconstrucción genética, normalización quirúrgica, eliminación terapéutica o relegación a una muestra patológica”* Taylor. (2020a:8). Insiste en otro de sus textos (Taylor, 2020b):

“La comunidad discapacitada argumenta que estas desventajas, por lo tanto, no se deben a la naturaleza del deterioro, sino a una aversión cultural a la disfunción, una falta de oportunidades productivas en la economía para las personas discapacitadas y la industria multimillonaria que alberga y <se preocupa> por la población discapacitada que se ha desarrollado como consecuencia de esta privación económica.” Taylor (2020b:75).

En este sentido, nos interesa destacar cómo se evidencia que las políticas comerciales de cuidado al loco y al discapacitado, se basan principalmente en nuestro territorio, en promover iniciativas privadas. Coincidimos en que: *“Ver la discapacidad*

desde un enfoque materialista muestra cómo funciona esta política de represión” Taylor (2020b:75).

Otra de las vertientes en que se configura la política de la opresión, es la dominación afectiva, fundada en el principio de dependencia:

“Dependencia: una razón que se ha utilizado para justificar la esclavitud, el patriarcado, la colonización y la opresión por discapacidad.” (2020a:45).

“El lenguaje de dependencia es de hecho una herramienta retórica brillante, ya que es una forma para aquellos que lo usan para parecer preocupados, compasivos y afectuosos; mientras continúan explotando a los supuestos sujetos de interés.” Taylor (2020a:46).

Para esta autora, la discapacidad es otra de las exclusiones, basada no solo en el sesgo capacitista sino también en el especismo. Este último carácter de dominación puede evidenciarse en la relación entre la explotación animal y la discapacidad. Refiere: *“...la conexión que encontré está centrada en un sistema de valores opresivo que declara algunos cuerpos normales, algunos cuerpos rotos y algunos cuerpos alimentos.”* Taylor (2020a:3). Considera así que la relación entre explotación animal y discapacidad comparten la misma matriz societal. Entendemos que esta articulación bien pudiera analizarse en matices, pero nos interesa aquí destacar el carácter de serie de dominaciones y exclusiones por las que circundan nuestras prácticas. Continúa:

“Las comparaciones de animales abundan en la historia de la discapacidad... En la cultura paralela, la opresión por discapacidad chocó de frente con el racismo, el sexismo, el clasismo y yo diría el especismo. Al mirar libros y diccionarios médicos antiguos, veo que las comparaciones también han existido en el discurso médico... En la historia médica, las líneas de género y raza fueron a menudo claramente delineadas como marcadores de normalidad y desviación.” Taylor (2020a: 5).

El trato propiciado por nosotros a los discapacitados, como si sus cuerpos fueran una realidad dada, ajena, natural e individual; en definitiva, como un otro radical, como desposeídos se sustenta con: *“(...) la idea de que la discapacidad es una tragedia personal en vez de un tema de justicia social (que) necesita rectificación.”* Taylor (2020a:30). La discapacidad como una definición unitaria de un colectivo, invisibilizando por un lado lo múltiple y por otro, la serie de exclusiones previas en que deviene, nos permite sostener que todo discapacitado es político, en tanto y en cuanto: *“La discapacidad, por el contrario, es la represión política y social de las personas con disfunción.”* Taylor (2020b:75).

Para finalizar esta incipiente serie, nos interesa destacar lo que entendemos la supremacía de la neurosis en la subjetividad occidental, sesgo de responsabilidad exclusiva del campo profesional de la salud mental. Ya Dozza de Mendonça advertía que:

“La gran mayoría de los profesionales que trabaja desde una orientación dinámica está de acuerdo en que hay una diferencia estructural entre neurosis y psicosis (aunque un neurótico pueda experimentar ansiedades psicóticas y viceversa). Sin embargo, observamos que muchas propuestas de tratamiento para pacientes psicóticos plantean determinadas formas de intervención donde resulta que, explícita o implícitamente, la finalidad última es neurotizar al paciente psicótico (como si ser neurótico fuera sinónimo de cordura mental o felicidad).” Dozza de Mendonça (1994:4).

Entendemos que la supremacía de la neurosis en la cultura psi resulta de pensar la psicosis como derivada de la neurosis, tal como plantea Viveiros de Castro (2013, 2015) en que el otro se deriva del yo en occidente. Desde esta cognición, nada podrá pensarse respecto a considerar lo que podrían aportar los psicóticos (o los negros, los indios, los pobres, los discapacitados) a la crítica social. Toda clínica pensada desde aquí, tendrá como centro la moral neurótica, la racionalidad científico técnica, el colonialismo cultural.

Para una clínica de retaguardia

Entendemos hasta aquí, el corpus presentado como fragmentos de discursividad de diferentes campos (la clínica, la historiografía, el urbanismo, la antropología, la filosofía). Construimos un campo de interlocutores convocando diversos discursos disciplinares porque advertimos que las disciplinas y profesiones en sí mismas son artificios que responden a intereses colonialistas y capitalistas en una era de predominio veritativo científico-técnico. Un corpus de este carácter, esperamos permita contrarrestar la tendencia actual a las subespecializaciones científicas pragmáticas y acríticas.

Partiendo de la noción de retirada de la teoría (Buenfil Burgos, 2008) proponemos que es necesario recuperar la producción teórica como parte de la misma lógica empírica, o en todo caso, levemente anterior. Es decir, la teoría no sería un agregado interpretativo a un dato neutro, una formación secundaria, sino un

dispositivo de intelección desde el que emergen datos empíricos. Por lo tanto, la teoría tampoco debiera adjudicarse identificar una realidad sino desplegar otra. En este sentido, será necesario promover la construcción de categorías intermedias evitando un uso ingenuo (Buenfil Burgos, 2008) de las mismas, al entender que las categorías intermedias no resolverán todo exceso de pragmatismo, sino que generarán nuevas heurísticas, nuevos problemas, que permita predecir nuevos eventos. Propondríamos en todo caso, un uso sofisticado en sentido lakatosiano. Un uso ofensivo, opuesto al defensivo en tanto el teórico se enuncia y evidenciaría una cierta conflictividad entre la realidad y el sujeto cognoscente. Advertimos que estas postulaciones fuerzan al falsacionismo en su idea de racionalidad como parte de sus principios metafísicos no falsables acordados, pero no traiciona su principal intencionalidad, según entendemos, de progresividad de la ciencia.

Así como el corpus está constituido por diferentes discursos, las categorías intermedias también. Responden, por un lado, a la opacidad de los objetos en estudio, y por otro, a la limitación de los significantes para aprehenderlos en una vez.

Las categorías tomadas en “préstamo” (Saur, 2018:2) y transferidas a otros discursos (quizás no a otra episteme, dependerá en todo caso de definiciones más o menos estrechas de discurso y episteme), para constituir categorías intermedias requiere de vigilancia epistemológica. Al respecto Saur (2018) plantea: “... *compone su trabajo efectuando una operación ecléctica (Navarrete Cazales, 2008), ya que no une lo homogéneo, lo mismo con lo mismo, no sigue una misma tópica ni línea, sino que mezcla materiales y sentidos ...*” (2018:4). La asunción misma de cierto eclecticismo, entendemos requiere ser pensada. Navarrete Cazales (2008) plantea que:

“...partimos del reconocimiento del eclecticismo como aquello que podemos elegir de entre varias teorías (disciplinas, perspectivas, metodologías, etcétera). Y que ese elegir no es buscar o sacar «lo mejor de cada teoría» sino sólo aquello que nos sea útil y compatible ontológica y epistémicamente entre lo que pretendamos elaborar en pro de las mejores herramientas teóricas, analíticas y metodológicas para el análisis de la realidad social” (2008:147)

Nos interesa aquí advertir sobre la necesidad de correrse de un uso demasiado pragmático de la teoría y ajustado ad hoc, tensión que entendemos se resuelve solo en la medida que aporte nuevas heurísticas.

Respectos a estas incorporaciones de categorías extranjeras para un campo problematizado, Saur (2018) postula que:

“La incorporación pertinente de conceptos en una maquinaria teórica implica, en primer lugar, el reconocimiento de un elemento de valor y un desplazamiento... Es importante señalar que, en este movimiento, el elemento es necesariamente modificado y, por lo tanto, la integración es indisociable de la creación.” Saur (2018:8)

Entendemos siguiendo al autor, que el trabajo sobre las categorías teóricas con desplazamientos a otras escalas, intenta construir el objeto nuevamente, no saturarlo en aspiraciones empiristas de descubrimiento óptico de un objeto dado. En nuestro caso, los desplazamientos son facilitados en parte por la propuesta metodológica elegida de pensar programas en pugna y no paradigmas sucesivos; y en parte, porque es la producción teórica la que arrastra el orden de lo empírico.

Los desplazamientos que identificamos en el corpus trabajado, podrían ser: el pasaje de oficio a profesión del AT, desinstitucionalizar la locura y territorializar el padecimiento, clínica urbana, clínica de retaguardia, enunciación peatonal como acto clínico, el loco como exiliado, del trabajo de representación y relaciones objetales al trabajo con la presencia corpórea y material. Comprendemos que estos desplazamientos no llegan aún a un carácter de categoría teórica, que requieren en todo caso un trabajo más metafórico, una vuelta aún sobre los significantes. Asumiendo estas limitaciones y a los fines de ejemplificar a partir de una sola categoría, trabajaremos sobre lo que damos en llamar Clínica de Retaguardia.

Esta noción es pensada desde la conjunción de la Clínica, consciente de las concepciones y disputas heredadas, y de la noción de Retaguardia que desarrolla Boaventura De Sousa Santos sobre la posición del intelectual a la que él aspira.

La noción de Clínica de Retaguardia, tomando esta dimensión de retaguardia como subversión de los actuales modelos societarios en el Sur, entre ellos las prácticas de salud mental y la clínica de la locura, pretendemos pueda aportar a pensar y producir nuevas prácticas, por lo tanto con efecto político tal como plantea Saur (2008) *“una mirada que produzca conocimiento nuevo es siempre política, siempre y cuando permita relacionar cosas que no estaban relacionadas, siempre y cuando esta vinculación ponga en cuestión las reglas establecidas”* (2008:13).

A estos efectos políticos, colectivos, a los que aspiran las categorías intermedias, se puede pensar también en otro orden, que evidencian un trabajo por cierta performatividad del autor, o por lo menos en estado de enunciación de quien las produce.

Yendo a un orden más subjetivo y en relación al trabajo con el lenguaje para la construcción de las categorías, nos gustaría puntuar cierta diferenciación con lo planteado por Saur (2018:9) respecto a que la incorporación de categorías en otros discursos, el desplazamiento de sentidos respondería a un efecto metonímico, porque consideramos que en tanto el desplazamiento sea productivo generará un plus de sentido, por ende, un efecto metafórico.

A modo de cierre y habiendo ya evidenciado que entendemos la principal limitación en esta construcción de categorías intermedias el insuficiente trabajo sobre el significante, apuntando a que avanzar sobre ese aspecto permita cierta economía en la metáfora y por ende mayor efecto retórico sobre las prácticas implicadas, retornaremos aquí sobre el carácter mismo de categorías intermedias en términos teóricos.

Se trata de una categoría analítica que requiere pensar su estatuto epistemológico, en tanto acarrea la problemática del carácter nomotético que se le supone a la ciencia, los sesgos de aplicabilidad, el uso ingenuo de la teoría, pragmatismo y eclecticismo – por lo que hemos advertido sobre la problemática de los desarrollos ad hoc. Podemos arriesgarnos a considerar que, la construcción de categorías intermedias, podrían llegar a ser el límite máximo en las producciones de un corpus, entre la pura reproducción teóricas y las producciones ad hoc.

Las categorías intermedias, suponen que no es posible acceder a la realidad sin mediaciones semánticas, y en rigor, sin una serie de ellas. Esta serie de desplazamientos semánticos para la construcción de una categoría intermedia “final”, reflejan el carácter gnoseológico y no óptico. No se tratará de un trabajo de afinación nominal como pretenderían los kantianos, no llegarán a tener una positividad inmanente. La categoría intermedia no es aplicación a un objeto, porque en esa operación, se quedaría en cero, se apagaría el objeto, la palabra mataría la cosa. Se trata de metáfora porque permite un plus de sentido, otra comprensión, una intelección novedosa. Este desmontaje permite evidenciar cierta negatividad de la teoría como abstracción. Puede llegar a ser como operación entre lo general y lo particular, aunque nos avocamos a considerarlo como recorte de otro discurso disciplinar.

Por otro lado, la articulación entre el estrato teórico general y la historicidad de los fenómenos particulares a estudiar, implicaría un estudio sobre la suposición de la

relación misma – suposición metafísica-, entre lo general y lo particular, problemática que excede el presente trabajo.

Esperamos poder avanzar sobre la construcción de categorías intermedias en tanto responden a una rectificación subjetiva del investigador en relación al corpus con el que se identifica, y a la vez habilitan una apertura colectiva, otra posible política sobre la realidad.

Conclusiones

Palabras finales

Llegado a este momento de recapitulación de la tesis, volveremos sucintamente sobre algunas de las premisas que ha arrojado este proceso de indagación epistemológica. A la división temática de los capítulos establecida a fines analíticos, proponemos aquí, sin embargo, palabras finales regidas con un principio sintético.

Tratándose entonces todo el proceso de investigación de dilucidar las condiciones de producción del campo del AT, en actual proceso de profesionalización técnica, es menester emplazar los compromisos políticos que le suponen a la Universidad como institución estatal. La Universidad es quien gestiona el campo en lo referente a la formación y habilitaciones profesionales en las tecnicaturas, de modo que, se instala como principal agente organizativo y persuasivo. Así las cosas, será preciso comprender la formación misma de esta área como asunto de lo público. Esperamos haber podido circunscribir algunas heurísticas en este sentido. Precavidos también que el actual movimiento de desmanicomialización, utiliza el AT junto con otras prestaciones o dispositivos (llámese Centros de Día, Casas de Medio Camino, Residencias, etc.), que a pesar de sus buenas intenciones, no han logrado más que descentralizar el tratamiento, pero no desinstitucionalizarlo. Postulamos el imprescindible trabajo de restituir la clínica a un lugar originario, para nosotros, respetuoso de las condiciones de materialidad en que emerge el malestar. Es decir, territorializar las prácticas como principal dispositivo de deshegemonización del intervencionismo técnico. Al tomar la puja de las clínicas hipocráticas y galénicas superando las filiaciones de teorías explicativas, el campo se demarca más rotundamente en relación a la problemática de la otredad. Desde aquí se dedujeron imperativos éticos, operaciones técnicas, inferencias sobre el uso del espacio y su materialidad, de la relación con lo público, en definitiva, una política.

Hemos derivado que, si se asume la condición sustantiva de una clínica montada sobre nuevos setting, generará progresivamente – en términos lakatosianos-, cambios de observables y favorecerá la empírea. Estos nuevos desarrollos pudimos diferenciarlos en relación a aquellos que involucran la teoría y aquellos que involucran el ámbito técnico. Entre los primeros, encontramos cambios en los supuestos ontológicos de sujeto o subjetividad, en las teorías psicopatológicas,

en relación al trabajo con la materialidad y la presencia dramática no meramente representacional, en el situar las escenas como unidad de análisis posible para la práctica del AT, en presunciones específicas sobre la transferencia y la demanda, en la necesidad de discontinuarse de teorías explicativas que refuerzan los desarrollos ad hoc. Por un lado, hemos hecho notar que hay autores que hacen emerger el AT -su especificidad-, situados entre otras disciplinas; y aquellos que aspiran a delimitarlo con autonomía. Entre los primeros, la clínica es pensada con cierta opacidad, entre los segundos como objeto científico-tecnológico. Uno de los principales obstáculos epistemológicos en el AT, consideramos es estar subsumida al discurso psi. El AT debería discontinuarse de la psicología, pero de la psicología profesionalista, liberal, capacitista, colonizada, tecnicista y evolutiva, la actual. En tanto el AT pueda desmarcarse de teorías explicativas ajustadas ad hoc, y se adelante a los hechos, podrá generar no solo nueva empírea sino derramar heurísticas al campo de la clínica psi. Si bien coincidimos en la importancia de la conformación de series teóricas para la progresión del campo, consideramos que la apuesta no debiera ser tampoco alcanzar algo similar a una metateoría que encierre las disputas propias de la clínica, como si fuese el destino fecundo de la evolución de un campo emergente.

Este campo que hemos caracterizado como complejo, en disputa, de entramado internacional, bilingüe, colaborativo, aunque políticamente heterogéneo, con acceso jurídicamente diverso, con escasa producción científica, con una temporalidad intuitiva; sostuvimos que, como campo de saber, desde la clínica hipocrática se cuenta por su carácter propio de expectación, con mayor disponibilidad para problematizar cuestiones sobre la técnica y evidenciar nuevos observables. Por el contrario, desde la clínica galénica, se oculta la teoría de la técnica y, en consecuencia, sus observables no guardan especificidad.

En cambio, proponemos una clínica que sostenga límites técnicos difusos, vecindades teóricas, que se identifique con principios éticos rectores, que soporte paradojas de una clínica contrahegemónica, que tienda a pensarse como función, como analizador de la clínica en sí misma. Esta clínica, a partir de la noción de función puede, por un lado, identificar los debates sobre el AT como rol o función, como un falso problema, como heurística negativa, y a la vez, principalmente, incluir anomalías de su P.I.CI. rival. En consecuencia, la profesionalización de la práctica del AT, que a los ojos de la sociedad tecnocrática trataría de un avance científico y un triunfo en la legitimación

social, evidenciamos que también desde el campo del saber, termina siendo una regresión para sí.

En el campo de la clínica psi, las teorías de la técnica respecto al encuadre específicamente, tienen su razón de ser en el suponer que aquellos fenómenos que aparecen dentro de esa regulación artificial, son por un lado de carácter ontológico del sujeto y por otro, representativos de vivencias del sujeto por fuera de ese marco regulatorio. Por lo tanto, reiteramos no son ingenuos los criterios de demarcación de tal regulación. A partir de este corrimiento del encuadre tradicional al encuadre ambulante, se esbozan nuevos problemas para la clínica. Por lo tanto, para nosotros esta sería una condición de discontinuidad técnica para el AT de las más promisorias en su progresividad como campo de saber; y al mismo tiempo, le valdría para fundamentar cierta especificidad.

Hemos insistido también que, si bien el encuadre no esté pegado a un lugar físico, no está exento sino por el contrario, del estudio sobre su materialidad. A propósito de esto también es necesario, según nosotros entendemos, la demarcación en que el AT se realiza en lo cotidiano y no en dispositivos artificiales de la clínica, tales como hospitales, consultorios, centros de días, etc. Aunque la práctica del AT esté plagada de ejercicios en estos ámbitos, comprendemos que a la discusión de sentidos respecto a qué sería lo cotidiano, no debiese eximirse igualmente un criterio de demarcación. Entonces, por lo menos para nosotros, el encuadre será ambulante no solo por su carácter de circulación sino también por establecerse en lo cotidiano, como clínica de lo cotidiano. De momento, dimos cuenta que demarcar un ámbito como cotidiano, resulta insuficiente si se pretende establecer desde dimensiones físicas. A razón de esa evidencia, entendimos que es preciso devolver a la idea de cotidiano, el concepto. De este modo, postulamos que: primero, según la concepción teórico filosófica que se apropie el clínico, quedará posicionado respecto a lo cotidiano de diferente modo; segundo, si no se problematiza lo cotidiano como producción cultural, como ficción, se apegará entonces a la noción de realidad y el clínico ubicado desde ahí en el tratamiento de pacientes graves con conflicto con el orden de la realidad, tomará una posición intervencionista. Tercero, aunque podría resultar contradictorio en primera instancia, creemos es necesario derivar lo cotidiano hacia lo público.

Esta posición de una clínica compleja que no debe ser reductible en una técnica protocolizable, requiere trascender la seducción en la técnica, como verdad ontológica, tan funcional a la era posmoderna. Es evidente que el proceso de subespecialización dentro de las operaciones de organizar y persuadir, es propio de las lógicas de mercado en que ingresan los campos profesionales. En la lógica neoliberal, es justificado que la especialización sea de menor acceso para que se acreciente así el valor del recurso. Estas características de fragmentación, perdiendo la aspiración a una visión compleja o universal, los excesos de especialización sobre el signo del utilitarismo, la indeterminación del objeto de estudio, la pobreza teórica con predominio de desarrollos ad hoc, el poco tratamiento sobre los desarrollos metafóricos, así como claudicar ante las demandas mercantiles, parece ser el destino del campo del AT.

Observamos también que, aun siendo una práctica emergente, se ha pasado de un programa clínico a uno rehabilitador. La formalización y profesionalización del AT es el principal signo de estancamiento desde que se constituyó como un campo de saber específico. En tal sentido, es valioso interpelar al campo y los suyos respecto a cuál sería el núcleo duro del AT. Habiendo nosotros descartado el trabajo en equipo, la supervisión y cierta referencia sobre los cotidianos, pudimos ponderar respecto al objeto de estudio, por decirlo de modo formalizable, establecer el “objeto-locura” –así en un sentido amplio provisoriamente-, permite por un lado incrementar los campos de saber a convocar, asumiendo la opacidad del fenómeno. Y, por otro lado, restringir la práctica de excesos de patologización de la vida cotidiana, de excesos de inclusión en discapacidad, en definitiva, de excesos de control social – profesional- sobre otros malestares. Esto no es de sorprender en sociedades científico-tecnológicas-industriales, que en el área de salud promueven el auge de patologización de las infancias, medicalización de la vida cotidiana, nuevas nosografías de patologías actuales, entre otras, sin problematizar lo cotidiano en que emergen esos malestares. Para nosotros, como ya mencionamos, no basta con justificar al AT desde las limitaciones técnicas del psicoanálisis u otras disciplinas, en tanto se desvanecería el campo en la medida que aparezcan técnicas o tecnologías que las aborden con cierto grado de eficacia. Trabajamos respecto a que recortar a quiénes iría dirigido el AT será progresivo en la medida que como aparato crítico fortalece el núcleo duro. Se trata fundamentalmente de invertir la lógica argumentativa que sostiene al AT como una

técnica aplicable a muy diversas situaciones, como recurso maleable, sino que al revés, sobre un “objeto- locura” se desarrolla toda una clínica. De aquí derivamos que, entendiendo una clínica para la locura, esta debiera ser instalada en lo cotidiano, por acto de presencia y no solo en un trabajo representacional, bajo el principio de minimalismo técnico, con registro de la materialidad de las escenas urbanas. Establecimos ciertas coordenadas estructurantes de espacio y tiempo, pensamos los problemas en distintas escalas sucesiva y diferenciadamente, a modo de evidenciar los repliegues en los que se puede disponer la clínica; entre las ciudades, los barrios, las plazas, las casas, los rincones, lo colectivo y lo individual. En definitiva, sostuvimos que el malestar y la clínica encarnan las tensiones entre lo público y lo privado. Respecto a cómo se concibe el espacio privado, encontramos que, para la clínica intervencionista, lo privado es una zona a avanzar desde la prevalencia técnica, en cambio, para una clínica expectante se trata de una zona de cuidado primordial.

En el programa galénico en la clínica, así como para la clínica de tipo intervencionista en el campo del AT, la materialidad, las cosas presentes, los espacios de la práctica, los objetos sensibles, son accesorios al sujeto de sus intervenciones. Están claramente diferenciados y son del orden de lo adjetivo. Se tratarían de cualidades circunstanciales, agregados a una realidad dada. Esta cualidad contingencial y discrecional de los objetos, se disponen con facilidad para la clínica en un uso meramente técnico. Los objetos, las cosas, las condiciones materiales de las escenas de AT pueden ser usadas a favor de objetivos terapéuticos desencarnados; llámese entrenamientos, adaptaciones, desensibilizaciones donde la materialidad no guarda relación con la problemática subjetiva ni es puesta en cuestión.

Encomiamos que como clínicos debemos también poder reflexionar sobre cuál es el impacto de las políticas urbanas –administración de espacios semi públicos, flujos de circulación, espacios públicos, distribución y jerarquización de propiedad privada-, en la subjetividad, en los modos de habitar la ciudad, en la producción de ciudadanía. Consideramos también, que el pensamiento sobre la ciudad es posible de ser conmocionada desde una clínica del AT. Mapear el trazado de las circulaciones en las clínicas actuales del AT, arriesgamos, develaría las hegemonías societales que hemos trabajado. La clínica del AT en el trabajo urbano en lo cotidiano, pudiese bien subvertir las lógicas de cientificidad occidental, de objetivismo, control de variables en el ambiente, demarcación patente del objeto de estudio, protocolización metodológica.

En definitiva, para nosotros, desinstitucionalizar la clínica hegemónica y territorializar el conflicto debiera ser la tarea.

Hasta aquí, deseamos haber evidenciado que la noción de problemáticas para pensar los capítulos, así como el plantear las conclusiones como preguntas, responde al espíritu de la investigación; aún cuando se haya sentado posición en algunos casos, se haya sostenido la tensión en otros, y en menor medida se hayan alcanzado a formular solo como preguntas sin más. Se trató para nosotros de poder situar determinados problemas, dando cuenta a la vez del carácter de esas determinaciones. Toda la tesis se ha estructurado en torno a problemas antagónicos e hipótesis falsables. Los capítulos promovían derivas sobre temas que se recuperan en más de una ocasión, esperamos haya podido valorarse esto de modo de comprender el campo del AT como un entramado de significatividades y no como un despliegue lineal, de desarrollos evolutivos. Las hipótesis auxiliares propuestas en cada capítulo y en más de un apartado, fueron para nosotros al modo de cordones auxiliares de nuestra hipótesis principal. Sin embargo, sostenemos bien podrían ser abandonadas o suplantadas por otras que arrojasen mejor empírea, basados en la falsación metodológica y no dogmática. La tarea ha sido dar los debates de nuestro tiempo, con la conciencia del dilema que se enfrenta la universidad respondiendo a un contexto dado, más que pudiendo adelantarse a su época. Quedamos a la espera de la valoración respecto a la medida en que esta tesis haya respondido a una, u otra posición.

El mérito que nos reconocemos es el de haber podido construir, identificar, evidenciar problemas de un campo que parece necio en su continuidad. Reconocemos no hemos dado suficientes respuestas, nos conformamos con haber podido balizar ciertas derivas por las que se debiese avanzar y cuáles convendría ir abandonando. Estas premisas, sin embargo, no apuntan a prescripciones ni proscipciones a nivel de sus prácticas. La relevancia de una tesis epistemológica, aunque no agote el tema, consideramos valiosa en su incipiente incursión.

Aceptamos, por consiguiente, la crítica sobre posibles excesos de sentidos sobre la pugna de las clínicas en relación a conceptos que esas mismas clínicas obviamente no proveyeron. En tal caso, podrá criticarse si los sentidos que se desprenden de las clínicas en puja en relación a lo urbano y la materialidad, son de carácter meramente especulativo -en tanto las clínicas galénica e hipocrática no se lo

plantearon-. Sin embargo, este mismo exceso de sentidos sobre lo dado, las nuevas líneas de investigación abiertas, son a su vez lo propio del avance de la tesis. Algo similar ocurre respecto al sexto capítulo, podría criticarse el cambio de epistemología; sin embargo, entendemos que responde a nuevas preguntas que se derivaron de la tesis y no podrían haber estado previstas de antemano. Tal vez, haberlas dejado como preguntas hubiese resultado en una tesis de principio a fin más sistemática, aunque, el avanzar sobre el trabajo de esas nuevas problemáticas, ya arroja mayor heurística, espíritu principal del proyecto inicial. Asimismo, creemos se justifica desde el falsacionismo sofisticado, para promover progresividad del campo de problemáticas, en tal caso siempre falsables.

Queda mencionado para próximos estudios, dos áreas a trabajar, una la incipiente vía religiosa; y la otra, el análisis transversal de políticas de género.¹⁵ Esperando conmover a los propios y convocar a los ajenos, es que se ha presentado en distintos planos la relación del AT con la Psicología y la clínica psi. A pocos días del último Congreso Nacional de AT realizado en esta misma Facultad de Psicología (U.N.C.), donde se esbozaron intenciones de correr el campo del AT hacia lo comunitario; no queda claro si se trató de valorar una clínica que actúa sobre lo público, en relación a las prácticas que se han ido institucionalizando; o estuviesen planteándose revisiones en tanto campo de saber. En todo caso, desde esta tesis, nosotros insistimos en revisar desde este último, si es posible pensar el AT por fuera del discurso clínico, de alguno de ellos, o no.

¹⁵ En relación al AT y análisis de género, Mariana Candia (2017) se pregunta sobre cuál es la función que cumple el AT y si esa función de cuidado del otro esta necesariamente ligada, o no, a una cuestión genérica. Este trabajo es el único encontrado que aborda esta problemática.

Bibliografía y Anexos

Bibliografía

- A Casa. (Org.)(1991). *A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico/Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia. Escuta.* São Paulo
- A Casa. (Org.)(1997). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. Equipo de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. Educ.* São Paulo.
- Acebal, A., Fabiani L., y Martínez, M. (2016). Reflexiones teórico-epistemológicas sobre la construcción de políticas urbanas desde los organismos internacionales de financiamiento. En Núñez, A. (Comp.), *Epistemologías del (des)orden territorial* (86-108). Mar del Plata. Eudem.
- Agneray, F., Loget, M., Chaperot, C. (2016). Schizophrénie: quand habiter devient impossible. À propos d'une clinique de proximité. *Evol Psychiatrique Elsevier Masson*, 81, 589-603. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.07.003>
- Aguirre, S. (1995). La otra escena. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría.* Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Akselrad, R, y Levit, C. (2002). Acompañamiento terapéutico y autismo. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.
- Alderete, S. (2011). Proyecto casa de familia. En *El acompañamiento terapéutico como dispositivo.* Buenos Aires. Letra Viva.
- Altomano, G. J. y Azpillaga, S. (4 de junio de 1994). *Acompañamiento psicoterapéutico o un abordaje posible para pacientes graves.* En *Jornada teórico clínica del Departamento de Psicosis en la Asociación Psicoanalítica Argentina.* <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=22611>
- Altomano, G. J. y Azpillaga, S. (1995). Acompañamiento y psicosis. Nuestra concepción de su clínica. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría.* Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Antúnez, A. E. A. (2012). *Perspectivas fenomenológicas em atendimentos clínicos: humanologia.* Doctoral Dissertation, Universidade de São Paulo. Instituto de

- Apollon, W. (1997). Introducción. En Apollon, W., Bergeron, D. y Cantin, L. (1997). *Tratar la psicosis*. Buenos Aires. Polemos.
- Apollon, W., Bergeron, D. y Cantin, L. (1997). *Tratar la psicosis*. Buenos Aires. Polemos.
- Araujo, F. (2013). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapeutico. Dos especialismos à política da amizade*. Rio de Janeiro. Fabio Araujo Niterói. 1ra reimpresión.
- Argañaraz, J. *Psicopatología y psicoanálisis: una perspectiva desde Lakatos*. Córdoba. Brujas.
- . (2007). *El freudismo reformista: 1926-1976: en la literatura y la medicina, la política y la psicología*. Córdoba: Brujas.
- . (2012). *Ruptura y continuidad de Lacan con Freud (desde Lakatos)*. Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.
- . (2014). *Reconstrucción racional de las teorías psicológicas y psicopatológicas de Sigmund Freud utilizando la metodología de programas de investigación*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Nacional de Córdoba.
- Arinci, M.I., Goldberg, J., Núñez, J. L., Santos, M. y Salvetti, P. (1995). Algunas cuestiones sobre acompañamiento terapéutico. En Rossi, G., Pulice, G. y Manson, F. (1995). *Hacia una articulación de la clínica y la teoría: publicación de trabajos presentados*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Armenia, M. (2002). *Acompanhamento Terapeutico (AT). Historia del rol del AT*. <http://siteat.net/2002/06/20/mariela>
- Audero, W. (1995). El acompañamiento entre la sutura y la estética. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Audisio, S. (2017). *La inclusión desde el acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires. Bonum.
- Azpillaga, S. (2002). Presentación de la Lic. Silvia Azpillaga. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y

- Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.
- Badiou, A. (2007). *El ser y el acontecimiento*. Buenos Aires. Manantial.
- Bachelard, G. (2000). *La poética del espacio*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Balmaceda, M. N. y Santangelo, V. E. (14 - 18 de noviembre 2017). *Co-visión activa un espacio de AT hecho por ats*. Documento presentado en *XI Congreso Internacional de Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo, Brasil.
- Barbosa Goncalves, C. A. (2012). *A contratransfêrencia na clínica contemporânea*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Barembliitt, G. F. (1991). O acompanhamento terapêutico e a Rua – O social como constitutivo do acompanhamento. In *A Casa. (Org.). A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico/Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia. Escuta*. São Paulo
- . (1997). Amigos qualificados... ou acompanhantes terapêuticos? In *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. Equipe de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. Educ.* São Paulo.
- Basch, V. y Finol Benavidez, O. (2012). La inclusión de lo social en el acompañamiento terapéutico. En Chévez Mandenstein (Comp.) *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid. Grupo 5.
- Bélanger, B. (1997). Trabajo de restauración del orden simbólico. En *Tratar la Psicosis* (156-160). Buenos Aires. Polemos.
- Bélanger, B. y Riou, L. (1997). Delimitación del discurso delirante y lazo social. En *Tratar la Psicosis* (151-158). Buenos Aires. Polemos.
- Benítez, F., Del Corro, R., Machado, R., Morán, J. (2016). Importancia del acompañamiento terapéutico escolar como especialidad. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras* (209-2014). Córdoba. Brujas.

- . (2017). *Acompañamiento terapéutico escolar: aportes teórico clínicos*. Córdoba. Brujas.
- Benítez, F. (25 de agosto de 2017). *Fundando lugares: posibles aportes desde el concepto de placement al AT Escolar*. Documento presentado en *Jornada Preparatoria al Congreso Nacional e Internacional de AT 2017: Articulaciones del AT: tiempo, lugar, redes, instituciones*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- Bercherie, P. (1983). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires. Paidós.
- Berger, E. (1997). Introducao. En *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. Equipo de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa*. Educ: São Paulo.
- Bergliafa, C. y Puente, S. (2008). *Producción Bornoroni. Relato degenerado del encuentro con un loco*. Buenos Aires. Cactus.
- Berenice, F. y Perlo Sáenz, Y. (octubre de 2001). *El acompañamiento terapéutico como un dispositivo analítico*. Documento presentado en *Segundo Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico*. Córdoba, Argentina.
- Berrios, G. E. (2004). La epistemología y la historia de la psiquiatría. *Vertex*. 15(55), 29-37. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex55.pdf#page=30>
- Bessón, M. (2018-a). El AT como fábrica de existencias creadoras. El desafío de estar para ser. En *Praxis del Acompañamiento Terapéutico. Escrituras sobre la práctica en la ciudad de Rosario*. Rosario. Colegio de Psicólogos.
- . (2018-b). *El acompañamiento terapéutico como práctica situada*. Buenos Aires. Manuel Suárez.
- Black, M. (1966). *Modelos y Metáforas*. Madrid. Tecnos.
- Borja, J. (2016). Manifiesto por el foro alternativo de hábitat III. En Borja, J., Carrión Mena, F., y Corti, M. (Eds.) (2016). *Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a Habitat III*. Buenos Aires. Café de las ciudades.
- Borja, J. y Carrión Mena, F. (2016). Introducción. En Borja, J., Carrión Mena, F., y Corti, M. (Eds.) (2016). *Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a Habitat III*. Buenos Aires. Café de las ciudades.

- Borja, J., Carrión Mena, F., y Corti, M. (Eds.) (2016). *Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a Habitat III*. Buenos Aires. Café de las ciudades.
- Bourdieu, P. (2007). *Campo de poder y reproducción social: elementos para un análisis de la dinámica de las clases*. Córdoba. Ferreyra Editor.
- Bousoño, N. y Labiano, F. (1995). ¿Con qué se encuentra uno trabajando como acompañante terapéutico? En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Bringas, L., Ferreyra Bettucci, E., Juaneu, L., Kretzky, C. y Aguilar, L. (7 - 8 de septiembre de 2001). Aproximación al rol del A.T.: una experiencia institucional. Documento presentado en *Segundo congreso argentino de acompañamiento terapéutico*. Córdoba.
- Buenfil Burgos R. N. (2008). La categoría intermedia. En Cruz, O., Echeverría, L. y Southwell, M. (Coord.) *Investigación social: herramientas teóricas y análisis político de discurso (29-40)*. México. Casa Juan Pablos, Centro Cultural, SA de CV.
- Bustos, G. (2011). Parte II: Acompañamiento terapéutico en el sistema público de salud. En *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2016). Acompañamiento dual, familias complejas. En Frank, M.L., Costa, M. y Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras (183-193)*. Córdoba. Brujas.
- Bustos, G. y Frank, M.L. (Comps.) (2011). *Acompañamiento terapéutico: innovaciones en la Clínica, Inscripción Institucional*. Buenos Aires. Dunken.
- Cabral, K. V. (2005). *Acompanhamento Terapêutico como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: considerações sobre o Setting*. Tese de maestrado. Instituto Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.
- Cabrera Hernández, D. C. y Carbajal Romero, J. (2012). Emplazamiento analítico. Locus de intelección y subjetividad. *Investigación educativa. Huellas metodológicas (121-137)*. Ciudad de México, Casa Juan Pablos.

- Campise, W. (2012). Acompañamiento terapéutico escolar. En *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba. Brujas.
- Candia, M. (14 - 18 de noviembre 2017). *Algo sobre el AT y género: ¿Una función para cada género?* Documento presentado en *XI Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico*. São Paulo - SP, Brasil.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- . (2004) *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Carnier, A. C. D. (2008). *O acompanhamento terapêutico na assistência e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo.
- Carpenter, W. T. (2007). *Un siglo de evolución en el paradigma de la esquizofrenia*. Buenos Aires. Gador.
- Carpintero, E. y Vainner, A. (2004). Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los sesenta y setenta: tomo I y II. En *Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los sesenta y setenta: tomo I 1957-1969* (412-). Buenos Aires. Topia Editorial.
- Carpio, S., French, F., Grosso, V., Machado, R. (2011). Acompañamiento terapéutico espontáneo. Una experiencia en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba. En *Acompañamiento terapéutico. Innovaciones de la clínica. Inscripción institucional*. Buenos Aires. Dunken.
- Carrión Mena, F. (2016). Nuevos patrones de urbanización, nueva ciudad en América Latina. En *Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a Hábitat III*. Buenos Aires. Café de las ciudades.
- Carrozzo, N. (1997). Apresentação. En *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. Equipe de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa*. São Paulo. Educ.
- Carvalho, S. S. (2004). *Acompanhamento terapêutico: que clínica é essa*. São Paulo. Annablume.
- Castaño, A. y Manuel, B. (2002). La formación académica del acompañante terapéutico. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C.,

- Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C. *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.
- Castejón Hermann, M. (2012). De la crisis psicótica al lazo social o fragmentos clínicos del acompañamiento terapéutico. Para un esbozo de una teoría del método. En Chévez Mandenstein (Comp.) *Acompañamiento terapéutico en España*. Madrid. Grupo 5.
- . (2014). *Acompañamiento terapéutico: articulador de lo real, simbólico e imaginario*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2016). Há uma epistemologia para o Acompanhamento Terapêutico?. En Frank, M.L., Costa, M. y Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico clínica en las fronteras*. Córdoba. Brujas.
- Cavagna, N. (1997). El contacto corporal en el acompañamiento terapéutico. *Dinámica* 6, 2(2). Buenos Aires.
- . (s.f.). ¿Qué es el acompañamiento terapéutico? <http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinámica/dinamica-17dinamica-1.htm>
- Cesarino, A. C. (1991). La calle y lo social de cada uno. En *Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A CASA (Org.), "A rua como espaço clínico"*. São Paulo. Hucitec.
- Centro de estudos sociais (2019). *Presentación de escuela de verano 2019*. Universidade do Coimbra. Disponible en www.ces.uc.pt [Consultado el 11 de noviembre de 2022]
- Chayan, K. (2003). *La abstinencia en el AT*. <https://es.scribd.com/document/421574766/La-abstinencia-en-el-AT>
- Chauí-Berlinck, L. (2010). O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 62(1), 90-96. São Paulo. <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229016557010.pdf>
- . (2011). *Andarilhos do bem: Os caminhos do acompanhamento terapêutico*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.

- . (2016). AT en lo cotidiano, una clínica en las fronteras. En Frank, M.L., Costa, M. y Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico. Clínica en las fronteras*. Córdoba. Brujas.
- Chévez Mandelstein, A. (2012). *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid. Grupo 5.
- Chévez Mandelstein, A. y Montuori, A. (2016). Psicodrama y teatro espontáneo como herramienta conceptual para el acompañamiento terapéutico de personas con enfermedad mental grave. En Frank, M.L., Costa, M. y Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico. Clínica en las fronteras*. Córdoba. Brujas.
- Colegio de Psicólogos Santa Fe 2° Circunscripción (2018). *Praxis del Acompañamiento Terapéutico. Escrituras sobre la práctica en la ciudad de Rosario*. Santa Fe. Colegio de Psicólogos Editorial.
- Colovini, M. y otros (octubre de 2001). *Una práctica de pensar la práctica*. Documento presentado en Segundo congreso argentino de acompañamiento terapéutico. Córdoba.
- Conti, N. A. y Stagnaro, C. (2007). *Historia de la Ansiedad: Textos escogidos*. Buenos Aires. Polemos.
- Cornaglia, M. P., Dellacasa, G., Seratti, S. (2007). *Hacia una posible conceptualización del rol de acompañante terapéutico en Tribunales de Familia de la Provincia de Córdoba*. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Cossi, E. (2002). *Presentación del Lic. Eduardo Cossi*. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.
- . (2016). El AT en el tratamiento del autismo. Condicionamiento operante para el desarrollo de programas de aprendizajes. Programas de refuerzo, apoyos y modelado. En *Manual práctico de Técnicas y Estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos*. Buenos Aires. Akadía.
- Cotta, J. A. M. (2010). *Memórias de um desterro: corporeidade na clínica contemporânea*. Tese de Doutorado, não publicada. Universidade de São

<https://uspdigital.usp.br/janus/componente/catalogoDisciplinasInicial.jsf?action=3&sgldis=PSC5978>.

- Crovella, F. (2016). Hacia una aproximación transductiva de la noción de territorio. En Núñez, A. (Comp.) *Epistemologías del (des)orden territorial*. Mar del Plata. EUDEM.
- Cuadrado Esclapez, G. (2004). Metáfora, ciencia y cultura: Propuesta de una nueva tipología para el análisis de la metáfora científica. *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos (AELFE)*, 7, 53-70.
- Dagfal, A. (2009). *Entre Paris y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires. Paidós.
- Dami S. y Machado Silveiraner, R. W. (2013) Devires e drivers da clínica: acontecimentos no acompanhamento terapêutico. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6 (1), jan - jun, 2013, 71-89.
- Danto, E. A. (2013). *Psicoanálisis y justicia social*. Madrid. Gredos.
- De Carlos, D. (2015). Quando a vida se desvela. O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo para educação inclusiva. En *Nas trilhas do acompanhamento terapêutico*. Comoser. Uberlândia.
- De Certeau, M. (2006). *La invención de lo cotidiano. Vol. 1 y 2*. México. Universidad Iberoamericana.
- De La Sovera, S. (2019). Clínica ampliada, quebrando aislamientos. Buenos Aires. Topia <https://www.topia.com.ar/articulos/clínica-ampliada-quebrando-aislamientos>
- De Sousa Campos, G. W. (2001). *Gestión en salud, en defensa de la vida*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- De Sousa Santos, B. (1995). *Toward a new common sense: law, science and politics in the paradigmatic transition*. Nova Lorque. Routledge.
- . (1998). *De la mano de Alicia: lo social y lo político en la posmodernidad*. Santafé de Bogotá. Siglo del Hombre.

- . (2000). *Crítica de la razón indolente: contra el desperdicio de la experiencia. Vol. I: por un nuevo sentido común*. Bilbao. Desclee.
- . (2002). A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. Volume 1. (4ta. ed.).
- . (2009). *Una Epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. México. Siglo XXI.
- . (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Uruguay. Trilce.
- . (2016). Desde la perspectiva de los condenados a la ciudad. En Borja, J., Carrión, F. y Corti, M. (Eds.) *Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a Habitat III*. Ecuador. FLACSO.
- . (2017). *Justicia entre saberes: Epistemologías del sur contra el epistemicidio*. Madrid. Morata.
- . (2018). *Construyendo las Epistemologías del Sur: para un pensamiento alternativo de alternativas. (vol. I y II)*. Buenos Aires. CLACSO.
- . (2019) Presentación. Centro de Estudos Sociais. Summer School. Universidade de Coimbra. Coimbra.
- . (2020). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO, 2020. 85 páginas. *Revista Intervención*, 10(2).
- . (2021). *Descolonizar la Universidad: el desafío de la justicia cognitiva global*. Buenos Aires. CLACSO. <https://eg.uc.pt/handle/10316/96313>
- Deleuze, G. (1996). *Crítica y clínica*. Barcelona. Anagrama.
- Dorfman de Lerner, B. (1984). Nuevo modo de investigar en psiquiatría: el acompañamiento terapéutico. *Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.* (30), 21-28.
- Donghi, A. (1979). Acompañamiento Terapéutico: una aproximación teórica. *Rev. Actualidad Psicológica*. Año V. N°49 Septiembre, 1979:1, 10 y 11. Buenos Aires.
- Dozza de Mendonça, L. (1986) Acompañamiento terapéutico en pacientes psicóticos: presentación de un caso clínico. Comunicación presentada por el Instituto A Casa en II Congreso de trabajadores de salud mental. San Pablo, Brasil.

- . (1994). Acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos. Consideraciones teóricas, ideológicas y prácticas. *Área 3. Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, (1).
- . (2000). *Lo social es un lugar que no existe: reflexiones desde el AT de pacientes psicóticos*. <http://siteat.net/Leonel>
- . (2012). Clínica de lo cotidiano en acompañamiento terapéutico. En Chévez Mandelstein, A. *Acompañamiento Terapéutico en España* (85-93). Madrid. Grupo 5.
- . (2014). *Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2016). Fronteras del acompañamiento terapéutico. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras*. Córdoba. Brujas.
- Dozza de Mendonça, L. y Tarí, A. G. (1995-1996). Estrategias asistenciales para pacientes graves: Un intento de conceptualización. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, (3). <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-3-Estrategiasasistenciales-LDozzayATar%C3%AD.pdf>
- Dragotto, P. (2011-a). Dispositivos de acompañamiento terapéutico en el tratamiento psicoanalítico de las adicciones. En *Acompañamiento terapéutico. Innovaciones de la clínica. Inscripción institucional*. Buenos Aires. Dunken.
- . (2011-b). Legalidades del A.T. En *Acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2012). Adicciones. En *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba. Brujas.
- Dragotto, P. y Frank, M.L. (2006). *Ética y acompañamiento terapéutico. Actualidad psicológica XXXI N°346*. Buenos Aires.
- . (Comp.) (2012). *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba. Brujas.

Duarte Barretto, K. (1997). Acompanhamento Terapêutico: uma clínica do cotidiano. *Insight Psicoterapia*, 7(73), 22-24.

---. (2001). Acompanhamento terapêutico: uma clínico do cotidiano. <http://siteat.net/2001/06/26/Kleber>

---. (2002). Vértice estético no acompanhamento terapêutico: repercussões da clínica do self. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.

---. (2005). Ética y Técnica en el Acompañamiento Terapéutico. *Andanzas con Don Quijote y Sancho Panza*. São Paulo. Unimarco.

---. (2011). La tercera margen del río: reflexiones para una ética del acompañamiento terapéutico. En *Acompañamiento terapéutico. Innovaciones de la clínica. Inscrición institucional*. Buenos Aires. Dunken.

Enredat. Número 1. Noviembre, 2010. FunDAT: Buenos Aires.

Equipo de AT do Instituto A CASA (Orgs.) (1986). Acompañamiento terapéutico de pacientes psicóticos. Presentación de un caso clínico. Documento presentado en *II Congreso de Trabajadores de Salud Mental*, São Paulo. <https://www.acompanhamentoterapeutico.com/artigos>

---. (1991). *A rua como espaço clínico*. São Paulo. Escuta.

---. (1997). *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. São Paulo. Educ.

---. (2005). *Textos, texturas y tesituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo. Hucitec.

Esparza, E. E., Sandoval, M. A., Rincón, T. C. M., Ruíz, E. M. E., Pacheco, J. H. O. y Serna, M. A. (2013). Acompanhamento, terapêutico? *Atravessar. Revista Acompanhamento Terapêutico*. 2(3).

Estellita-Lins, C., Oliveira, V. M. y Couthino, M. F. (2009). Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 14(1), 205-215. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v14n1/a26v14n1.pdf

- Falú, A. (2014). El derecho de las mujeres a la ciudad: espacios públicos sin discriminaciones y violencias. *Vivienda y Ciudad*. 1,(12), 10-28. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/34632>
- . (2015). Prefacio. En *Antropología de lo urbano* (2da. ed.). Buenos Aires. Café de las ciudades.
- . (2016). La omisión de género en el pensamiento de las ciudades. *En Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a Habitat III*. Buenos Aires. Café de las ciudades.
- Fantinato, V., Méndez, P., Saranitte, A. (2002). El ojo avizor. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.
- Fernández, L., Olano, M. R., Gini, M., Pino, S. y Cordero, F. (1995). Acompañar en la urgencia. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Fernández Christlieb, P. (2002). Psicología colectiva de las cosas y otros objetos. *Psicología Social*, 1, 9-20.
- . (2004). *El espíritu de la calle. Psicología política de la cultura cotidiana*. México. Anthropos.
- Fernandez D'Adam, G. y col. (2005). *Haciendo Caminos... Primer tramo*. San Juan. Gabas.
- Feyerabend, P. (2015). *Tratado contra el método: esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Madrid. Tecnos.
- Flichman, E. y Pacífico, A. (1996). *Pensamiento científico III: la polémica epistemológica actual*. Buenos Aires. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Programa Prociencia. https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=22356
- Franca, D. A. D. (2009). Passeio da tarde: um estudo sobre “o setting clínico ambulante” do acompanhamento terapéutico de grupo. 104f. Dissertação

(Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) Universidade de Brasília, Brasília.
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/4074>

- . (2013). Group Therapeutic Accompaniment: an alternative for mental health. *Atravessar. Acompanhamento Terapêutico*, 2(3).
- . (2016). *A psicopatología fenómeno-estructural na clínica do acompanhamento terapêutico em grupo*. Tese de doutorado. Instituto em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.47.2016.tde-07102016-141602
- Frank, M. L. (2012). Acompañamiento terapéutico grupal. En Dragotto, P. y Frank, M.L. comp. (2012). *Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en A.T.* 181-195. Córdoba: Editorial Brujas.
- . (2016). Abordajes en AT una mirada ampliada hacia la familia. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras* (67-74). Córdoba. Brujas.
- Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) (2016). *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras*. Córdoba. Brujas.
- Franzen, Marisela y otros (1998). *Atención domiciliaria y acompañamiento terapéutico: modalidad y recurso en el dispositivo de atención en crisis. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental RISaM*. [Se desconoce el lugar de presentación de la ponencia, se cuenta con el documento entregado por informante clave: Estela Heredia (ver capítulo 1)].
- Freud, S. (1992- a). *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- . (1992- b). *Sigmund dObras completas. Tomo II: Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica d ella razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós.
- Galli, V. (2011). Salud mental: historias, leyes, dispositivos, acompañamientos para la vida. En *El acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires. Letra Viva.

- García, D. (2001) La deliberación moral: el método de la ética clínica. En Rev. "Medicina Clínica" Vol. 117 Num. 01 Págs. 18-23. Barcelona.
- Gastaldi, M. R. (2017). *Estudios de cultura material. Programa de Cátedra. Licenciatura en Antropología. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba.* Disponible en <http://blogs.ffyh.unc.edu.ar/antropologia/files/2017/05/Programa-Estudios-de-Cultura-Material-2017.pdf> [Consultado el 5 de enero de 2022]
- Genaro Junior, F. (2013). *Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de psicologia clínica no SUS.* Doctoral dissertation. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo. 10.11606/T.47.2013.tde-22052013-152831
- Ghertman, I. A. (2009). Aproximações a uma metapsicologia freudiana da escuta: ressonâncias a partir do campo do acompanhamento terapêutico. Master's dissertation. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. 10.11606/D.47.2009.tde-17122009-090757
- Gigante, C. y Giraudó, M. (2011). Acompañamiento terapéutico judicial, nuevas inserciones. En *Acompañamiento terapéutico. Innovaciones de la clínica. Inscripción institucional.* Buenos Aires. Dunken.
- Giraudó, M. (2016). La dimensión del cambio en la conceptualización del acompañamiento terapéutico. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras* (147-155). Córdoba. Brujas.
- Gómez, M. (2020). Programa Psicología clínica del Acompañamiento Terapéutico. Carrera de Tecnicatura en AT. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- Gomidez Santos, R. (2006). *Textos, texturas e tesituras no acompanhamento terapêutico.* São Paulo. Hucitec e Instituto A CASA.
- . (2013). Acompanhamento Terapêutico de pacientes neurológicos: Uma experiência de ensino em psicoanálise. Doctoral Thesis. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo. 10.11606/T.47.2013.tde-08102013-144925

- Graíño, C. y Fernández, V. (2015). *Acompañamiento terapéutico: historia institucional y perspectiva clínica*. Bahía Blanca. IFaD.
- Gravano, A. (2015). *Antropología de lo urbano* (2da. ed.). Buenos Aires. Café de las ciudades.
- Guzmán, J. L. y Domínguez, M. (octubre de 2001). *La internación con acompañamiento familiar en el Hospital de Salud Mental de la Provincia de San Luis*. Documento presentado en Segundo Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. Córdoba.
- Harvey, D. (2009). Derecho a la ciudad. Carajillo de la Ciudad. *Revista digital del programa en gestión de la ciudad, 1*. Buenos Aires. Café de las ciudades.
- . (2013). *Ciudades rebeldes: del derecho a la ciudad a la revolución urbana*. Madrid. Akal.
- Heidegger, M. (1994-a). La cosa. En *Conferencias y Artículos* (143-). Barcelona. Ediciones del Serbal.
- . (1994-b). "...Poéticamente habito el hombre...". En *Conferencias y Artículos* (163-). Barcelona. Ediciones del Serbal.
- . (1997). *Construir, habitar, pensar*. Córdoba. Alción.
- Heredia, M. E. (7-8 de septiembre de 2001). *Acompañamiento Terapéutico: propuesta carrera intermedia*. Documento presentado en Segundo Congreso Argentino de Acompañamiento Terapéutico. Córdoba.
- Heredia, M. E., Savy, M. y otros (mayo de 2000). *La capacitación en el rol de acompañante terapéutico en la clínica Bermann de Córdoba*. Documento presentado en Primer Encuentro de Acompañantes Terapéuticos de Córdoba, Córdoba.
- Hernández, D. (2016). Hacer lugar. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras* (83-87). Córdoba. Brujas.
- Holbraad, M., Pedersen, M.A. y Viveiros de Castro, E. (2014). "The Politics of Ontology: Anthropological Positions." Fields <http://culanth.org/fieldsights/462->

[the-politics-of-ontologyanthropological-positionsights](#) - Theorizing the Contemporary, Cultural Anthropology Online, January 13, 2014.

Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 1(1), 9-36. <http://www.wv.revistaaen.es/index.php/frenia/article/download/16354/16200>

---. (2002). Organizar y persuadir: Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936). *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*.

Husserl, E. (1995). *La tierra no se mueve*. Madrid. Editorial Complutense SA.

Ingrassia, F. (2002). Intervenir en situación. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.

Júdez, J., y García, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7)

Juresca, J.L. (1995). La función del acompañante en un caso de psicosis. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.

Kalina, E. (1985). El acompañamiento terapéutico: breve historia y fundamento. En *Acompañamiento terapéutico y pacientes psicóticos*. Buenos Aires. Trokel.

---. (1991) [1985]. Prólogo a dos voces. En Kuras, S. y Resnizky S. (2003) *Actualización teórico – clínica* (2da. ed.). Buenos Aires. Letra Viva.

Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *The Journal of pediatrics*, 25, 211-217. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(44\)80156-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(44)80156-1)

---. (1971). Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(2), 119-145. <https://doi.org/10.1007/BF01537953>

Korin, S. (1978). Equipos psicoterapéuticos para pacientes críticos. *Revista de Psicoanálisis*, 25(3 y 4), Buenos Aires, APA, 625-643.

<http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19783503/p0625.dir/REVAPA19783503p0625Korin.pdf>

- Kuhn, T. (1979). *La metáfora en la ciencia*. Cambridge. Cambridge University Press.
- . (2013). *La estructura de las revoluciones científicas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Kuras De Mauer, S. y Resnizky, S. (1985). *Acompañamiento terapéutico y pacientes psicóticos*. Buenos Aires. Trokel.
- . (2003). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico clínica*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2005). *Territorios del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2011). *Acompañamiento terapéutico como dispositivo*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2012). Acompanhamento Terapêutico é logicas fraternas. *Atravessar Revista Acompanhamento Terapêutico*. 1(1).
- Kusch, R. (2000). *Obras completas. Tomo I y III*. Rosario. Editorial Fundación Ross. La Plaza. Revista digital de Acompañamiento Terapéutico. Facebook <https://www.facebook.com/La-Plaza-AT-214680679024829/>.
- La Rosa Mesquita, J. (2004). Que grupo é este? En *Acompanhamento terapêutico na rede pública. A clínica em movimento*. Porto Alegre, RS. UFRGS.
- Lain Entralgo, P. (1961). *Teoría y realidad del otro*. Madrid. Revista de Occidente SA. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/teoria-y-realidad-del-otro-vol-2-otredad-y-proximidad/>
- . (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona. Masson.
- . (2011). El saber científico y la historia. *Cuadernos Hispanoamericanos*, 214 (1967), 5-23. <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc6q2h8> .
- . (2015). Hipocratismo, Neohipocratismo y Transhipocratismo. *Asclepio. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina*, 16 (1964), 5-18. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/hipocratismo-neohipocratismo-y-transhipocratismo/>

- Lakatos, I. (1989). *La metodología de los programas de investigación científicos*. Madrid. Alianza Universitaria.
- Lancetti, A. (2006). En *Textos, texturas e tesituras no acompanhamento terapéutico*. São Paulo. Hucitec e Instituto A CASA.
- . (2008). *Clínica Peripatética*. (3ra. ed.). São Paulo. Hucitec.
- Lanteri-Laura, G. (2000). Nuestra psiquiatría doscientos años después. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 11(40), 9-15.
<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex40.pdf>
- Lapoujade, D. (2018). *Las existencias menores*. Buenos Aires. Cactus.
- Lefebvre, H. (1969). *El derecho a la ciudad*. Barcelona. Península.
- . (1971). *De lo rural a lo urbano*. Barcelona. Península.
- . (1983). *La revolución urbana*. Madrid. Alianza.
- Lewkowicz, I. y Sztulwark, P. (2003). *Arquitectura, plus de sentido* (2da. ed.). Buenos Aires. Altamira.
- Ley 25421 de 2001. Programa de asistencia primaria de la salud mental. 4 de abril de 2001. Boletín Oficial Nacional No. 29640. 3/05/2001.
- Ley 9848 de 2010. Régimen de la protección de salud mental en la Provincia de Córdoba. 5 de noviembre de 2010. Boletín Oficial 05/11/2010.
- Ley 10393 de 2016. Acompañante terapéutico en la Provincia de Córdoba. 2 de diciembre de 2016. Boletín Oficial 15/12/2016.
- Ley 26657 de 2010. Derecho a la protección de la salud mental. 25 de noviembre de 2010. Boletín Oficial 2/12/2010.
- Ley 2152 de 1999. Sobre protección y asistencia contra los actos de violencia familiar en la Provincia de Neuquén. 16 de julio de 1999. Boletín Oficial 14/10/1999.
- Ley 3238 de 2020. Prestará asistencia la víctima de delito, de violencia familiar y de género, o de trata de personas, entre otros casos en la Provincia de Neuquén. Esta nueva norma sustituye el texto de la ley 2152. 16 de julio de 2020. Boletín Oficial 7/08/2020

- Ley 0599 de 2007. Regulación de la actividad técnica de los acompañantes terapéuticos en la Provincia de San Luis. Campo de acción. Matrícula profesional. Obligaciones. 12 de diciembre de 2007. Boletín Oficial 31/12/2007.
- Ley 4624 de 2010. Regula el ejercicio de la profesión de los Acompañantes Terapéuticos -AT- en la Provincia de Río Negro. 16 de diciembre de 2010. Boletín Oficial 10/01/2011.
- Ley 3407 de 2014. Regulación de la actividad de los acompañantes terapéuticos en la Provincia de Santa Cruz. 9 de diciembre de 2014. Boletín Oficial 18/12/2014.
- Ley 7697 de 2006. Regulación de la actividad técnica de acompañantes terapéuticos con título universitario o su equivalente en la Provincia de San Juan. 11 de mayo de 2006. Boletín Oficial 29/08/2006.
- Ley X-58 de 2012. Regulación de la actividad de acompañantes terapéuticos en la Provincia de Chubut. 11 de abril de 2013. Boletín Oficial 09/05/2013.
- Ley 1036 de 2015. Regulación de la práctica de acompañantes terapéuticos en la Provincia de Tierra del Fuego. 12 de marzo de 2015. Boletín Oficial 10/04/2015.
- Liendo, M. C. y Fernández, P. (Comp.) (2016). *Saberes y emancipaciones desde el Sur*. Villa María. Eduvim.
- Lima Palombini, A. L. (1999). O louco e a rua: clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação, subjetividade e poder*, 6, 25-31.
- . (2006). Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyché*, 10(18), 115-128. <https://www.redalyc.org/pdf/307/30701812.pdf>
- . (2009). Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal. Revista de Psicologia*, 21(2), 295-317. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000200008>
- . (2014). Presentación. En *Acompañamiento terapéutico: articulador de lo real, simbólico e imaginario*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2015). Andanzas pelo diferentes tempos do A.T. Inédito.
- . (2016). Lo sensible en la formación para el Acompañamiento Terapéutico. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras* (271-278). Córdoba. Brujas.

- Lima Palombini, A., Jover, E. R., Richter, E. P., Mesquita, J. R., Cabral, K. V., Benevides, L. G. et al. (2004). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre, RS. UFRGS.
- Lima Palombini, A., Cabral, K. V., y Belloc, M. M. (2005). Acompanhamento terapêutico: vertigens da clínica no concreto da cidade. *Estilos da clínica*, 10(19), 32-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200003&lng=pt&tlng=pt
- López Ocariz, C. y Bessón, M. (2018). La pregunta por la formación en acompañamiento terapéutico: complejidades de una praxis clínica. En *Praxis del Acompañamiento Terapéutico. Escrituras sobre la práctica en la ciudad de Rosario*. Rosario. Colegio de Psicólogos Editorial.
- Macías Lopez, M. A. (2006). Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico. Universidad Autónoma de Querétaro y Plaza y Valdez editores: Querétaro.
- Macías M. A., Gonzáles, I. R., Flores, E., Chavero, O. L. y Estevez, G. (2006). *Experiencia psicoanalítica y acompañamiento terapéutico*. México. Plaza y Valdés.
- Manson, F. (1995). Apertura del primer congreso nacional de acompañamiento terapéutico. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- . (s/f). Acerca de la transferencia en el acompañamiento terapéutico I y II. Inédito. Versión personal taquigráfica.
- . (Ed.) (2002). *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires. Polemos.
- Marcer, R. y Posternak, S. (s/d). Lugar y función del acompañamiento terapéutico en las configuraciones vinculares. Buenos Aires. Inédito.
- Marín, J. C. (2009). *Leyendo a Clausewitz. Cuaderno 8*. Buenos Aires. Colectivo Ediciones y Ediciones Picaso.

- Marinho, D., y Hospital-Dia "A Casa" dEquipe de AT (2006). Das teias familiares á encarnação da água. En *Textos, texturas e tesituras no acompanhamento terapêutico* (133-141). São Paulo. Hucitec.
- Martí, J. (2005). *Nuestra América*. Caracas. Fundación Biblioteca Ayacucho.
- Marques, M. R. (2013). A prática do Acompanhamento terapêutico como estratégia de expansão territorial: uma incursão cartográfica. *Psicologia & Sociedade*, 25, 31-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822013000600005>
- Metzger, C. (2006). Um olhar sobre a transferência no acompanhamento terapêutico. En RG Santos. *Textos, texturas e tesituras no acompanhamento terapêutico*. São Paulo. Hucitec.
- . (2017). *Clínica do acompanhamento terapêutico e psicanálise*. São Paulo. Aller Editora.
- Mías, C. D. (2016). Prólogo. En *Manual práctico de Técnicas y Estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos*. Buenos Aires. Akadía.
- Mitscherlich, A. y Krellenberg, A. S. (1969). *La inhospitalidad de nuestras ciudades*. Madrid. Alianza Editorial.
- Montero, L. y Sánchez, M. (2016). La Salud Mental en Córdoba y la necesidad de regular la profesión de Acompañante Terapéutico. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras* (255-265). Córdoba. Brujas.
- Montuori, A. (2012). Programa de caminatas: acompañamiento grupal. En *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid. Grupo 5.
- Montuori, A. y Chévez Mandelstein, A. (2016). Escena social y escena terapéutica: El Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG). En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras* (175-182). Córdoba. Brujas.
- Moreno, J. (2003). Prólogo. En *Arquitectura, plus de sentido* (2da. ed.). Buenos Aires. Altamira.

- Navarrete Cazales, Z. (2008). Construcción de una categoría intermedia: Ethos profesional. En Cruz Pineda y Echeverría Canto (Coords.) *Investigación social. Herramientas teóricas y Análisis Político del Discurso*. México. Casa editorial Juan Pablos/Programa de Análisis Político de Discurso e Investigación.
- Nuñez, A. (Comp.) (2016). *Epistemologías del (des)orden territorial*. Mar del Plata. EUDEM.
- Nuñez, A. y Crovella, F. (2016). Obstáculos epistemológicos en el derecho a la ciudad. En Nuñez, A. (Comp.) *Epistemologías del (des)orden territorial (160-177)*. Mar del Plata. EUDEM.
- Ogden, T. H. (1996). El concepto de acción interpretativa. *Psicoanálisis*. 18(3), 495-520.
- Oury, J. (2007). Síndromes *patoplásticos*. *Institución y establecimiento, las diversas formas de alienación. Conferencia de San Pablo*. Córdoba. Ediciones té de boldo.
- Pacheco, P. J. y Simborsky Menezes, V. C. (2014). Trajetórias do Acompanhamento Terapêutico: a cidade e a loucura. *Revista Psicologia em Foco*, 6(7), 65-81. <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1568>
- Pál Pelbart, P. (2008). Prólogo. En *Clínica Peripatética*. (3ra. ed.). São Paulo. Hucitec.
- Palero, J.S. (2016). El derecho a la ciudad según Henri Lefebvre. Del libro al movimiento. En *Vivienda y ciudad*, (3), 85-92. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ReViyCi/article/view/16283>
- Palma, H. A. (2005). El desarrollo de las ciencias a través de las metáforas: un programa de investigación en estudios sobre la ciencia. *Revista iberoamericana de ciencia y tecnología*, 2(6), 45-65. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-00132005000300003
- Patrignoni, A. S. (2020). *Acompañamiento terapéutico. Arte y técnica de una construcción colectiva*. Buenos Aires. Lugar editorial.
- Pascolini, A. (2014). *Huellas, silencios, horizontes. Una introducción crítica a la función del acompañante terapéutico*. Buenos Aires. Letra Viva.

- Pisano, A. D. (2013). *Acompañamiento T. y sus casos clínicos: articulación con counseling*. Buenos Aires. Dunken.
- Pitiá, A. C. D. A. (2002). *Acompanhamento terapêutico sob o enfoque da psicoterapia corporal: uma clínica em construação*. Tese de doutorado. Escola de enfermagem de Riberao Preto. Universidade de São Paulo.
- . (2005). *Acompanhamento terapêutico: a construção de uma estratégia clínica*. São Paulo. Vetor.
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las pampas*. Buenos Aires. Sudamericana.
- Popper, K. (2008). *La lógica de la investigación científica*. México. Tecnos.
- Porto, M. (2003). Fragmento sobre la (no)indicación de un acompañamiento terapéutico. Inédito.
- Possani, T. (2010). *A experiência de «sentir com» (Einfühlung) no acompanhamento terapêutico: a clínica do acontecimento*. Master's Dissertation. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. 10.11606/D.47.2011.tde-14062011-164143
- Psychê: revista de psicoanálise. Año X. N°18. Sept/2006. Unimarco: São Paulo.
- Pugés Allegues, M. y otros (2012). Historia del acompañamiento terapéutico en España. En Chévez Mandelstein (Coord.) *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid. Grupo 5.
- Pulice, G.O. (2011). Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico. En *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico* (218). Buenos Aires. Letra Viva.
- . (2012). Acerca de la especificidad del acompañamiento terapéutico. En Chévez Mandelstein (Coord.) *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid. Grupo 5.
- . (2014). *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico*. (2da. ed.). Buenos Aires. Letra Viva.
- Pulice, G.O., Manson, F. y Teperman D. (2005). Acompanhamento terapêutico: contexto legal, coordenadas éticas e responsabilidade profissional. *Estilos da Clínica*, 10(19), 12-31.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200002

- Pulice, G. O. y Rossi, G. (1994-a). *Acompañamiento terapéutico: aproximaciones a su conceptualización: presentación de material clínico*. Buenos Aires. Xavier Bóveda. <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1174>
- . (1994- b). *Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires. Letra Viva.
- . (1995). El acompañante terapéutico en la clínica actual. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- RAE, Diccionario panhispánico de dudas [sitio oficial] <https://www.rae.es/dpd/>
<https://dle.rae.es/conmover?m=form>
- Re, R. F. (2009). *Acompañamiento terapéutico en Salud Mental. Guía de la Red Sanar*. Buenos Aires. Ed. San Pablo.
- Resnizky, S. (2011). Acompañamiento terapéutico y vínculo fraterno. En Bustos, G. y Frank, M.L. (Comps.) (2011). *Acompañamiento terapéutico: innovaciones en la Clínica, Inscripción Institucional*. Buenos Aires. Dunken.
- Revista Acompanhamento Terapéutico. Mauricio Castejón Hermann y cols. Coordenação da série Isabel Cristina Gomez. 1º ed.. Serie práctica clínica. 2013. Zagodoni: São Paulo.
- Revista atravessar nº 2. 1º semestre de 2013. Dobra: São Paulo.
- . nº3. 2º semestre de 2013. Dobra: São Paulo.
- Revista Psyché: revista de psicanálise. Año X- Nº18 – Set/2006. Brasil: publicacao do Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise da Universidade Sao Marcos. São Paulo.
- Ricci, D. (2014). *Acompañamiento terapéutico: notas orientadoras para la actividad*. Buenos Aires. Ediciones Hormé.
- Ribeiro, T. D. C. C. (2002). *Acompanhar é uma barra: considerações teóricas e clínicas sobre o acompanhamento psicoterapêutico*. *Psicologia Ciência e Profissao*, 22, 78-87. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932002000200010>

- Ribeiro Aguilar, A. C. (1997). Acompañamiento terapéutico: a filosofía como ponto de partida. En *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. Equipe de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa*. São Paulo. Educ.
- Rinaldi, G. (2017). Prólogo. En *Aspectos legales del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Rivarola, G. (2002). Acompañamiento terapéutico y función secretario. En Rossi, G. C., Pulice, G. C., Leblebidjian, L. C., Manson, F. C., Frank, M. L. C., Alderete, S. C., y Dragotto, P. A. C., *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico* (1a.ed.). Buenos Aires. Polemos.
- Rodríguez Penagos, J. M. (2018). Ar-técnica y epistemología del AT: Los abismos del lenguaje. *La PlazAT. La revista digital de los Acompañantes Terapéuticos*, 3.
- Rolnik, S. (1997). Clínica nômade. En *Crise e cidade: acompanhamento terapêutico*. Equipo de acompanhantes Terapêuticos do Instituto A Casa. São Paulo Educ.
- Romaniuk, S. (2000). La metáfora en la obra de Thomas Kuhn. En García, P., Menna, S. H. y Rodríguez, V. (Eds.) *Epistemología e historia de la ciencia. Selección de trabajos de las X Jornadas de Epistemología e historia de las ciencias. Vol.6 (2000), No.6, (385-391)*. CIFYH, Universidad Nacional de Córdoba.
- Rosetto, J.S. (2011). La inclusión de nuevos actores en el proceso de reforma de la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca. En *Acompañamiento terapéutico, innovaciones en la clínica. Inscripción institucional*. Buenos Aires. Dunken.
- Rossi, C. (2012). Acompañamiento terapéutico en el ámbito educativo. En *Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A.T.* Córdoba. Brujas. Córdoba.
- Rossi, G. (2004). *El A.T. en la búsqueda de recursos terapéuticos alternativos*. Buenos Aires. Polemos.
- . (2007-a). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, sus redes y sus interlocutores*. Buenos Aires. Polemos.
- . (2007-b). *Historia del A.T. Movimientos sociales y en Salud Mental en Argentina de los años 60 y surgimiento de esta práctica* Psicomundo. Buenos Aires:

Recuperado de: Fundamento clínico del acompañamiento terapéutico
www.edupsi.com/at - atdupsi.com 15-03-07.

- . (2013). *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, sus redes y sus interlocutores*. Buenos Aires. Polemos. 3er ed.
- Rossi, G., Manson, F. y Pulice, G. (1997). La inclusión del acompañante terapéutico en la clínica actual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* 8, 46-49.
- Rossi, G., Pulice, G. y Manson, F. (1995). *Hacia una articulación de la clínica y la teoría: publicación de trabajos presentados*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Roy, A. (2013). Las metrópolis del siglo XXI: nuevas geografías de la teoría. *Andamios* 10(22), 149-182.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632013000200009
- Ruiz, M. (1995). Acompañar la psicosis. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163–192.
<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/4390>
- . (2017). La locura en el México antiguo. *Cuicuilco. Revista De Ciencias Antropológicas*, 24(68), 275–278.
<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/11295>
- Safra, G. (1998). A Loucura como Ausência de Cotidiano. *Psychê*, 2(2), 99-108.
- . (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo. Idéias e Letras.
- . (2006). Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. *Psychê*, 10(18), 13-20. <https://www.redalyc.org/pdf/307/30701802.pdf>
- . (2012). Acompanhamento terapêutico: uma clínica assemtada na ética. *Atravessar: revista acompanhamento terapêutico*, 1, 91-98.
- . (s.f.). *La matérialité dans l’action thérapeutique*. Institut de Psychologie de l’Université de São Paulo, São Paulo.

- Saliche, S. y Ambrosini, J. H. (2017). *Aspectos legales del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Saliche, S. y Turati, S. (2018). *El acompañamiento terapéutico en las patologías graves*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Sanches, S. (1995). Roberto... y una nueva implicancia clínica como acompañante terapéutico. En *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Buenos Aires. Ediciones Tres Lunas.
- Santolalla, M. (2016). ¿Por qué no caminar juntos? La fuerza del acompañamiento entre AT y psicoanalista. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras (75-81)*. Córdoba. Brujas.
- Santos, M. (1988). *Metamorfoses do Espaço Habitado, fundamentos Teórico e metodológico da geografia*. Hucitec: São Paulo.
- Sarabia, S. y Lindel, N. (2010). *Diversidad en la práctica del acompañamiento terapéutico*. Buenos Aires. Letra Viva.
- Saur D. G. (20-22 de febrero de 2008). *¿Aplicar la teoría? Reflexiones en torno a la noción de aplicación en el análisis del discurso*. Documento presentado en *II Encuentro Internacional Giros Teóricos*. Ciudad de México.
- . (2018). Integración y creación de categorías en los procesos de investigación (o de las posibilidades de diálogo entre arte y ciencia). *Heterotopías*, 1(1). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/heterotopias/article/view/20026>
- Saurí, F. (1997). *¿Qué es acompañar? Desgrabación Conferencia Córdoba*. No publicado.
- Sèchehaye, M. A. (1979). *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Schneeroff, S. y Edelstein, S. (2004). *Manual didáctico sobre acompañamiento terapéutico: introducción a la técnica y estrategias de abordaje clínico*. Buenos Aires. Librería Akadia Editorial.
- Sennet, R. (1997). *Carne y piedra*. Madrid. Alianza Editora.

- Serrone, A. (2001). Fobias graves y ataque de pánico. Rol del AT en la atención de la patología. Manuscrito no publicado. Apunte de clase curso de Capacitación teórico-técnica de acompañamiento terapéutico. Segundo nivel. Subsecretaría de Extensión a la Comunidad. Facultad de Psicología. UNC. Córdoba.
- Silva, D. y Silveira, R. W. M. (2013). Devires e drivers da clínica: acontecimentos no acompanhamento terapêutico. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 71-89. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000100006
- Souriau, E. (2017). *Los diferentes modos de existencia*. Buenos Aires. Cactus.
- Stagnaro, J.C. (1998). El acompañamiento terapéutico. Entrevista a Gustavo Rossi y Gabriel Pulice. *Vertex*, 19(31), 74-76.
- Stallybras, P. (2008). *O casaco de Marx. Roupas, memória, dor*. (3ra ed.). Belo Horizonte. Auténtica.
- Subiratis, M. (2016). Superar el androcentrismo urbano. En Borja, J., Carrión, F. y Corti, M. (Eds.). *Ciudades para cambiar la vida. Una respuesta a hábitat III*. Ecuador. FLACSO.
- Sydenham, T. (2007). La afección histérica. En Conti, N. A. y Stagnaro, J. C. *Historia de la ansiedad: textos escogidos*. Buenos Aires. Polemos.
- Tavares Da Silva, A. S. (2003). *O fazer andarilho: o acompanhamento terapêutico como um agente político*. <http://siteat.net/2014/08/07/alex>
- Taylor, S. (2020-a). *Bestias de carga. Estudios de discapacidad y derechos de los animales*. Córdoba. Ediciones Té de boldo.
- . (2020- b). *El derecho a no trabajar: poder y discapacidad*. Córdoba. Ediciones Té de boldo.
- Tello, D. (2016- a). *Esbozo de una epistemología posible para el Acompañamiento Terapéutico*. Documento presentado en *XII Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico en la Universidad Nacional de Mar del Plata*.
- . (2016-b). Los derroteros por la falta. En Frank, M. L., Costa, M., Hernández, D. (Comps.) *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las Fronteras (195-200)*. Córdoba. Brujas.

- . (2016-c). *Prospectivas para las carreras de formación en Acompañamiento Terapéutico*. Documento presentado en XII Congreso nacional de acompañamiento terapéutico en la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Tolosa, D. O. (2015). *Del acompañamiento al auxiliar terapéutico*. Buenos Aires. Akadía.
- Tolosa, D. y Jozami Nassif, M. G. (2016). *Manual práctico de Técnicas y Estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos*. Buenos Aires. Akadía.
- Vattimo, G. (2010). *Adiós a la verdad*. Barcelona. Gedisa.
- Velho, G. (1981). *Projeto, emocao e orientacao em sociedades complexas*. São Paulo. Expresso Zahar.
- . (2011). Antropologia urbana: interdisciplinaridade e fronteiras do conhecimento. *Mana*, 17, 161-185. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132011000100007>
- Veloso de Matos, R. (2016). *Quais as contribuições do AT na clínica da neurose?* Documento presentado en XII Congreso Internacional de Acompanhamento terapéutico. São Paulo.
- Venosa, P. (2016). *O AT e sua impossibilidade diante da neurose*. Documento presentado en XII Congreso Internacional de Acompanhamento terapéutico. São Paulo.
- Vignochi, L. (2001). *Do urbano, suas representacoes, o inconciente e o outro da cidade na clínica do AT com sujeitos psicóticos*. <http://siteat.net/2001/12/10/luciano2>
- Vilela, A. A. M., Silva, C. R. y de Oliveira, J. B. (2010). O AT como recurso clínico no tratamento das psicoses. *Clínicaps*, 4, 1-16. https://web.archive.org/web/20180422065009id_/http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_10/Revista%2010%20art2.pdf
- Villareal, M., Gianna, S. y Páez, O. (2012). *Estado, formación profesional y proyectos societarios: claves para comprender el surgimiento y desarrollo del Trabajo Social en Córdoba (1930-1971)*. Córdoba. Espartaco.

- Vitelleschi, B. y Audisio, S. (2017). *El acompañante terapéutico y la clínica de lo cotidiano* (2da. ed.). Buenos Aires. Bonum.
- Viveiros de Castro, E. (2013). *La mirada del jaguar. Introducción al perspectivismo amerindio*. Buenos Aires. Tinta Limón.
- . (2015). Who is afraid of the ontological wolf? Some comments on an ongoing anthropological debate. *The Cambridge journal of anthropology*, 33(1), 2–17. <https://doi.org/10.3167/ca.2015.330102>
- . (2017). Os involuntários da pátria: elogio do subdesenvolvimento. *Cuaderno de Leituras*, (65), 1-9.
- Winnicott, D.W. (1964). *Realidad y juego*. Barcelona. Gedisa.
- Zuluaga Ramírez, F. U. (2009). Otro paso en la reflexión sobre historia local. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional Local*, 1(2), 169-181. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2145-132X2009000200006&script=sci_abstract&tlng=en

Libros de AT editados en Argentina en orden cronológico:

1. Kuras De Mauer, S. y Resnizky, S. (1985). *Acompañamiento terapéutico y pacientes psicóticos*. Bs. As., Argentina: Trokel.
2. Pulice, G. y Rossi, G. (1994) *Acompañamiento terapéutico*. Xavier Bóveda: Buenos Aires.
3. Rossi, G., Pulice, G. y Manson, F. (1995) *Hacia una articulación de la clínica y la teoría*. Ediciones Tres Lunas: Buenos Aires.
4. Manson, F. y otros (comp.) (2002) *Eficacia clínica del acompañamiento terapéutico*. Bs. As.: Polemos.
5. Kuras De Mauer, S. y Resnizky, S. (2003). *Acompañantes terapéuticos: Actualización teórico clínica*. Bs. As., Argentina: Letra Viva.
6. Rossi, G. (2004) *El A.T. en la búsqueda de recursos terapéuticos alternativos*. Bs. As.: Polemos.

7. Duarte Barreto, K. (2005). Ética y técnica en el acompañamiento terapéutico: andanzas con Don Quijote y Sancho Panza. São Paulo, Brasil: Unimarco. (excepción por ser traducido y distribuido en Córdoba)
8. Kuras De Mauer, S. y Resnizky, S. (2005). Territorios del acompañamiento terapéutico. Bs. As., Argentina: Letra Viva.
9. Fernandez D'adam, G. y cool. (2005). Haciendo caminos... primer tramo. San Jua: Gabas.
10. Rossi, G. P. (2007). Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, sus redes y sus interlocutores. Bs. As., Argentina: Polemos.
11. Re, R. F. (2009) Acompañamiento terapéutico en Salud Mental. Guía de la Red Sanar. Ed. San Pablo: Buenos Aires.
12. Sarabia, S. y Lindel, N. (2010). Diversidad en la práctica del acompañamiento terapéutico. Bs. As., Argentina: Letra Viva.
13. Bustos, G. y Frank, M.L. comp. (2011). Acompañamiento terapéutico: innovaciones en la clínica, inscripción institucional. Bs. As., Argentina: Dunken.
14. Kuras De Mauer, S. y Resnizky, S. (2011). Acompañamiento terapéutico como dispositivo. Buenos Aires: Letra Viva.
15. Pulice, G.O. (2011). Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico. Bs. As., Argentina: Letra Viva.
16. Dragotto, P. y Frank, M.L. comp. (2012). Acompañantes: conceptualizaciones y experiencias en A.T. Cordoba: Editorial Brujas.
17. Pisano, A. D. (2013) Acompañamiento T. y sus casos clínicos: articulación con counseling. Bs. As., Argentina: Dunken.
18. Castejón Hermann, M. (2014) Acompañamiento terapéutico: articulador de lo real, simbólico e imaginario. Letra Viva: Buenos Aires.
19. Pascolini, A. (2014) Huellas, silencios, horizontes. Una introducción crítica a la función del acompañante terapéutico. Letra Viva: Buenos Aires.
20. Ricci, D. (2014). Acompañamiento terapéutico: notas orientadoras para la actividad. C.A.B.A., Argentina: Ediciones Hormé.
21. Dozza de Mendonça, L. (2014) Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano. Letra Viva: Buenos Aires.
22. Vitelleschi, B. y Audisio, S. (2014) El acompañante terapéutico y la clínica de lo cotidiano. Bonum: Buenos Aires.

23. Graino, C. y Fernandez, V. (2015). Acompañamiento terapéutico: historia institucional y perspectiva clínica. Bahía Blanca, Argentina: Ed. IfaD.
24. Tolosa, D. O. (2015) Del acompañamiento al auxiliar terapéutico. Buenos Aires: Akadía.
25. Tolosa, D. y Jozami Nassif, M. G. (2016) Manual práctico de Técnicas y Estrategias de Modificación de Conducta para Acompañantes Terapéuticos. Buenos Aires: Akadía.
26. Frank, M.L. comp. (2016). Acompañamiento terapéutico. Clínica en las fronteras. Córdoba: Brujas.
27. Benítez, F., Del Corro, R., Machado, R., Morán, J. (2017) Acompañamiento terapéutico escolar: aportes teórico clínicos. Brujas: Córdoba.
28. Saliche, S. y Ambrosini, J. H. (2017) Aspectos legales del acompañamiento terapéutico. Letra Viva: Buenos Aires.
29. Audisio, S. (2017) La inclusión del acompañamiento terapéutico. En lo escolar, en lo social, en lo laboral. Bonum: Buenos Aires.
30. Saliche, S. y Turati, S. (2018) El acompañamiento terapéutico en las patologías graves. Letra Viva: Buenos Aires.
31. Colegio de Psicólogos Santa Fe 2° Circunscripción (2018) Praxis del Acompañamiento Terapéutico. Escrituras sobre la práctica en la ciudad de Rosario. Colegio de Psicólogos Editorial: Rosario.
32. Bessón, M. (2018) El acompañamiento terapéutico como práctica situada. Ed. Manuel Suárez: Buenos Aires.
33. Autores varios (2019) El libro del AT. Editorial Entre Paréntesis: Buenos Aires.
34. Patrignoni, A. S. (2020) Acompañamiento terapéutico. Arte y técnica de una construcción colectiva. Lugar editorial: Buenos Aires.
35. Roberts, M. (2021) AT miradas en movimiento. Laborde editorial: Rosario.
36. Camacho, F. (2021) Consideraciones intempestivas en el AT. Letra viva: Buenos Aires.
37. Saliche, S. y Galarco, R. (s/d) Discapacidad y acopañamiento terapéutico. Letra Viva: Buenos Aires.
38. Saliche, S.(s/d) Introducción al acompañamiento terapéutico. Letra Viva: Buenos Aires.

39. Pulice, G. O. (s/d) Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura. Fundamentos éticos de su clínica. Letra Viva: Buenos Aires.
40. Baldasarre, J. y Casabella, F. L. (comp.) (s/d) Acompañamiento terapéutico. Clínica y abordaje. Entreideas: Buenos Aires. Baldasarre, J., Casabella, F., Donnarumma, F., Quinteros, D. (comp.) (s/d) AT clínica y abordajes. Parte I y II. Editorial Entre Paréntesis.
41. Cossi, E. (s/d) Manual Integral de AT. Parte general y especial. Desde un abordaje cognitivo comportamental y perspectiva de derechos. s/d.

Encuentros y Congresos

- 1983 I Encuentro argentino de AT en Psiquiatría (Bs As)
- 1994 Primer encuentro argentino en Buenos Aires (local)
- 2000 Encuentro en Córdoba
- 2001 II Congreso Nacional en Córdoba
- 2003 III Congreso Nacional en Buenos Aires y I Congreso Internacional
- 2005 IV Congreso Nacional en Córdoba
- 2006 II Congreso Internacional en São Paulo
- 2007 V Congreso Nacional en Bahía Blanca
- 2008 III Congreso Internacional Porto Alegre
- 2009 VI Congreso Nacional en San Luis
- 2010 IV Congreso Internacional Querétaro
- 2010 VII Congreso Nacional Mar del Plata
- 2011 IX Congreso Nacional en Buenos Aires
- 2012 V Congreso Internacional España
- 2013 X Congreso Nacional en Rosario
- 2013 VI Congreso Internacional Mexico
- 2014 XI Congreso Nacional en San Juan
- 2014 VII Congreso Internacional Montevideo

2015 XII Congreso Nacional en Córdoba
2016 XIII Congreso Nacional en Mar del Plata
2016 XII Congreso Internacional São Paulo
2017 XIV Congreso Nacional en Catamarca
2018 XV Congreso Nacional en Bahía Blanca
2019 XVI Congreso Nacional en Rosario
2020 XVII Congreso Nacional en Gral Roca
2022 XIII Congreso Internacional Costa Rica
2022 XVIII Congreso Nacional en Córdoba